

Situação de saúde bucal de adolescentes internados em unidades socioeducativas de Belo Horizonte

Oral health status of adolescents within socio-educational units in Belo Horizonte, Brazil

Daniella Borges Machado¹, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu², Andréa Maria Duarte Vargas²

RESUMO

Este estudo objetivou relacionar a saúde bucal dos adolescentes de unidades socioeducativas de Minas Gerais com os dados sócio demográficos desse grupo. Participaram 183 adolescentes de três unidades de internação pertencentes a Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo de Minas Gerais na cidade de Belo Horizonte. O exame bucal foi realizado pela pesquisadora principal nos próprios locais de internação. Os códigos utilizados para classificação da saúde bucal foram os mesmos utilizados pela Secretaria Municipal de Belo Horizonte. Os resultados mostraram que os adolescentes em situação de privação de liberdade apresentaram-se em sua maioria livres das doenças cárie e periodontal (61,0%). Os dados sócio demográficos apresentaram pouca relação com a presença das doenças em questão.

Descritores: Adolescente institucionalizado. Saúde bucal.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a denominação para adolescentes autores de ato infracional foi modificada ao longo dos anos. Os termos “menor”, “delinquente” foram banidos por sugerirem uma conotação pejorativa¹. O termo “crime” não pode mais ser utilizado ao se tratar de uma contravenção penal por adolescentes. Legalmente, deve-se usar a terminologia “ato infracional”².

A primeira política de instituições destinadas a adolescentes autores de ato infracional no Brasil apresentava um enfoque corretivo com medidas de repressão². No Brasil, por meio da Lei Nº 8.069/ de 13 de julho de 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que significou o reconhecimento do adolescente como sujeito de direitos e como pessoa em desenvolvimento³.

Um levantamento nacional do atendimento socioeducativo ao adolescente autor de ato infracional, realizado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (2006), ressaltou o crescente número dos jovens que cumprem medidas. As unidades socioeducativas são locais destinados ao atendimento de adolescentes acautelados com idade

entre 12 e 18 anos. Enquanto aguardam decisão judicial, o tempo de acautelamento para os adolescentes em regime provisório é de 45 dias no máximo. Os adolescentes em questão cumprem medidas socioeducativas visando à reeducação e reinserção social.

As unidades socioeducativas de internação recebem os adolescentes após decisão judicial. Para os adolescentes que já estão cumprindo medida socioeducativa, o tempo 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. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente³ “a medida não comporta prazo determinado, devendo sua manutenção ser reavaliada mediante decisão fundamentada, no máximo, a cada seis meses”.

Os adolescentes acautelados possuem, na unidade, atividades como: esportes, oficinas de artes e aulas de reforço. Além dessas atividades, recebem atendimento com o técnico responsável (psicólogo ou assistente social) e visitas da família. Os adolescentes em regime de internação têm aulas que

¹Cirurgiã-dentista

²Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Contato: borgesdaniella@hotmail.com, maurohenrique@ufmg.br, vargasnt@task.com.br

podem ser em uma escola dentro da própria unidade, ou serem encaminhados diariamente para uma escola pública.

Adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas apresentam um extremo grau de fragilidade das suas famílias, além de vivenciarem problemas financeiros^{4,5}. Esses grupos, com maior vulnerabilidade, contribuem cada vez mais para reafirmar o *apartheid* social em nosso país⁶.

A odontologia é um dos principais problemas de saúde apontados nessa parcela da população⁷. No Brasil existem poucos estudos que relacionam adolescentes que cumprem medidas socioeducativas com saúde bucal. Desse modo, o presente estudo objetivou relacionar a saúde bucal dos adolescentes de unidades socioeducativas de Minas Gerais com os dados sócio demográficos desse grupo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado com 183

adolescentes de três unidades socioeducativas da Subsecretaria de Atendimento Sócio Educativo do Estado de Minas Gerais, em Belo Horizonte. Na primeira unidade foram pesquisados 101 adolescentes do sexo masculino em sistema de internação provisória (55,2%). Na segunda unidade, participaram 51 adolescentes do sexo feminino em regime de internação e internação provisória (27,9%). Na terceira unidade, em cumprimento de medida de internação, foram analisados 31 adolescentes do sexo masculino (16,9%).

O exame bucal dos participantes foi realizado pela pesquisadora, sendo executado nos próprios locais de internação. O exame odontológico é rotina nestas unidades e foi realizado em local provido de luz natural indireta, com auxílio de espátula de madeira. Os códigos utilizados para classificação da saúde bucal dos adolescentes foram os mesmos utilizados pela Secretaria Municipal de Belo Horizonte (Quadro 1).

Quadro 1- Critérios para a codificação do inquérito de necessidades em saúde bucal

Código 0	Ausência de dente permanente e/ ou temporário com cavidade. Não necessita de restauração/extração.
Código 1	Presença de até 3 dentes permanentes/temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração/extração.
Código 2	Presença de 4 a 8 dentes permanentes/temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração/extração.
Código 3	Presença de mais de 8 dentes permanentes/temporários com cavidades necessitando de restauração/extração.
Código 4	Presença de indicação de exodontia do restante dos dentes com indicação de prótese total.
Código 5	Presença de cárie dentária sob controle e doença periodontal com grande comprometimento.

*Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda

Todos os adolescentes presentes nas unidades têm registros em uma ficha de acolhimento, que é preenchida quando o mesmo é acautelado no local. O documento fica arquivado na unidade até mesmo após seu desligamento ou ainda acompanha o adolescente caso este seja encaminhado à outra unidade do sistema. Os dados sócio-demográficos foram extraídos destes prontuários, tais como: idade, situação de moradia, escolaridade, tipo de ato infracional, situação familiar e outros. O instrumento de coleta incluiu somente os dados constantes dos prontuários.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o número ETIC 123/08. Para análise estatística dos dados, primeiramente foi realizada uma análise descritiva. Em seguida foi realizada a análise bivariada por meio dos testes Qui-quadrado de *Pearson* e Exato de *Fischer*, considerando-se 95% de significância.

RESULTADOS

A faixa etária dos adolescentes pesquisados foi de 12 a 20 anos, sendo a mediana igual a 16 anos de idade. Cerca de 20,0% dos adolescentes relataram que os pais viviam juntos na mesma casa.

A maioria dos adolescentes (77,6%) indicou viver em casa própria. Os adolescentes que não residiam em casa própria descreveram suas moradias como alugada, invadida, cedida ou em área de risco. Com relação a ter ou não uma completa infraestrutura básica na moradia, verificou-se que 44,3% responderam afirmativamente. Considerou-se uma completa estrutura básica quando os adolescentes afirmaram possuir rede de água, luz, esgoto e telefone na moradia. Com relação à trajetória de rua, 20,2% dos participantes afirmaram já haver morado alguma vez na rua.

Quanto à necessidade de tratamento odontológico, a Tabela 1 apresenta os resultados dos

exames dos adolescentes. De acordo com os códigos da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, que considera os valores 1 a 5 como necessidade de tratamento odontológico, 38,80%

dos adolescentes apresentaram necessidade de tratamento. Foram considerados os códigos 1 a 5 como “presença de doença” e o código 0 como “ausência de doença”.

Tabela 1- Distribuição dos adolescentes segundo os códigos de classificação da Prefeitura de Belo Horizonte

CÓDIGO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL %
0	112	61,2
1	61	33,3
2	6	3,3
3	0	0
4	0	0
5	4	2,2
=	183	100,0

Os resultados serão apresentados a seguir levando em consideração a necessidade ou não de tratamento odontológico dos adolescentes. A Tabela

2 apresenta as variáveis demográficas segundo a necessidade de tratamento odontológico.

Tabela 2- Distribuição dos adolescentes de acordo com as variáveis demográficas relacionadas à necessidade de tratamento dos adolescentes

	Com necessidades de tratamento		Sem necessidades de tratamento		Total	(%)	p
	n	(%)	n	(%)			
Sexo							
Feminino	23	45,1	28	54,9	51	27,9	
Masculino	48	36,4	84	63,6	132	72,1	0,28
Grau de escolaridade							
Ensino fundamental incompleto	67	39,4	103	60,6	170	92,9	
Ensino fundamental completo	4	30,7	9	69,3	13	7,1	0,54
Repetiu algum ano escolar							
Não	18	41,9	25	58,1	43	23,5	
Sim	53	37,9	87	62,1	140	76,5	0,64

Com relação à necessidade de tratamento odontológico entre os adolescentes do sexo feminino e masculino, percebe-se que 45,1% e 36,4% respectivamente, apresentavam necessidade de tratamento (p=0,28).

Sobre o grau de escolaridade e necessidade de tratamento, 39,4% dos adolescentes que tinham o ensino fundamental incompleto e 30,7% dos adolescentes com ensino fundamental completo apresentavam alguma necessidade (p=0,54). Observou-se, também que 133 (72,7%) dos adolescentes não estudam atualmente e apenas um adolescente,

dos 183, estudava em escola privada.

Ainda a respeito da situação escolar dos adolescentes, dentre aqueles que repetiram alguma série, 37,86% tinham necessidade de tratamento, enquanto 41,9% que não repetiram apresentavam alguma necessidade (p=0,64). Dentre os adolescentes, 55,7% repetiram entre duas a seis vezes o ano escolar.

Quando relacionamos a necessidade de tratamento odontológico ao uso de algum medicamento, 37,5% que usavam e 39,2% que não usavam apresentaram necessidade de tratamento (p=0,85) (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição dos adolescentes segundo a necessidade de tratamento odontológico e outras variáveis relacionadas à saúde

VARIÁVEIS	Com necessidades de tratamento		Sem necessidades de tratamento		Total	(%)	Valor p
	n	(%)	n	(%)			
Faz uso de algum medicamento							
Não	56	39,16	87	60,84	143	78,14	0,85
Sim	15	37,50	25	62,50	40	21,86	
Faz algum tratamento							
Não	63	37,50	105	62,50	168	91,80	0,23
Sim	08	53,33	07	46,67	15	8,20	
Alguma queixa atual de doença							
Não	41	36,28	72	63,72	113	61,75	0,38
Sim	30	42,86	40	57,14	70	38,25	
Tratamento psicológico atualmente							
Não	55	45,08	67	54,92	122	66,67	0,01
Sim	16	26,23	45	73,77	61	33,33	
Fumante							
Não	18	40,91	26	59,09	44	24,04	0,74
Sim	53	38,13	86	61,87	139	75,96	
Alcoolismo							
Não	44	36,97	75	63,03	119	65,03	0,49
Sim	27	42,19	37	57,81	64	34,97	
Usuário de drogas							
Não	18	34,62	34	65,38	52	28,42	0,46
Sim	53	40,46	78	59,54	131	71,58	

Comparando a necessidade de tratamento odontológico com a situação do adolescente estar em tratamento médico ou não, verificou-se que 53,3% que estavam em tratamento apresentaram necessidade odontológica (p=0,23). Os adolescentes que apresentaram alguma queixa atual de doença (42,9%), tinham, também, necessidades de tratamento odontológico (p=0,38).

Dos 61 (33,3%) adolescentes que relataram estar fazendo algum tratamento psicológico, 26,2% apresentam necessidade de tratamento odontológico.

Observa-se que 75,9% eram fumantes e, desses 38,6% tinham necessidade odontológica. Entre os não fumantes, 40,9% apresentavam necessidade (p=0,74).

Observamos que 42,2% dos adolescentes fazem uso de bebida alcoólica e apresentam necessidades odontológicas e um total de 36,2% dos adolescentes não fazem uso de nenhum tipo de bebida alcoólica (p=0,49).

Sobre a utilização ou não de drogas pelos adolescentes, 71,8% admitiram fazer uso. Dentre os que admitiram, 40,46% tinham necessidade de tratamento (p=0,46). Quanto ao tipo de drogas utilizadas, 64,0% dos que relataram serem usuários de drogas, utilizam maconha. Cerca de 46,0% já utilizaram mais de um tipo de droga e dentre os motivos, 46,5% relataram ser por vontade própria. A Tabela 04 apresenta as respostas dos adolescentes quando lhes foi perguntado sobre os motivos do uso das drogas.

Tabela 4- Distribuição dos adolescentes de acordo com os motivos relatados por eles para utilizarem drogas

RELAÇÃO DOS MOTIVOS RELATADOS PELOS ADOLESCENTES	N	(%)
Vontade própria, curiosidade	61	46,5
Influência dos amigos	48	36,6
Revolta com a família	15	11,5
Prazer (tranquilidade, para dormir)	07	05,4
Total	131	100,0

Em se tratando do histórico de violência doméstica, observa-se que 30,0% afirmaram que já haviam vivenciado algum tipo de violência doméstica. Observou-se que 27,9% dos adolescentes sofreram algum tipo de ameaça. Quanto à autoria destas ameaças, 88,0% relataram ser ameaçados por outras pessoas que não fazem parte do grupo familiar.

Com relação à reincidência no crime, observou-se que 38,2% dos adolescentes relataram ser reincidentes. Cerca de 14,2% dos adolescentes pesquisados relataram estar inseridos no crime

referente furto (artigo 155), enquanto 18,0% deles relataram o crime de roubo (artigo 157) como o motivo de seus acautelamentos. Com relação ao uso de drogas, os adolescentes inseridos neste crime foram 47,54%.

A frequência e o percentual dos atos infracionais cometidos pelos adolescentes é descrito na Tabela 5. Dos atos infracionais descritos pelos adolescentes, 13,7% relataram estar relacionados ao homicídio. Um total de 1,1% relataram ter cometido o crime de sequestro.

Tabela 5- Distribuição dos adolescentes de acordo com os tipos de atos infracionais relatados por eles

ATO INFRACIONAL	n	(%)
Furto CPB Art.155	26	14,21
Drogas Lei 11343/06 Art.33	87	47,54
Roubo CPB Art.157	33	18,03
Homicídio CPB Art.121	25	13,66
Lesão corporal CPB Art.129	04	2,19
Armas Lei 10826/03	06	3,28
Sequestro CPB Art.148	02	1,09
Total	183	100,00

DISCUSSÃO

Ao nos depararmos com a situação de necessidades de tratamento odontológico dos adolescentes, observamos que 38,7% apresentavam a doença, reafirmando que a permanência da doença cárie está em uma parcela polarizada na população⁶. Segundo o último levantamento de saúde bucal da população brasileira, o SB-Brasil⁸, realizado em 2003, os adolescentes de 15 a 19 anos da região sudeste apresentaram um CPO-d médio de 5,94 com o componente cariado com média de 1,72. Com relação à doença periodontal, 1,58% já apresentavam periodontite. A maioria dos adolescentes que foram examinados no levantamento nacional eram estudantes de escola pública, e na região sudeste 51,02% relatou ter feito uma consulta odontológica no último ano. O motivo da consulta em 25,21% dos adolescentes da região sudeste foi a dor de dente. Portanto, percebe-se que existe um grupo que apresenta mais doença e esse grupo, segundo Borges *et al.*⁹, pertence à família de baixa renda e com escolaridade baixa para a idade, o que parece ser o caso dos adolescentes desta pesquisa.

Os problemas de comportamento e os reflexos emocionais vividos pelos adolescentes autores de ato infracional são comumente descritos^{4,5,10}. Os aspectos sociais e comportamentais dos adolescentes podem ter uma relação direta com a doença cárie⁹.

No presente estudo, a média de idade dos adolescentes foi 16 anos, sendo que 92,9% relataram possuir primeiro grau incompleto, o que está de acordo com estudos que relataram um baixo nível de escolaridade nesta população^{5,11}. Entretanto, esses dados não foram relevantes quando tentou-se associar o grau de escolaridade e a repetência escolar com o fato de ter ou não necessidades de tratamento odontológico.

Tem sido relatado que um baixo nível de escolaridade implica na necessidade precoce do trabalho⁵. Em nosso estudo 68,8% dos adolescentes já trabalharam, porém estes dados não foram relevantes quando associamos à necessidade ou não de tratamento odontológico.

Segundo a literatura, há uma acentuada desagregação das famílias destes adolescentes o que pode levá-los a uma pior situação de saúde⁵. Este estudo confirmou essa afirmativa em parte, pois verificou-se que 79,8% dos adolescentes relataram que os pais não vivem juntos. No entanto, quando associou-se a situação dos pais com as necessidades de tratamento odontológico foi possível observar que 64,4% dos adolescentes cujos pais são separados, não apresentaram necessidades de tratamento odontológico. Portanto, não houve associação entre necessidades de saúde bucal e o fato dos pais estarem separados.

O número de pessoas residentes na mesma

moradia apresenta-se na literatura, associado com o fator cárie dentária¹². Em nosso estudo, no entanto, observamos que a situação de moradia, inclusive infra-estrutura básica, não teve relação com as doenças bucais.

Nesse estudo, apesar deste grupo ter uma homogeneidade em relação às condições de vida, notou-se que os adolescentes que já tinham feito algum tratamento psicológico não apresentaram necessidades odontológicas. Essa associação não foi observada em outros estudos. Esse fato poderia ser explicado por uma melhora do auto-cuidado que pode ser acompanhada de melhores índices de saúde bucal¹³. Este auto-controle é adquirido muitas vezes durante um tratamento psicológico. Observamos também que por meio da psicologia da saúde, o tratamento psicológico contribui para a melhoria do bem-estar do indivíduo¹⁴.

Devemos lembrar, no entanto, que, apesar do tratamento psicológico, os adolescentes estão acautelados, o que nos leva a pensar que este tratamento pode não ter ocasionado mudança de comportamento perante a vida. Como estes dados foram retirados do protocolo das unidades e não foram colhidos especificamente para essa pesquisa, não foi possível avaliar com mais detalhe que tipo de tratamento psicológico os adolescentes tinham sido submetidos nem por quanto tempo.

O abandono da escola pode ter uma correlação com o uso de drogas^{14,15}, neste trabalho 72,7% dos adolescentes relataram não estudar atualmente e 71,6% relataram ser usuários de drogas, confirmando esta afirmativa. Porém, não houve associação destes dados com a necessidade de tratamento odontológico.

Os problemas relacionados ao abuso de drogas por adolescentes são uma importante questão de saúde pública, estimando-se que correspondam à principal categoria de problemas psíquicos em adolescentes acima dos dezesseis anos. Nesse campo, a questão do tratamento surge como uma questão complexa e de difícil solução na qual inexistem técnicas infalíveis, pois se caracteriza por maiores taxas de abandono, dadas as resistências comuns ao tratamento, e por menor sucesso terapêutico. O processo pode ser relativamente longo, alternando períodos de melhora com a piora dos sintomas e um índice elevado de recaídas¹⁶.

Notamos que 14,2% dos adolescentes pesquisados relataram estar inseridos no crime referente ao artigo 155, furto, enquanto que 18,0% relataram o crime de roubo, artigo 157 como o motivo de seus acautelamentos. Dos atos infracionais descritos pelos adolescentes, 13,6% relataram estar relacionados ao homicídio.

Dentre a totalização dos dados referentes aos atos infracionais, 3,3% dos adolescentes relataram estar incluídos no crime descrito no artigo 14 da lei nº 10826, que dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, de 22 de dezembro de 2003¹⁷.

O artigo 129, do código penal brasileiro, descreve os crimes contra a pessoa, às lesões corporais e refere-se à ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem¹⁷. Do total de adolescentes pesquisados, notou-se que 2,2% descreveram ser o artigo 129, a razão de estar cumprindo medida socioeducativa.

Um trabalho institucional concluiu que os programas socioeducativos contribuem para reduzir recidivas de atos infracionais⁸. No entanto, percebemos que 38,2% dos adolescentes pesquisados no presente artigo são reincidentes no crime. Portanto, em nossa pesquisa notamos um número favorável, relativamente baixo, em relação a esta reincidência.

No Brasil, após a década de 1970, assistiu-se a uma estruturação do narcotráfico e a um aumento significativo no consumo dessas substâncias, com a entrada do país na rota internacional do tráfico de drogas. Ao mesmo tempo, ocorreu uma elevação significativa da participação de jovens nos crimes considerados violentos, seja como autores ou como vítimas. Tal situação, agravada pela proliferação do acesso a armas de fogo, a partir de década de 1980, agregou drogas e armas à associação, já existente, entre juventude e violência. A partir desses acontecimentos históricos, não raro se passa a atribuir ao uso e comércio de drogas as causas da violência da juventude, seja pelos efeitos que as drogas causam aos seus usuários ou pelas relações sociais, no campo da ilegalidade, que as permeiam¹⁸.

Segundo Mager & Silvestre¹⁹, a violência social vigente que impede uma grande parcela de nossos jovens de terem acesso aos bens públicos (como escolas de boa qualidade, oportunidade de habilitação profissional, vagas de trabalho) seria mais responsável pela escalada atual da violência que o consumo de drogas, visto como uma consequência, e não a causa do problema. Para as autoras, é evidente que o acesso às drogas é um componente a mais nos níveis de violência a que estamos submetidos, mas a verdadeira causa da mesma reside na inércia do Estado e na ausência de políticas públicas assentadas em fundamentos éticos e sociais, que privilegiem os direitos fundamentais já estabelecidos pela sociedade brasileira.

Apesar dos importantes avanços obtidos na atenção à criança e ao adolescente após a

promulgação do ECA, o cotidiano de milhares de jovens de baixa renda em nosso país mostra que a “Doutrina da Proteção Integral” é ainda muito mais um desafio do que uma realidade. Para a efetivação dos amplos direitos garantidos por esse estatuto, necessita-se de políticas públicas capazes de criar dispositivos para a proteção da vida e da saúde, que permitam “o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”, como disposto no Capítulo 1, artigo 7º, do ECA³.

CONCLUSÃO

Os adolescentes em situação de privação de liberdade apresentaram-se, em sua maioria, livres de cárie dentária e doença periodontal. Verificou-se que os dados sócio demográficos tiveram pouca relação com a presença da doença, e que o fato de ter feito tratamento psicológico interferiu de forma positiva para não haver necessidade de tratamento odontológico. Esta associação requer mais estudos para que possa ser melhor interpretada.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the oral health status of adolescents from socio-educational units in Belo Horizonte, Brazil and its relationship with socio-demographic data from this group. This research was conducted with 183 adolescents from three detention centers run by the Department of Socio-Educational Assistance from the state of Minas Gerais. The clinical dental examination was conducted by the researcher and was carried out within the detention centers. The codes established for the classification of oral health were those used by the Municipal Belo Horizonte. It could be concluded that adolescents, when deprived of their freedom, tended to be mostly free of caries and periodontal disease (61.0%). The present study showed that socio-demographic data have little correlation with the presence of the aforementioned diseases and that factors, such as psychological treatment, seem to positively affect oral health. This association requires further study to reach a more appropriate interpretation.

Uniterms: Adolescent. Institutionalized. Oral health.

REFERÊNCIAS

1. Méndez EG. Infância e cidadania na América Latina. São Paulo: Hucitec; 1998.
2. Ferreira SL. Estudo comparativo sobre o adolescente autor de ato infracional no centro (Estados Unidos da América) e na periferia

(Brasil) do capitalismo. Rev Urutáguia. 2007; 14:1-13.

3. Brasil. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Ministério da Justiça. Brasília; 1991.
4. Siqueira MD. A vida escorrendo pelo ralo: as alternativas de existência dos meninos de rua. Estud Psicol. 1996; 2:161-4.
5. Assis SG, Souza ER. Criando Caim e Abel: pensando a prevenção da infração juvenil. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4:131-44.
6. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. Rev Panam Salud Pública 2006; 19:385-93.
7. Silva ERA, Guerresi S. Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil. Brasília: IPEA; 2003. (Texto para discussão, 979)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resultados iniciais do SB- Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Borges CM, Cascaes AM, Fischer TK, Boing AF, Peres MA, Peres KG. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. Cad Saúde Pública, 2008; 24:1825-34.
10. Rangel H. Estratégias sociais e educação prisional na Europa: visão de conjunto e reflexões. Rev Bras Educ. 2007; 12:81-93.
11. Feijó MC, Assis SG. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. Estud Psicol. 2004; 9:157-66.
12. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre RDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. Rev Saúde Pública. 2000; 34:402-8.
13. Souza GA, Silva AMM, Galvão R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. Pesqui Odontol Bras. 2002; 16:57-62.
14. Teixeira JAC. Psicologia da Saúde. Anál Psicol. 2004; 3:441-8.
15. Carvalho MJL. Jovens, espaços, trajetórias e delinquências. Sociologia, Problemas e Práticas. 2005; 49:71-93.
16. Kaminer Y, Szobot CO. Tratamento de adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas. In: Pinsky L, Bessa MA, organizadores. Adolescência e drogas. São Paulo: Contexto; 2004. p.164-78.

17. Jesus DE. Título I: da aplicação da lei penal. In: Jesus DE. Código penal anotado. 6.ed. São Paulo: Saraiva; 1999. p.1-29.
18. Raupp L, Milnitsky-Sapiro C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. Saúde Soc. 2005; 14:60-8.
19. Mager M, Silvestre E. Mitos e verdades sobre o estatuto da criança e do adolescente. In: Pinsky L, Bessa MA, organizadores. Adolescência e drogas. São Paulo: Contexto; 2004. p.79-91.

Recebido em 06/05/2010 – Aceito em 15/09/2010

Autor correspondente:

Andréa Maria Duarte Vargas
Rua Primeiro de março 176 – Mangabeiras
CEP: 30.3150-190 - Belo Horizonte – MG - Brasil
e-mail: vargasnt@task.com.br