



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

A Saúde Bucal de Privados de Liberdade em
Penitenciárias do Estado da Paraíba

Iris Sant'Anna Araujo Rodrigues

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientador: Profº. Drº. Alessandro Leite Cavalcanti

Campina Grande – PB

2013

A Saúde Bucal de Privados de Liberdade em Penitenciárias do Estado da Paraíba

Iris Sant'Anna Araujo Rodrigues

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Campina Grande – PB

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

R696s Rodrigues, Iris Sant'Anna Araujo.
A saúde bucal de privados de liberdade em penitenciárias do estado da Paraíba. [manuscrito] / Iris Sant'Anna Araujo Rodrigues. – 2013.
89 f.

Digitado
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2013.

“Orientação: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti, Departamento de Odontologia”.

1. Saúde bucal. 2. Prótese dentária. 3. Presidiários.
4. Penitenciária. I. Título.

21. ed. CDD 617.6

FOLHA DE APROVAÇÃO

Iris Sant'Anna Araujo Rodrigues

A Saúde Bucal de Privados de Liberdade em Penitenciárias do Estado da Paraíba

Aprovada em: 13/05/2013

Banca Examinadora



Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti / UEPB
Orientador



Prof. Dr. Ricardo Dias de Castro / UFPB
Examinador



Prof. Dr. Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas / UEPB
Examinadora

Dedico este trabalho a todos aqueles que vitimados pela desestrutura social, ou pela insensatez, tiveram suas vidas encarceradas.

Dedico ainda, aos diretores da Penitenciária João Bosco Carneiro, Júlio Gutemberg Ferreira e Lúcio Cláudio da Silva (*in memoriam*), que em virtude de um acidente automobilístico, no período da minha coleta de dados, perderam drasticamente suas vidas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por seu amor e fidelidade;

Ao meu orientador, Alessandro Leite Cavalcanti por seu apoio e credibilidade;

Aos meus pais, Homero Gustavo e Aurivaneuma, pelo amor, cuidado, e apoio frente às minhas escolhas;

Aos meus irmãos, Vitória, Neto e Yuri por suas peculiares contribuições;

A minha avó paterna Isamar Isabel, por seu incentivo;

Aos meus avós maternos Veneranda e Antônio (*in memoriam*), pelo cuidado;

Ao meu noivo Ulisses, por seu amor e companheirismo;

A minha prima Aline Santos, por seu apoio e incentivo;

Aos meus colegas de turma, pela troca de conhecimento;

As minhas amigas de turma Magaly Suênia, Taliny Sarmento, Lannuzia Veríssimo, e Guedijane Henrique pelos momentos de angústia e de alegria compartilhados;

A Ingrid Thaís e seus tios Elias e Valquíria Asfora pelo imensurável acolhimento no período da coleta de dados;

A amiga de trabalho Ana Christina Ramalho, por seu incentivo e compreensão;

Ao Profº. Sthelio Braga, por sua presteza e disponibilidade;

Aos diretores e agentes penitenciários da Penitenciária Feminina de Campina Grande e da Penitenciária João Bosco Carneiro, pela colaboração no desenvolvimento do estudo;

A Aida Castro (Coordenadora Pedagógica), Drº Marlinto (Odontólogo) e Ana (ASB), funcionários da Penitenciária João Bosco Carneiro, pela receptividade, encorajamento, orientação e colaboração com o desenvolvimento da pesquisa.

Aos três sentenciados, das distintas unidades penitenciárias, que por seu trabalho, colaboraram de forma decisiva para o desenvolvimento da coleta.

Enfim, agradeço a todos que colaboraram e me incentivaram na conclusão desta conquista.

“O mundo é um lugar perigoso de se viver, não por causa daqueles que fazem o mal, mas sim por causa daqueles que observam e deixam o mal acontecer.”

(Albert Einstein)

RESUMO

A saúde bucal de indivíduos em privação de liberdade tem se apresentado de forma precária, como resultado da negligência com a saúde bucal, anteriormente a prisão, bem como pelos escassos serviços odontológicos prestados, quando no ambiente prisional. **OBJETIVO:** Avaliar a condição bucal de privados de liberdade, em penitenciárias do Estado da Paraíba, analisando a experiência de cárie dentária, perda dentária, o uso e a necessidade de reabilitação protética, bem como a utilização de serviços odontológicos. **MÉTODO:** Tratou-se de um estudo transversal, realizado em duas penitenciárias do Estado da Paraíba, no período de junho a agosto de 2012. A amostra, selecionada por conveniência, foi composta por 192 indivíduos, sendo 127 do sexo masculino (66,1%). O instrumento de coleta de dados foi elaborado a partir de uma adaptação, para a população em estudo, do formulário utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil) de 2010. Foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher, e o Kruskal-Wallis. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e IC95%. **RESULTADOS:** Na população feminina, a média geral da perda dentária foi de 11,36 dentes, representando o componente do índice CPOD com a média mais elevada. Foi verificada associação significativa da perda dentária com a satisfação com a saúde bucal ($p = 0,049$), autopercepção da necessidade de uso de prótese ($p < 0,001$), incômodo ao escovar os dentes ($p = 0,005$), dificuldades em falar ($p = 0,002$) e dificuldades em realizar tarefas rotineiras ($p = 0,025$). Com relação ao uso e necessidade de prótese, verificou-se que 29,2% das presidiárias utilizavam algum tipo de prótese, todas consideradas inadequadas para uso, e que 78,5% das reclusas necessitavam de reabilitação protética. Quanto à utilização de serviços odontológicos, apenas uma das presidiárias afirmou nunca haver consultado um dentista durante toda a vida. Das que se consultaram, 71,9% realizou a última consulta odontológica há menos de um ano, com metade destas realizadas no presídio, e a extração dentária sendo o motivo da última consulta para 40,6% das consultadas. Na população masculina, o valor médio do índice CPOD foi de 19,72. Com relação aos seus componentes, observa-se que o componente cariado apresentou a maior média ($11,06 \pm 5,37$), seguido dos componentes perdido ($7,20 \pm 7,23$) e obturado ($1,46 \pm 2,45$), respectivamente. Foi verificada associação estatisticamente significativa entre CPOD com o valor entre 22 a 32, e as variáveis satisfação com saúde bucal ($p = 0,002$), dificuldade para falar ($p = 0,024$), vergonha ao falar ($p = 0,004$) e sorrir ($p < 0,001$). Quanto a utilização de serviços odontológico, apenas dois presidiários afirmaram nunca haver consultado um dentista durante toda a vida. Dos que se consultaram, 80% realizou a última consulta odontológica há menos de um ano, com a maioria dos atendimentos ocorrendo no presídio (80%), sendo o tratamento restaurador (32%), seguido da dor odontogênica (26,4%) e exodontia (17,6%), os principais motivos destes atendimentos. **CONCLUSÃO:** A condição bucal da população estudada revelou-se precária, com elevado número de dentes perdidos e com cárie não tratada, muito embora grande parte destes indivíduos tenha utilizado serviços odontológicos no último ano.

Descritores: Índice CPO; Perda de Dente; Prisões; Prótese Dentária; Serviços de Saúde Bucal.

ABSTRACT

The oral health of individuals deprived of liberty has been proven to be unsatisfactory due to the negligence prior to prison, as well as to the limited dental care provided in the prison environment. **OBJECTIVE:** To assess the oral health statuses of individuals deprived of liberty in prisons in the state of Paraíba by analyzing dental caries experience, tooth loss, use and need for prosthetic rehabilitation as well as use of dental services. **METHODS:** This was a cross sectional study carried out in two prisons of the state of Paraíba in the period between June and August 2012. The sample, selected for convenience, consisted of 192 subjects, being 127 males (66,5%). The data collection instrument was prepared as an adaptation for the population under study of the form used in the 2010 Oral Health National Survey (SB Brazil). Data were statistically analyzed by means of the Pearson's chi-square test, Fisher's exact test, and Kruskal-Wallis test with comparisons. In order to evaluate the association between categorical variables, a 5% significance level ($p < 0.05$) and 95% CI were adopted. **RESULTS:** In the female population analyzed, the mean tooth loss was found to be 11 (36 teeth), which was the DMFT component showing the highest mean. Significant association was verified tooth loss with satisfaction with oral health ($p=0,049$), self-perception of needing use dental prosthesis ($p=0,001$), the hassle of brushing teeth ($p=0,005$), difficulty speaking ($p=0,002$) and difficulty in performing day-to-day activities ($p=0,025$). Regarding the use and need for prosthesis, it was observed that 29.2% of prisoners wore any type of prosthesis, all considered unsuitable for use, and 78.5% of them were in need of prosthetic rehabilitation. As to the use of dental services, only one of the prisoners said that had never visited a dentist in her lifetime. Of those who underwent consultation, 71.9% had had the last dental appointment less than a year, being half of the consultations held in prison, and dental extraction was the reason for the last visit in 40.6% of the cases. With regard to the male population the value of DMFT was 19.72. About to its components, it was observed that the decay component had the highest mean (11.06 ± 5.37), followed by the missing (7.20 ± 7.23) and filled (1.45 ± 2.45) components respectively. Significant association verified between DMFT with value 22-32 and the oral health variables ($p=0,002$), difficulty speaking ($p=0,024$), ashamed to speak ($p=0,004$) and smile ($p=0,001$). Only two prisoners affirmed that had never visited a dentist in their lifetimes. Of those who underwent dental consultation, 80% had had their last appointment less than a year, being the majority of visits held in prison (80%), and restorative treatment (32%), followed by odontogenic pain (26.4%) and extraction (17.6%) were the major reasons for such appointments. **CONCLUSION:** The oral health status of the population studied was found to be precarious, with high number of missing teeth and untreated caries, although most of these individuals had used dental services. The results allowed concluding that dental care for this population was insufficient, thus requiring attention focused on health promotion and problem-solving, in order to improve these individuals' oral health and consequently quality of life and health.

Descriptors: DMF Index; Tooth Loss; Prisons; Dental Prosthesis; Dental Health Services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição das unidades penitenciárias do estado da Paraíba de acordo com o município.....	19
Quadro 2	Estudos internacionais relacionados à investigação da saúde bucal de adultos em privação de liberdade, publicados entre os anos de 2000 e 2012.....	23
Quadro 3	Variáveis do Estudo.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	(Artigo 1)	Distribuição das presidiárias quanto às características sócio-demográficas e condenatórias.....	45
Tabela 2	(Artigo 1)	Distribuição das presidiárias quanto a utilização de serviços odontológicos.....	46
Tabela 3	(Artigo 1)	Avaliação da perda dentária, segundo a faixa etária, e em relação ao Índice CPOD e aos componentes cariados e obturados.....	48
Tabela 4	(Artigo 1)	Relação entre perda dentária e dor de dente, satisfação, autopercepção e impacto em saúde bucal.....	48
Tabela 5	(Artigo 1)	Distribuição das presidiárias quanto ao uso e necessidade de prótese dentária.....	50
Tabela 1	(Artigo 2)	Distribuição dos presidiários quanto às características sócio-demográficas e condenatórias.....	63
Tabela 2	(Artigo 2)	Experiência de cárie dentária distribuída segundo a faixa etária.....	64
Tabela 3	(Artigo 2)	Distribuição dos presidiários quanto a utilização de serviços odontológicos.....	64
Tabela 4	(Artigo 2)	Relação entre CPOD e dor de dente, satisfação, autopercepção e impacto em saúde bucal.....	65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do Estado da Paraíba.....	29
Figura 2	Complexo Penitenciário do Serrotão.....	30

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CPI	<i>Community Periodontal Index</i>
CPTIN	<i>Community Periodontal Index of Treatment Needs</i>
CPO-D	Dentes cariados, perdidos e obturados
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPR	Prótese Parcial Removível
PT	Prótese Total
SBPqO	Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1	A PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE E OS REGIMES DE PENA.....	17
2.2	POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA BRASILEIRA.....	17
2.3	POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA NA PARAIBA.....	18
2.4	O DIREITO A SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO.....	20
2.5	O PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO	20
2.6	A SAÚDE BUCAL DOS PRESIDIÁRIOS.....	22
2.6.1	Estudos Nacionais.....	22
2.6.2	Estudos Internacionais.....	22
3	OBJETIVOS.....	28
3.1	OBJETIVO GERAL.....	28
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
4	METODOLOGIA.....	29
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	29
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	29
4.3	POPULAÇÃO/ AMOSTRA.....	30
4.4	CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	31
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
4.6	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	33
4.6.1	Estudo Piloto e Calibração.....	33
4.6.2	Acesso aos Presidiários.....	34
4.6.3	Exame Clínico.....	34
4.6.3.1	Critérios para avaliação da experiência de cárie dentária.....	35
4.6.3.2	Critérios para avaliação da necessidade de prótese dentária.....	37
4.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	37
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
5	RESULTADOS.....	39
5.1	ARTIGO 1.....	40
5.2	ARTIGO 2.....	59

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
7	REFERÊNCIAS.....	76
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	81
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	82
	ANEXO A - COMPROVANTE SISNEP.....	87
	ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À PENITENCIÁRIA JOÃO BOSCO CARNEIRO.....	88
	ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À PENITENCIÁRIA FEMININA DE CAMPINA GRANDE.....	89
	ANEXO D - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1 À REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA.....	90

1 INTRODUÇÃO

O sistema penitenciário brasileiro é marcado por sérias dificuldades estruturais e organizacionais, refletidas principalmente pela superlotação carcerária e insalubridade das prisões¹. Face às precárias condições de confinamento, a população custodiada nas penitenciárias brasileiras tem se mostrado vulnerável ao desenvolvimento de inúmeras doenças², e nesta perspectiva, diversos estudos tem procurado identificar quais os principais fatores associados ao adoecimento dessa população^{3,4,5,6,7,8}. Entretanto, pesquisas relativas à saúde bucal desse grupo ainda não têm sido priorizadas, constatando-se pela escassez de estudos sobre o assunto nas bases de dados.

Destarte, pouco se sabe a respeito das condições de saúde bucal dos privados de liberdade no Brasil, muito embora, os brasileiros ainda apresentem no contexto geral, uma saúde bucal insatisfatória^{9,10}. Todavia, estudos internacionais, realizados em penitenciárias da Índia¹¹, Costa Rica¹², África¹³, Inglaterra¹⁴, Estados Unidos^{15,16}, Austrália¹⁷ e China¹⁸ têm observado uma deficiente condição de saúde bucal entre presidiários, demonstrada principalmente pelos elevados valores do índice CPOD.

A precária condição de saúde bucal verificada entre presidiários tem sido associada, dentre outros fatores, à exclusão social vivida pelos mesmos anteriormente à prisão¹⁹. Esta realidade de exclusão é constatada na população penitenciária do Brasil, visto que, compondo o cenário do cárcere brasileiro, encontram-se, predominantemente, indivíduos jovens, com baixa escolaridade, pobres, com histórico de reincidência e cuja condenação, em grande parte, foi motivada por crimes contra o patrimônio e tráfico de entorpecentes^{20, 21,22}.

Diversos estudos têm observado que os indivíduos com menor renda e escolaridade, mostram uma tendência de uso irregular de serviços odontológicos, e consequentemente carregam marcas dentárias que expressam uma desfavorável condição de saúde bucal^{23,24,14,25}. A consequência desta realidade, no ambiente prisional, é a grande demanda por serviços odontológicos, resultado não apenas do elevado do número de pessoas condenadas à prisão, mas, sobretudo, da significativa necessidade de tratamento odontológico requisitado pelos ingressos no sistema penitenciário¹⁹.

No Brasil, como estratégia governamental para organizar o acesso da população penitenciária às ações e serviços de saúde, foi criado em 9 de setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), através da Portaria Interministerial nº

1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça²⁶. Os estados que solicitam a adesão ao PNSSP, quando qualificados, passam a orientar suas ações na direção da promoção e prevenção em saúde, consolidando atividades de atenção básica dentro das unidades prisionais, através da inserção das equipes mínimas de saúde no sistema penitenciário, constituídas por médico, odontólogo, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde bucal²⁷.

O estado da Paraíba aderiu ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), sendo qualificado, em 2008, com dezoito equipes de saúde²⁸. Destarte, com a assistência odontológica incluída no PNSSP, e já em vigência no Estado da Paraíba, o objetivo deste estudo foi avaliar as condições de saúde bucal de privados de liberdade em penitenciárias deste Estado, buscando embasar a reflexão sobre o tema e incitar o desenvolvimento de novos estudos, com vistas a contribuir com a formulação e aprimoramento de políticas voltadas a assistência odontológica no ambiente prisional, e deste modo colaborar com a reintegração social dos egressos do sistema penitenciário.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A presente seção encontra-se dividida em subseções, para melhor compreensão da temática proposta.

2.1 A PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE E OS REGIMES DE PENA

Embora os fatores propulsores da criminalidade sejam os mais diversos, e que cada indivíduo tenha seu próprio contexto de inserção no mundo do crime^{29,30,31,32}, o fim para os que são condenados à prisão é o mesmo, ou seja, a privação de liberdade³³. A pena privativa de liberdade é uma modalidade de sanção penal, aplicada pelo Estado, que retira do condenado seu direito de locomoção, em razão da prisão por tempo determinado, com a finalidade de punir seu responsável, readaptá-lo ao convívio em comunidade e, mediante a intimidação endereçada à sociedade, evitar a prática de novos crimes³⁴.

Dependendo da quantidade de pena imposta, circunstâncias judiciais e reincidência, ou seja, do mérito do condenado, a pena privativa de liberdade pode ser cumprida em regime fechado, semi-aberto ou aberto, os quais se diferenciam basicamente pelo grau de liberdade e condições de estudo e trabalho admitidos para cada tipo de regime³⁴. Embora os problemas estruturais e organizacionais do sistema penitenciário impeçam por vezes a correta execução penal, cada tipo de regime deve ser cumprido em local apropriado, destinando-se os estabelecimentos de segurança máxima e média para o cumprimento de pena de reclusão em regime fechado, colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar para o cumprimento em regime semi-aberto, e casa de albergado ou estabelecimento adequado para as penas em regime aberto³⁵.

2.2 POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA BRASILEIRA

De acordo com os últimos dados disponibilizados pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), encontram-se em privação de liberdade sob custódia do sistema penitenciário brasileiro aproximadamente 442 mil homens e 29 mil mulheres³⁶. Deste

numerário, a região sudeste é a que apresenta o maior contingente de presos (53%), seguida das regiões Nordeste (16,4%), Sul (14,7%), Centro-Oeste (9,2%) e Norte (6,6%)³⁷.

Compondo o retrato das penitenciárias masculinas, encontram-se predominantemente homens jovens, com baixa escolaridade, pobres, com histórico de reincidência e cuja condenação, em grande parte, foi motivada por crimes contra o patrimônio e tráfico de entorpecentes^{22,30}. No ambiente feminino, encontram-se nas cinco regiões do país, predominantemente, mulheres com baixa escolaridade, pobres, desempregadas ou subempregadas quando da prisão, menores de 30 anos de idade, e cuja prisão foi motivada por tráfico ilícito de entorpecente, seguida pelos crimes contra o patrimônio^{38,39}.

Não obstante as diferenças regionais, o contínuo crescimento da população prisional tem sido observado por praticamente todos os Estados brasileiros²², com um destaque para a população feminina, que embora represente uma minoria quando comparada ao sexo masculino, apresentou uma média de crescimento de 32,73% no último triênio, representando o dobro do crescimento masculino para o mesmo período³⁸. Entretanto, o número de unidades prisionais não tem conseguido acompanhar esse crescimento carcerário, visto que, embora tenha praticamente triplicado o número de presídios entre os anos 1994 e 2009, a taxa de ocupação em 2010 chegou a 1,64 presos por vaga, o que representa um déficit de aproximadamente 195.000 vagas⁴⁰.

Considerada um dos maiores problemas do sistema penitenciário brasileiro, por inviabilizar o processo de recuperação e de ressocialização dos presidiários, a superlotação penitenciária proporciona condições de confinamento extremamente conflituosas e insalubres, favorecendo, principalmente, o adoecimento da população encarcerada^{41,42}. Nesta perspectiva, convém ressaltar que o aumento da criminalidade torna-se preocupante, sobretudo por sua assustadora repercussão dentro da sociedade^{30,31,43}, e também, pelos transtornos causados pela superlotação penitenciária^{44,45}.

2.3 POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA NA PARAÍBA

Na região Nordeste, o Estado de Pernambuco é o que apresenta o maior número de encarcerados no sistema penitenciário, seguido pelos estados do Ceará, Bahia e Paraíba. Entretanto, no tocante à taxa geral de presos por 100.000 habitantes, a do Estado da Paraíba chega a ocupar o segundo lugar da região²². Os dados mais recentes disponibilizados pela Gerencia Executiva do Sistema Penitenciário do Estado, em setembro de 2012, mostraram

que a Paraíba apresenta aproximadamente 8.700 indivíduos em privação de liberdade, distribuídos em todas as unidades prisionais do Estado²⁸.

Quanto ao numerário exclusivamente penitenciário, os últimos dados fornecidos revelaram que existem aproximadamente 5.800 encarcerados, dos quais 5.388 são homens, e 414 são mulheres. Embora esses dados sirvam para embasar o panorama da população penitenciária do Estado, eles podem ter sofrido alguma variação, visto que fazem referência ao mês de março de 2011²⁸.

O estado da Paraíba dispõe atualmente de quinze penitenciárias masculinas, três femininas, uma Colônia Penal Agrícola e um Instituto de Psiquiatria Forense, cujas localidades podem ser visualizadas no Quadro 1. Em relação ao número de privados de liberdade, é na capital do Estado onde se concentra o maior contingente de presos, de ambos os sexos, seguida pelos municípios de Campina Grande e Patos²⁸.

Quadro 1 – Distribuição das unidades penitenciárias do Estado da Paraíba de acordo com o município

Unidade Prisional	Município
Masculina	
Penitenciária Des. Flósculo da Nóbrega	João Pessoa
Presídio Desembargador Silvio Porto	
Penitenciária Criminalista Geraldo Beltrão	
Penitenciária Juiz Hitler Cantalice	
Penitenciárias PB1 e PB2	
Presídio Especial Des. Francisco Espínola	
Penitenciária Padrão de Segurança Máxima de Campina Grande	Campina Grande
Penitenciária Regional de Campina Grande Raimundo Asfora	
Penitenciária de Campina Grande Jurista Agnelo Amorim	
Penitenciária Padrão de Santa Rita	Santa Rita
Penitenciária João Bosco Carneiro	Guarabira
Penitenciária Padrão Romero Nóbrega	Patos
Presídio Regional de Sapé	Sapé
Penitenciária Padrão de Catolé do Rocha	Catolé do Rocha
Penitenciária Padrão de Cajazeiras	Cajazeiras
Colônia Penal Agrícola	
Colônia Agrícola Penal de Sousa	Souza
Feminina	
Instituto de Recuperação Feminina Maria Julia Maranhão	João Pessoa
Penitenciária Regional Feminina de Campina Grande	Campina Grande

Feminino de Patos	Patos
Hospital de Custódia	
Instituto de Psiquiatria Forense	João Pessoa

Fonte: <http://static.paraiba.pb.gov.br/2011/04/maro-2011-para-publicar.pdf>. Acessado em 18/11/2012.

2.4 O DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

No artigo 14 da seção III da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, consta que a assistência à saúde de indivíduos presos, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico, e que caso o estabelecimento penal não esteja aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento⁴⁶. Não obstante ao previsto pela referida lei, o ponto de partida referente à garantia do direito à saúde diz respeito à promulgação da Constituição Federal de 1988, onde está assegurado que a saúde deve ser reconhecida como direito de cidadania e inserida em uma concepção ampla de Seguridade Social, a ser garantida mediante políticas econômicas e sociais abrangentes⁴⁷.

O Sistema Único de Saúde (SUS) faz parte das ações definidas na Constituição de 1988, como sendo de relevância pública, e cuja concepção esteve baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população de forma universal, equitativa e integral, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania⁴⁸. Partindo-se desta premissa, entende-se que os indivíduos em privação de liberdade encontram-se respaldados por esse modelo de assistência, visto que independente da natureza de sua transgressão, eles mantêm todos os direitos fundamentais, uma vez que estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania²⁶.

2.5 O PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSSP)

Embora o SUS já esteja instituído e normatizado desde 1990, respectivamente por meio das Leis 8.080 e 8.142, é apenas em 2003 que se consagra a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do SUS, por meio da instituição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP),

através Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, de 9 setembro de 2003²⁷.

O PNSSP é voltado para a população penitenciária, isto é, para aquelas pessoas que cometeram delitos e já foram julgadas e condenadas, sendo considerado um marco na atenção em saúde voltada para a população reclusa em estabelecimentos de custódia, bem como aquela privada de liberdade, reunindo um conjunto de princípios, diretrizes, metas e ações mínimas para organizar essa atenção, prevendo inclusive um incentivo financeiro para que o atendimento da população penitenciária seja garantido²⁶.

A partir da instituição do PNSSP, a assistência passou a ser guiada pela lógica da atenção básica, qual seja, a prevenção e promoção em saúde enquanto atividades prioritárias, bem como o investimento em grupos de risco reunidos com base em instrumentos epidemiológicos de aferição da prevalência e incidência de doenças e agravos. Para que esta atenção seja realizada, as equipes de saúde tanto podem estar localizadas em um posto de saúde fora da unidade prisional quanto em um centro de saúde no interior da mesma, permanecendo dentro delas quando o número de pessoas privadas de liberdade ultrapasse 100 e estendendo suas ações para dentro daquelas em que apresentarem menos de 100²⁷.

Destaca-se, entretanto, que por tratar-se de um plano e não de uma política, a adesão ao PNSSP fica a critério dos gestores de cada unidade federativa. Para aderir ao PNSSP, cada estado deverá elaborar um Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário, esclarecendo os objetivos e metas gerais e específicas, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da sua população prisional²⁷. Este Plano deverá ser apreciado pela Comissão Intergestora Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde, devendo ser encaminhado para acareação do Ministério da Saúde, para possível aprovação²⁷. De acordo com os últimos dados disponíveis no portal do Ministério da Saúde, foram qualificados dentro do plano, 18 estados brasileiros, compondo 247 equipes de saúde, distribuídas em 212 estabelecimentos penitenciários⁴⁹.

O estado da Paraíba aderiu ao (PNSSP) desde junho de 2008, sendo qualificada com dezoito equipes de saúde, embora, apenas sete equipes tenham sido instaladas até o presente momento²⁸. Destas, três encontram-se no município de João Pessoa, nas Penitenciárias Des. Flóscolo da Nóbrega, Silvio Porto e na de Psiquiatria Forense da Paraíba, duas no município de Campina Grande nas Penitenciárias Regional Raimundo Asfora e Padrão de Segurança Máxima, uma na Penitenciária Padrão de Santa Rita, e uma na Penitenciária João Bosco Carneiro, no município de Guarabira²⁸.

2.6 A SAÚDE BUCAL DOS PRESIDIÁRIOS

2.6.1 Estudos Nacionais

Um dos únicos estudos brasileiros, que analisou aspectos relacionados à saúde bucal de presidiários, avaliou 326 indivíduos custodiados no sistema penitenciário de Estado de São Paulo e procurou identificar quais as alterações de mucosa bucal mais prevalentes entre os mesmos⁵⁰.

Publicado nos anais do 21º encontro da SBPqO, em 2009, um estudo avaliou a situação clínica odontológica de 99 indivíduos, na faixa de 19 a 47 anos, custodiados na Penitenciária Potim II, localizada no estado de São Paulo. Como resultado encontrou-se que 54,5% da amostra apresentaram problemas odontológicos, dos quais 64,8% estavam associados à dor odontogênica⁵¹.

Face a incipiência das pesquisas voltadas à saúde bucal de encarcerados, pouco se sabe a respeito das condições de saúde bucal dos presidiários no Brasil, muito embora, os brasileiros ainda apresentem, no contexto geral, uma saúde bucal insatisfatória^{9,10}.

2.6.2 Estudos Internacionais

Na literatura internacional, algumas publicações podem ser encontradas, no entanto, observa-se que os estudos estão publicados de forma isolada, e em poucos países, muito embora, a presença de indivíduos em privação de liberdade seja um cenário comum em diversas partes do mundo. Para uma visualização dos estudos publicados nas bases de dados, do início da última década até o momento atual, com acesso ao resumo, e cujo objetivo principal estivesse relacionado à investigação da saúde bucal de adultos em privação de liberdade, foi montado o quadro a seguir, onde são destacados, local, ano, e objetivos dos estudos (Quadro 1).

Quadro 2. Estudos internacionais relacionados à investigação da saúde bucal de adultos em privação de liberdade, publicados entre os anos de 2000 e 2012.

Autor	País	Ano	Objetivos
1. Reddy et al ¹¹	Índia	2012	Avaliar as condições de saúde bucal e as necessidades de tratamento, bem como conhecer as instalações de serviço odontológico.
2. Shulman, Sauter ⁵²	Estados Unidos	2012	Sugerir o tratamento para dores de origem odontogênica.
3. Ringgenberg ⁵³	Estados Unidos	2011	Avaliar as necessidades de saúde bucal e a resposta dos serviços odontológicos.
4. Garita; Ballesteros; Letchuk ¹²	Costa Rica	2010	Conhecer o Índice CPOD e a prevalência de patologia oral.
5. Diouf et al ⁵⁴	África	2010	Determinar o índice CPOD
6. Diouf et al ⁵⁵	África	2009	Avaliar a necessidade de tratamento periodontal
7. Walsh et al ⁵⁶	Inglaterra	2008	Avaliar a natureza das pesquisas realizadas sobre saúde bucal nas prisões.
8. Heidari et al ¹⁴	Inglaterra	2007	Investigar o estado de saúde bucal e comportamentos associados, e as necessidades de tratamento odontológico.
8. Nobile et al ⁵⁷	Itália	2007	Avaliar a prevalência de cárie dentária, condição periodontal e necessidade de prótese.
9. Naidoo; Yengopal; Cohen ¹⁴	África	2005	Determinar a condição de saúde bucal e necessidades de tratamento.
10. Jones et al ⁵⁸	Inglaterra	2005	Comparar a saúde bucal dos prisioneiros com a da população em geral.
11. Osborn; Butler; Barnard ¹⁷	Austrália	2003	Avaliar a condição de saúde bucal e identificar fatores de risco associados com a saúde oral.
12. Lunn et al ⁵⁹	Inglaterra	2003	Avaliar as condições de saúde bucal.
13. Boyer; Nielsen-Thompson; Hill ⁶⁰	Estados Unidos	2002	Comparar a cárie e perda dentária da população prisional com a população geral.
14. Heng; Morse ¹⁵	Estados Unidos	2002	Avaliar a extensão da cárie dentária
15. Mcgrath ¹⁸	China	2002	Avaliar a prevalência de doenças bucais e seu impacto na qualidade de vida

Analisando-se as publicações no referido período, verifica-se o predomínio de investigações realizadas na Inglaterra, Estados Unidos e África. Caracterizam-se por estudos de delineamento transversal, com tamanho variável de amostra, e que procuraram avaliar a condição de saúde bucal dos encarcerados, principalmente pela experiência de cárie dentária, condição periodontal e necessidade de prótese, autopercepção e utilização de serviços odontológicos, como pode ser visualizado nos resultados dos estudos mostrados a seguir.

Reddy et al. (2012)¹¹ por meio de uma amostragem aleatória realizada em seis prisões da Índia, obtiveram uma amostra de 800 presidiários, 722 homens e 78 mulheres, com idade entre 19 e 76 anos. Avaliando a experiência de cárie deste grupo, obtiveram uma prevalência de cárie de 97,5%, e um índice CPOD no valor de 5,26. Das seis prisões avaliadas, apenas duas contavam com atendimento odontológico regular. A grande maioria dos indivíduos necessitava de tratamento restaurador (87,6%), seguido por exodontias (62,1%), e instalação de próteses (32,2 %). Foi concluído com o estudo, que os indivíduos que cumpriram um maior tempo de prisão, apresentaram um maior percentual de cárie dentária, problemas periodontais e necessidades protéticas.

A publicação de Shulman e Sauter (2012)⁵² descreveu basicamente a etiologia e o diagnóstico de dores odontogênicas, e fez recomendações sobre seu tratamento em ambiente prisional. Foi sugerido que presidiários com dor de dente devem ser atendidos dentro de 24 horas, após a queixa inicial a algum funcionário da prisão, e que aqueles que não apresentarem sinais de infecção não devem ser tratados com antibióticos, resguardando o uso dos mesmos para os casos de infecção, devendo ser simultaneamente acompanhados por tratamento odontológico.

Ringgenberg (2011)⁵³, avaliando os prontuários odontológicos de triagem dos 2.724 indivíduos recém-admitidos em Centros Correcionais de Iowa, durante um período de seis meses, observaram que os ingressos no sistema prisional necessitavam de um elevado número de procedimentos odontológicos, mas que apenas 32% destas necessidades odontológicas foram concluídas no referido período.

Garita, Ballester, Letchuk (2010)¹², selecionaram de forma aleatória 129 indivíduos de uma única unidade prisional da Costa Rica, e observaram que os indivíduos encontravam-se com uma idade média de 37 ($\pm 11,9$) anos, e apresentavam um número médio de 5,8 ($\pm 3,7$) dentes cariados, 5,5 ($\pm 7,3$) perdidos e 3,6 ($\pm 3,8$) dentes obturados. Embora não conste o valor médio do Índice CPOD, foi relatado que 92,2% da população apresentava valores de CPOD maior que 6,6. No tocante a investigação de patologias orais, verificou-se uma baixa

prevalência de lesões vesiculares, papulares e ulcerativas, havendo, entretanto uma maior frequência de pigmentações bucais e peribucais.

Visando avaliar a experiência de cárie em indivíduos com mais de um ano de encarceramento de quatro prisões de Dakar, Diouf et al. (2010)⁵⁴ selecionaram 754 indivíduos, dos quais 90% eram do sexo masculino, e com idade entre 18 e 35 anos (63%). O CPOD médio da amostra foi de 7,3. A proporção de internos com pelo menos um dente cariado, perdido e obturado, foi respectivamente de 81,3%, 26,1% e 70,6%. No ano anterior, procurando avaliar a condição periodontal, Diouf et al. (2009)⁵⁵ examinaram 375 prisioneiros, dos quais 89,3% eram homens e 10,7% mulheres, com uma média de 35 anos e 39,29 meses de prisão, e verificaram que a necessidade de tratamento periodontal foi proporcional ao tempo de prisão.

Na revisão sistemática realizada por Walsh et al. (2008)⁵⁶, utilizando 21 estudos, datados a partir de 1990, concluiu-se que embora a heterogeneidade das populações estudadas e dos métodos de avaliação utilizados pelos trabalhos impeçam a generalização, parece ser consistente que a saúde bucal dos presidiários é deficiente.

No estudo de Heidari et al. (2007)¹⁴, composto por 78 prisioneiros em prisão preventiva, com idade média de 35,7 (SD $\pm$ 9,6) anos, foi observado um valor médio de CPOD de 14,2($\pm$ 7,5), com uma média de 3,5 ($\pm$ 2,7) dentes cariados, 6,2 ($\pm$ 7,6) dentes perdidos e 4,5 ($\pm$ 7,5) dentes obturados, com exceção dos terceiros molares. Foram considerados agravantes da experiência de cárie o tabagismo, uso de álcool, dependência de droga e elevados níveis de açúcar na dieta. A maioria dos presos (71%) considerou a sua saúde bucal como pobre e percebiam a necessidade de tratamento. Quanto ao uso de serviços odontológicos, a maioria dos participantes do estudo (67%) declarou que não frequentava o dentista regularmente. Entretanto, grande parte dos presos (73%) afirmou ter visitado o dentista no ano anterior, dos quais 54% utilizaram o serviço da prisão, com a última consulta odontológica sendo motivada por dor, infecção ou trauma em 77% dos casos.

Comparando a saúde bucal dos encarcerados com o da população em geral, Jones et al. (2005) e Boyer, Nielsen-Thompson e Hill (2002)⁶⁰ observaram que existem grandes disparidades, principalmente no que diz respeito ao maior número de dentes perdidos e com cárie não tratada entre os prisioneiros, em relação aos grupos de mesma idade e região geográfica da população em geral.

Na Itália, Nobile et al. (2007)⁵⁷ selecionaram aleatoriamente uma amostra de 544 presos de quatro unidades prisionais, e verificaram que os indivíduos apresentavam uma idade média de 38,7($\pm$ 10,7) anos, e um CPOD médio de 9,8 ($\pm$ 6,1). O componente perdido foi o que

apresentou a maior média ($6 \pm 5,9$), seguido do componente cariado ($2,3 \pm 2,5$) e obturado ($1,5 \pm 2,2$), respectivamente. No tocante à condição periodontal, grande parte dos indivíduos foi classificado com um CPI (*Community Periodontal Index*) de 2, enquanto 5% tinham pelo menos um sextante com uma pontuação de CPI 4. Quanto à necessidade de prótese, verificou-se que 85,1% dos indivíduos necessitavam de algum tipo tratamento protético.

Naidoo, Yengopal e Cohen (2005)¹³ procurando avaliar o estado de saúde bucal de presidiários de quatro unidades correcionais em Westen Cape, selecionaram por conveniência 340 presos, 264 homens e 76 mulheres, em sua maioria (79%), composta por indivíduos na faixa etária de 15-35 anos de idade. Na avaliação da experiência de cárie dentária, obteve-se um CPOD médio de 15,45, muito embora, a autopercepção de necessidade de tratamento dos indivíduos, no geral, tenha sido baixa. No que se refere a patologias bucais, os abscessos dentoalveolares, associados a dentes cariados, e lesões traumáticas foram as mais encontradas, seguidas por lesões herpéticas, aftosas e queilite angular.

No estudo realizado por Osborn, Butler e Barnard (2003)¹⁷, dos 789 indivíduos selecionados aleatoriamente em 27 centros correcionais em New South Wales, Austrália, para avaliação do estado de saúde e comportamento de risco associados, 334 (312 homens e 22 mulheres) foram selecionados para exame clínico odontológico. Com resultado, encontrou-se que 50% dos reclusos haviam visitado um dentista nos últimos 12 meses. A motivação para a última consulta foi principalmente para realização de exames dentários (62%), seguidos por obturações dentárias (38%), e extrações dentárias (28 %). Quanto a autopercepção de tratamento, verificou-se que 42% dos indivíduos percebia a necessidade de um check-up. A percepção da necessidade de obturações dentárias foi maior nas mulheres em comparação aos homens. Dos examinados, 93% necessitavam de algum tipo de tratamento odontológico e 40% necessitavam de algum tipo de prótese dentária. Quanto a condição periodontal, obteve-se um escore médio de 2,2 para o CPITN (*Community Periodontal Index of Treatment Needs*). Com relação a experiência de cárie, obteve-se uma média 3,4 dentes cariados, 2,2 dentes obturados, mas cariados, 5,8 dentes obturados sem cárie, e 8,9 dentes perdidos, resultando em um CPOD médio de 20,4.

Na avaliação da cárie dentária, o estudo realizado por Heng, Douglas e Morse (2002)¹⁵ com 500 mulheres em uma prisão federal em Connecticut, com idade média de 36 anos, obteve-se um valor médio de 16,8 para o CPOD, com uma média de 3,5 dentes cariados, 7,4 dentes perdidos e 6 dentes obturados. Quando avaliada de acordo com a faixa etária (18-28, 30-39, e 40-65 anos), observou-se que os maiores valores para a média de CPOD (21,1), dentes perdidos (11,8) e obturados (6,7) foram encontrados na faixa etária de 40-65, enquanto

que para dentes cariados, a maior média (3,7) esteve entre as prisioneiras na faixa etária de 30-39 anos.

No estudo realizado na Inglaterra por Lunn et al. (2003)⁵⁹, com 127 presidiários, 102 homens e 25 mulheres, obteve-se um CPOD médio de 14,35, com uma média de 3,8 dentes cariados, 6,32 dentes perdidos e 4,23 dentes obturados. Avaliando-se a necessidade de extrações dentárias, observaram que 57% dos indivíduos necessitavam de pelos uma extração dentária, todas em consequência de cárie dentária avançada. Necessidade de prótese foi observada em 30% dos indivíduos.

E por fim, Mcgrath (2002)¹⁸ avaliando a saúde de bucal de 64 prisioneiros com mais de 60 anos, em uma prisão da China, verificou um CPOD médio de 22,5. A média de dentes cariados correspondeu a 2,04 dentes cariados, 0,16 dentes obturados e 20,28 dentes perdidos, com mais da metade dos indivíduos (75%) necessitando de reabilitação protética. Dos 45 indivíduos em que foi possível avaliação periodontal, verificou-se que 55% deles apresentaram valor de CPI igual a 2. Cerca de 53% dos indivíduos relataram algum impacto de saúde bucal na qualidade de vida. Tais impactos foram estatisticamente associados a condição de trabalho anterior a prisão, hábito de fumar, valor do CPOD e necessidade de prótese.

Na avaliação final dos estudos, observa-se que embora tenha sido relatada deficiência na condição de saúde bucal dos encarcerados, na grande maioria das investigações, os valores encontrados principalmente para experiência de cárie variaram consideravelmente dentro das populações prisionais dos diferentes países, e até mesmo dentro do mesmo país, o que pode estar relacionado a organização de serviços odontológicos e a promoção de saúde bucal prestados, tanto para população em geral, quanto à população prisional.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as condições de saúde bucal de privados de liberdade, em penitenciárias do Estado da Paraíba.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os indivíduos quanto ao sexo, idade e escolaridade;
- Identificar o tempo de reclusão e condição de trabalho no período da prisão;
- Analisar a morbidade bucal referida e o uso de serviços odontológicos;
- Avaliar a autopercepção de saúde bucal;
- Estimar o número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO –D);
- Verificar o uso e a necessidade de prótese dentária.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

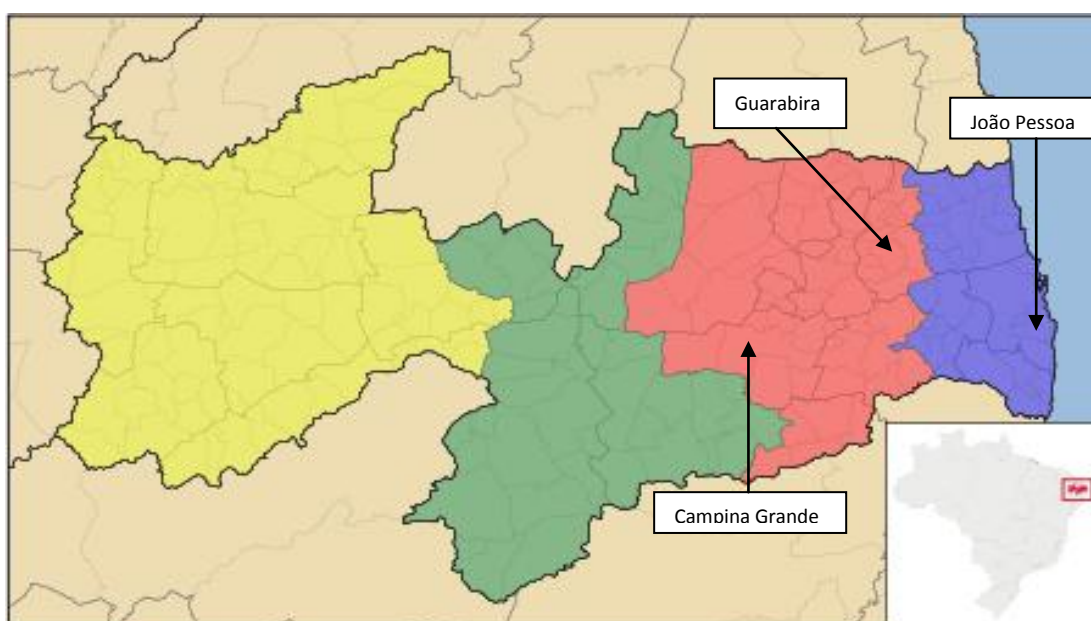
Tratou-se de um estudo epidemiológico, de delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado através da técnica de observação direta intensiva.

4.2. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Penitenciária Regional João Bosco Carneiro, situada no município de Guarabira/PB e na Penitenciária Regional Feminina do município de Campina Grande/PB, no período de 08 de junho a 02 de agosto de 2012.

Os referidos municípios encontram-se localizados na mesorregião do Agreste Paraibano, a uma distância de 98 km e 132 km da capital do Estado, respectivamente.

Figura 1. Mapa do Estado da Paraíba



Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_mesorregiões_da_Paraíba

A Penitenciária João Bosco Carneiro é uma das quinze penitenciárias destinadas a reclusão masculina no Estado. A Penitenciária Feminina de Campina Grande é uma das três penitenciárias do Estado da Paraíba destinada à reclusão de mulheres. Situa-se no Complexo Penitenciário do Serrotão, onde de forma isolada, também estão implantadas as Penitenciárias Padrão de Segurança Máxima e a Regional Raimundo Asfora, ambas destinadas à reclusão de indivíduos do sexo masculino (Figura 2).

Figura 2 - Complexo Penitenciário do Serrotão



Fonte: <http://wikimapia.org/506279/pt/Complexo-Penitenciária-do-Serrotão> – Acessado em 27/11/2012

A seleção das unidades prisionais do estudo ocorreu pela conveniência de acesso às penitenciárias e logística de escolta dos presidiários, pois, em virtude do tamanho e da organização física das penitenciárias, a escolta dos presos ocorreria de forma mais rápida, e com um menor número de agentes penitenciários, causando uma menor interferência na rotina de segurança das penitenciárias, e consequentemente na coleta de dados.

4.3. POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população de estudo foi composta por todos os indivíduos, que no período da coleta, se encontravam em privação de liberdade nas referidas unidades prisionais. Correspondendo, portanto, a 273 indivíduos, 206 do sexo masculino e 67 do sexo feminino.

A amostra foi selecionada por conveniência, em virtude das dificuldades relatadas pela direção quanto à escolta, e aos possíveis questionamentos entre os próprios presos, caso a seleção fosse aleatória. Deste modo, foram incluídos todos os indivíduos que concordaram em participar do estudo, resultando em uma amostra de 192 indivíduos, 127 do sexo masculino, e 65 do sexo feminino.

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo todos os presidiários que se dispuseram a participar da pesquisa, e consequentemente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo excluídos, os indivíduos que no período da coleta de dados estivessem sob medida de isolamento disciplinar, ou acometidos por qualquer doença infectocontagiosa.

4.5. INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS ESTUDADAS

O instrumento de coleta de dados foi elaborado a partir de uma adaptação do formulário utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil) de 2010 (APÊNDICE B).

A primeira parte do instrumento consiste de um questionário, referente ao perfil sociodemográfico e condenatório do presidiário, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida, autopercepção e impactos em saúde bucal nos últimos seis meses. Na segunda parte, são abordados os aspectos relacionados ao exame clínico odontológico, no qual foi avaliada a experiência de cárie dentária, uso e necessidade de prótese (Quadro2).

Quadro 3. Variáveis do Estudo

Variáveis	Categoria	Classificação quanto à mensuração	Classificação quanto ao plano de análise
1. Sociodemográficas			
• Sexo	Masculino / Feminino	Qualitativa Nominal	--
• Idade	Acima de 18 anos	Quantitativa Discreta	--
• Grau de escolaridade	Analfabeto	Qualitativa	--

	1º grau completo 1º grau incompleto Médio Completo Médio Incompleto Superior Completo Superior Incompleto	Ordinal	
• Execução de atividade laboral anteriormente a prisão	Sim / Não	Qualitativa Nominal	Dependente
2. Condenatórias			
• Tempo de reclusão	Em meses	Quantitativa Discreta	Dependente
3. Uso de Serviços Odontológicos			
• Uso de serviços de saúde bucal em algum momento da vida	Sim Não Não sabe/ não respondeu	Qualitativa Nominal	Dependente
• Tempo decorrido desde a última consulta odontológica	Menos de um ano Um a dois anos Três anos ou mais Não sabe/ Não respondeu Não se aplica	Qualitativa Nominal	Dependente
• Local da última consulta odontológica	Presídio Serviço público Serviço particular Não sabe/ Não respondeu Não se aplica	Qualitativa Nominal	Dependente
4. Morbidade Bucal Referida			
• Presença de dor de dente nos últimos 6 meses	Sim Não Não sabe/ não respondeu Não se aplica	Qualitativa Nominal	Dependente
5. Autopercepção em Saúde Bucal			
• Satisfação com a Saúde Bucal	Satisfeito Insatisfeito Nem Satisfeito/Nem insatisfeito Não sabe/não respondeu	Qualitativa Nominal	Dependente
• Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico	Sim Não Não sabe/ não respondeu	Qualitativa Nominal	Dependente
• Autopercepção da necessidade de utilização de prótese dentária	Sim Não Não sabe/ não respondeu	Qualitativa Nominal	Dependente
6. Impactos em Saúde Bucal nos últimos seis meses			
• Dificuldade para mastigar	Sim Não Não sabe/ não respondeu	Qualitativa Nominal	Dependente
• Dor ao ingerir líquidos quentes ou gelados	Sim Não Não sabe/ não respondeu Não se aplica	Qualitativa Nominal	Dependente
• Incômodo para escovar os dentes	Sim Não	Qualitativa Nominal	Dependente

	Não sabe/ não respondeu Não se aplica		
• Dificuldade para falar	Sim Não Não sabe/ não respondeu	Qualitativa Nominal	Dependente
• Vergonha de falar	Sim Não Não sabe/ não respondeu	Qualitativa Nominal	Dependente
• Vergonha de sorrir	Sim Não Não sabe/ não respondeu	Qualitativa Nominal	Dependente
• Dificuldade para executar atividades rotineiras	Sim Não Não sabe/ não respondeu	Qualitativa Nominal	Dependente
• Dificuldade para dormir	Sim Não Não sabe/ não respondeu	Qualitativa Nominal	Dependente
7. Exame Clínico			
• Dentes Cariados	Sim Não	Qualitativa Nominal	Dependente
• Dentes Obturados	Sim Não	Qualitativa Nominal	Dependente
• Dentes Perdidos	Sim Não	Qualitativa Nominal	Dependente/ Independente
• Índice CPOD	De 0 a 32	Quantitativa Discreta	Independente
• Uso de Prótese	Sim Não	Qualitativa Nominal	Dependente
• Necessidade de Prótese	Sim Não	Qualitativa Nominal	Dependente

4.6. PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

4.6.1 Estudo piloto e Calibração

Previamente à coleta de dados, realizou-se um estudo piloto com 39 presidiários, objetivando testar o instrumento de coleta de dados e verificar a necessidade de reformulação do questionário, bem como identificar possíveis dificuldades relacionadas a realização do exame clínico.

Foi realizada a calibração intraexaminador (Kappa de Cohen), visando assegurar durante a etapa de coleta de dados que o único examinador mantivesse um padrão consistente de exame. Assim, 20 presidiários foram reexaminados num intervalo de tempo de 15 dias, obtendo-se um valor de Kappa de 0,92, que de acordo com os parâmetros de confiabilidade representa uma concordância perfeita.

4.6.2 Acesso aos presidiários

O acesso as Penitenciárias Feminina de Campina Grande e João Bosco Carneiro, foi concedido pelos juízes da vara de execução penal do município de Campina Grande e Guarabira, respectivamente. Antecipadamente ao início da coleta, foi realizada uma visita às referidas unidades prisionais, no intuito de informar aos diretores quanto à realização da pesquisa, e assim agendar as datas para início da coleta de dados.

Em cada unidade penitenciária, foi estipulado junto à direção, o atendimento médio de cinco indivíduos por turno. Por intermédio dos sentenciados, que por bom comportamento prestavam assistência aos profissionais de saúde, os demais presos eram convidados a participar da pesquisa. Assim, os que concordavam em participar do estudo, dirigiam-se a grade que separa o pavilhão da parte administrativa da penitenciária, para então serem individualmente escoltados por agentes penitenciários, até a sala destinada a pesquisa.

Nas duas penitenciárias, os presos foram entrevistados e examinados sem o uso de algemas, visto que já é uma prática utilizada nos casos de atendimentos médico e odontológico. Deste modo, a segurança dos pesquisadores foi feita por dois agentes penitenciários, posicionados na entrada da sala.

4.6.3 Exame Clínico

Na Penitenciária João Bosco Carneiro, o exame clínico foi realizado no consultório odontológico existente no interior da mesma, utilizando-se, portanto a luz do refletor odontológico. Enquanto que na Penitenciária Feminina ocorreu em uma sala utilizada como ambulatório médico, com a paciente sentada em uma cadeira comum, utilizando-se a luz artificial da sala e de uma lanterna.

O exame clínico intrabucal de cada presidiário foi realizado por um único examinador, devidamente calibrado, auxiliado por um anotador instruído para tal função, ambos obrigatoriamente paramentados, atendendo as normas gerais de biossegurança.

Para o exame das superfícies dentárias foram utilizados espátulas de madeira descartáveis, gases, espelhos bucais e sondas milimetradas (*Community Periodontal Index* CPI), devidamente esterilizados.

4.6.3.1 Critérios para avaliação da experiência de cárie dentária

Para avaliar a experiência de cárie foi utilizado o índice CPOD, cuja recomendação é feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações, cujo valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados no grupo de indivíduos em estudo.

Os códigos e critérios para a condição da coroa dentária de cada indivíduo foram os seguintes:

0 – Coroa Hígida. Quando não apresenta evidência de cárie tratada ou não. Os estágios iniciais da doença, que precedem a formação de cavidades, não são levados em consideração pela dificuldade em detectá-los nas condições em que o exame com finalidade epidemiológica é realizado. Dessa forma, dentes com os seguintes sinais devem ser codificados como *hígidos*:

- a. manchas esbranquiçadas;
- b. descoloração ou manchas rugosas;
- c. sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- d. áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas de esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;
- e. lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

Nota: Todas as lesões questionáveis foram codificadas como dente hígido.

1 – Coroa Cariada. Sulco, fissura ou superfície lisa que apresente cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda OMS deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.

Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, deve-se adotar, como regra de decisão, considerar o dente atacado por cárie, registrando-se cariado.

Quando a coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas a raiz.

2 – Coroa Restaurada, mas Cariada. Quando possui uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e

secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).

- 3 – Coroa Restaurada e Sem Cárie.** Quando uma ou mais restaurações definitivas estiverem presentes e inexistir cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nessa categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7.
- 4 – Dente Perdido Devido à Cárie.** Usado quando um dente permanente foi extraído por causa de cárie e não por outras razões.
- 5 – Dente Perdido por Outra Razão.** Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.
- 6 – Selante.** Para os casos em que um selante de fissura foi colocado, ou quando a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 (cárie).
- 7 – Apoio de Ponte ou Coroa.** Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados como 4 ou 5.
- 8 – Coroa Não Erupcionada.** Quando o dente permanente ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma, etc.
- T – Trauma.** Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.
- 9 – Dente Excluído.** Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas, etc.).

A base para os cálculos do CPO-D é 32, ou seja, todos os dentes permanentes incluindo o terceiro molar permanente. Para o cálculo do índice CPO-D, o componente C (dentes cariados) inclui todos os dentes classificados com os códigos 1 ou 2. O componente P (dentes perdidos) compreende os dentes com código 4 em indivíduos de menos de 30 anos de idade, e os dentes codificados 4 e 5 para indivíduos de 30 anos ou mais, ou seja, ausentes devido à cárie ou por qualquer outra razão. O componente O (dentes obturados) inclui apenas os dentes com código 3. Os dentes com códigos 6 (selante) ou código 7 (coroa, apoio de ponte) não são incluídos no CPO-D.

4.6.3.2 Critérios para avaliação da necessidade de prótese dentária

O critério necessidade de prótese incluiu a presença de espaços protéticos sem reabilitação protética ou com prótese inadequada. Deste modo, o critério de decisão para determinar que uma prótese que está em uso é inadequada e, portanto, deve ser trocada, foi baseado na ausência das seguintes condições:

- a. Retenção – está folgada ou apertada
- b. Estabilidade e reciprocidade – apresenta deslocamento ou báscula
- c. Fixação – lesiona os tecidos
- d. Estética – apresenta manchas ou fraturas e não está adequada ao perfil facial do paciente.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados e analisados por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17, utilizando-se a estatística descritiva para obtenção das distribuições absolutas e percentuais, e a analítica para obtenção dos cálculos estatísticos.

Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher e o de Kruskal-Wallis. A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%. Estimou-se ainda a Razão de Prevalência com intervalo de confiança de 95%.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme preconizado pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre pesquisas com seres humanos, a pesquisa foi registrada no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos - SISNEP e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE 0706.0.133.000-11). (ANEXO A).

5 RESULTADOS

ARTIGO 1: Bocas Trancadas: Avaliação da perda dentária em uma Penitenciária feminina no interior do Nordeste do Brasil

Submetido à revista Ciências e Saúde Coletiva – (Anexo D)

ARTIGO 2 : Experiência de cárie dentária e utilização de serviços odontológicos entre presidiários no interior do Nordeste do Brasil

5.1 Artigo 1: Bocas Trancadas – Avaliação da perda dentária em uma Penitenciária feminina no interior do Nordeste do Brasil

Locked Mouths – Assessment of tooth loss in a female penitentiary in Northeastern Brazil

Iris Sant'Anna Araújo Rodrigues¹, Ingrid Thays de Melo Silveira², Magaly Suênya de Almeida Pinto¹, Thaliny Batista Sarmiento de Oliveira¹
Alessandro Leite Cavalcanti³

¹Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

²Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

³Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Correspondência:

Iris Sant'Anna Araujo Rodrigues

R. Ney Câmara, 79 – Santa Rosa

Campina Grande/PB

58416-515

E-mail: iris.odontosp@gmail.co

RESUMO

Objetivo: Avaliar a perda dentária, o uso e a necessidade de reabilitação protética, bem como a utilização de serviços odontológicos entre presidiárias. **Método:** Tratou-se de um estudo transversal, realizado com 65 presidiárias, na Penitenciária Regional Feminina de Campina Grande/PB. Os dados foram coletados por meio de entrevista e exame clínico. Foram investigados os dados referentes ao perfil sociodemográfico e condenatório das presidiárias, incluindo a variável idade, escolaridade, execução de atividade laboral anteriormente a prisão, e tempo de prisão, bem como, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida, autopercepção e impactos em saúde bucal nos últimos seis meses. No exame clínico odontológico foi avaliada a experiência de cárie dentária, uso e necessidade de prótese. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e IC95%. Foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson, ou Exato de Fisher, e o teste de Kruskal-Wallis com comparações do referido teste. **Resultados:** A média da perda dentária foi de 11,3 dentes, representando o componente do índice CPOD com a média mais elevada. Das reclusas, apenas quatro (6,1%) tinham todos os dentes, mais da metade (55,4%) perderam de 1 a 10 dentes, e sete eram edêntulas (10,7%). Foi verificada associação significativa da perda dentária com a satisfação com a saúde bucal ($p = 0,049$), autopercepção da necessidade de uso de prótese ($p < 0,001$), incômodo ao escovar os dentes ($p = 0,005$), dificuldades em falar ($p = 0,002$) e dificuldades em realizar tarefas rotineiras ($p = 0,025$). Quanto à utilização de serviços odontológicos, apenas uma das presidiárias afirmou nunca haver consultado um dentista durante toda a vida. Das que se consultaram, (71,9%) realizaram a última consulta odontológica há menos de um ano, com metade das consultas realizadas no presídio, e a extração dentária sendo o motivo da última consulta para (40,6%) das apenadas. Com relação ao uso e necessidade de prótese dentária, observou-se que 29,2% das presidiárias utilizavam algum tipo de prótese, todas consideradas inadequadas para uso, e que (78,5%) das reclusas necessitavam de reabilitação protética. **Conclusão:** A condição de saúde bucal da população estudada mostrou-se precária, tendo as presidiárias apresentado valores consideráveis de perda dentária e de necessidade de prótese dentária, e com o agravante de ter sido a extração dentária o maior motivo de procura da assistência odontológica.

Descritores: Perda de dente; Prisões; Prótese Dentária

ABSTRACT

Objective: To assess tooth loss, use and need for prosthetic rehabilitation, as well as use of dental services among female prisoners. **Methods:** This was a cross sectional study, conducted with 65 prisoners at the Regional Women's Prison in Campina Grande, PB. Data were collected by interview and clinical examination. The main aspects investigated were prisoners' sociodemographic and sentencing profile, including age, education, history of labor activity prior to prison, time in jail, as well as use of dental services, oral morbidity reports, self-perception and oral health impacts in the previous six months. Dental clinical examination allowed investigating the experience of dental caries and use and need for prosthesis. To evaluate the association between categorical variables, a significance level of 5 % ($p < 0.05$) and 95 % CI were adopted. Data were statistically analyzed by means of the Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, and Kruskal-Wallis test with comparisons. **Results:** The mean tooth loss was 11.3 teeth, which was DMFT component showing the highest mean. Out of the prisoners, only four (6.1 %) had all teeth in their mouths; more than half (55.4 %) had lost 1-10 teeth; and seven were edentulous (10.7 %). Significant association was found for tooth loss and satisfaction with oral health ($p = 0.049$), self-perceived need for dental prosthesis ($p < 0.001$), discomfort when brushing teeth ($p = 0.005$), difficulty to speak ($p = 0.002$) and difficulty to perform daily living tasks ($p = 0.025$). As to the use of dental services, only one of the prisoners reported that had never consulted a dentist in her lifetime. Of those who underwent consultation, a total of 71.9 % had had the last dental appointment less than a year, being half of the consultations held in prison, and dental extraction was the reason for the last visit in 40.6 % of the cases. Regarding the use and need for dental prosthesis, it was observed that 29.2 % of prisoners wore some type of prosthesis, all considered unsuitable for use, and 78.5 % of them were in need of prosthetic rehabilitation. **Conclusion:** The oral health status of the population studied was found to be precarious, and prisoners had considerable values of tooth loss and need for dental prosthesis. In addition, such condition was aggravated by the fact that tooth extraction was major reason for seeking dental care.

Descriptors: Tooth loss; Prisons; Dental Prosthesis.

Introdução

Adentrar os espaços delimitados por muralhas, grades, portas, pessoas, e finalmente, bocas, não é uma tarefa das mais fáceis, o que talvez justifique a escassez de estudos direcionados à saúde bucal da população penitenciária no Brasil. Todavia, diante da inserção cada vez mais acentuada de mulheres no ambiente prisional¹, percebe-se a necessidade de atenções voltadas a saúde bucal deste grupo, visto que, subtraindo-se os pormenores da lei, a pena prevista para o tráfico de drogas e crimes contra o patrimônio, principais motivadores da prisão feminina^{1,2}, varia em torno de 1 a 15 anos de reclusão^{3,4}, tempo suficiente para reabilitar ou negligenciar a saúde bucal dessas mulheres resignadas à pena de privação de liberdade.

De acordo com os últimos dados fornecidos pelo Departamento Penitenciário Nacional, o Brasil apresenta cerca de 31.500 mulheres sob custódia do sistema penitenciário, representando aproximadamente 6,2 % do total da população penitenciária brasileira⁵. Embora a incipiência dos estudos limite o conhecimento a respeito das condições de saúde bucal de presidiárias, os achados internacionais^{6, 7,8,9} têm demonstrado que os prisioneiros, de um modo geral, apresentam condições bucais insatisfatórias, principalmente no que diz respeito ao grande número de dentes perdidos e com cárie não tratada, justificada pela exclusão social, e situação de desemprego vivida anteriormente à prisão¹⁰, associado a utilização irregular de serviços odontológicos e uso de drogas¹¹.

Estudos voltados à experiência de cárie dentária, na população em geral, têm observado que indivíduos do sexo feminino, com baixa escolaridade, e de baixo poder aquisitivo apresentam uma maior propensão à perda dentária^{12, 13}. Tal contexto coaduna com o perfil apresentado pelas presidiárias brasileiras, visto que, compondo o cenário do cárcere feminino, encontram-se, nas cinco regiões do país, predominantemente, mulheres com baixa escolaridade, pobres, desempregadas ou subempregadas quando da prisão, menores de 30 anos de idade, e cuja prisão foi motivada por tráfico ilícito de entorpecente, seguida pelos crimes contra o patrimônio^{1, 2}.

A perda dentária, considerada uma marca da desigualdade social e fruto das iniquidades em saúde, é reflexo da prática odontológica mutiladora, que devido ao menor custo e maior “resolutividade” perdura entre as pessoas de baixo nível socioeconômico^{12, 13}, e consequentemente aos recolhidos em ambientes prisionais¹⁴. Considerada um problema de saúde pública¹⁵, a perda dentária pode causar diversos problemas, que vão desde transtornos

funcionais, como dificuldade de mastigação e fonação, até problemas psicossociais, dentre os quais se destaca a dificuldade de socialização^{16,17}.

Pautado no exposto, este trabalho objetivou avaliar a perda dentária, o uso e a necessidade de reabilitação protética, bem como a utilização de serviços odontológicos entre as reclusas da Penitenciária Regional Feminina de Campina Grande, PB.

Sujeitos e Métodos

A presente pesquisa foi realizada no município de Campina Grande, situado no agreste do Estado da Paraíba, região nordeste do Brasil. A população penitenciária feminina do Estado é de aproximadamente 450 reclusas, distribuídas em três penitenciárias, destinadas a reclusão de mulheres, localizadas na capital do Estado, João Pessoa, e nos municípios de Campina Grande e Patos.

O estudo de delineamento transversal foi realizado na Penitenciária Regional Feminina de Campina Grande/PB. Foram selecionadas todas as mulheres que se encontravam encarceradas em junho de 2012, correspondendo a 67 mulheres. A amostra, entretanto, foi composta por 65 mulheres, visto que duas delas negaram-se a participar do estudo.

Intermediado por uma presidiária, que devido ao bom comportamento presta serviço na penitenciária, as presas do pavilhão de celas eram convidadas a participar do estudo. Assim, em cada turno, cinco detentas concordantes eram escoltadas por agentes penitenciárias até a sala destinada à realização da pesquisa. O instrumento de coleta de dados foi elaborado a partir de uma adaptação, para a população em estudo, do formulário utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil) de 2010, utilizando-se, portanto os critérios preconizados pela OMS para avaliação da experiência de cárie¹⁸.

Os dados foram coletados por meio de entrevista e exame clínico. Na primeira parte do instrumento foram investigados os dados referentes ao perfil sociodemográfico e condenatório das presidiárias, incluindo as variáveis idade, escolaridade, execução de atividade laboral anteriormente à prisão, e tempo de prisão, bem como, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida, autopercepção e os impactos em saúde bucal nos últimos seis meses. Na segunda parte, foram abordados os aspectos relacionados ao exame clínico odontológico, no qual foi avaliada a experiência de cárie dentária, uso e necessidade de prótese.

O exame clínico intrabucal foi realizado por um único examinador, devidamente calibrado (*Kappa* 0,92), auxiliado por um anotador instruído para tal função, ambos obrigatoriamente paramentados, atendendo as normas gerais de biossegurança. Para o exame das superfícies dentárias foram utilizados espátulas de madeira descartáveis, gases, espelhos bucais e sondas milimetradas (*Community Periodontal Index* CPI), devidamente esterilizados.

Embora a avaliação da perda dentária seja muito ampla, a presente análise procurou avaliar a perda dentária em relação ao índice CPOD e aos seus demais componentes, cariado e obturado, nos quatro grupos etários, obtidos pelo quartil de idade das presidiárias. Para a análise bivariada, a perda dentária foi dicotomizada pela mediana (≤ 8 ; > 8), sendo consideradas variáveis dependentes: dor de dente nos últimos seis meses, satisfação com a saúde bucal, autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e de prótese dentária, e o impacto em saúde bucal nos últimos seis meses, cujas variáveis são, incômodo ao escovar os dentes, dificuldade e vergonha de falar e sorrir, dificuldade para realizar atividades rotineiras e dificuldade de dormir.

Considerou-se uso de prótese dentária, qualquer peça protética que estivesse instalada para reabilitação de espaços protéticos já existentes. A necessidade de prótese baseou-se na presença de espaços protéticos sem reabilitação, ou possivelmente deixados após a realização das extrações dentárias indicadas, bem como em caso de próteses instaladas, mas inadequada para uso. Foram consideradas inadequadas para uso, as próteses que não apresentassem estética, retenção, estabilidade e fixação adequadas¹⁸.

Os dados foram organizados e analisados por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17, utilizando-se a estatística descritiva para obtenção das distribuições absolutas e percentuais, e a analítica para obtenção dos cálculos estatísticos. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e IC95%. Foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson, ou Exato de Fisher, e o teste de *Kruskal-Wallis* com comparações do referido teste.

O projeto foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos - SISNEP (CAAE 0706.0.133.000-11) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. A pesquisa foi realizada em conformidade com a *Resolução n.º 196/96* do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Analisando-se as características sociodemográficas e condenatórias, observou-se que a idade média das presidiárias foi de 32,2 ($\pm$ 11,56) anos, com um maior número de reclusas situadas na faixa etária de 19 a 24 anos. Quanto ao grau de instrução, grande parte (73,8%) não chegou a concluir o ensino fundamental. Quando questionadas sobre o exercício de alguma atividade laboral no período em que foram presas, mais da metade (56,9%) responderam afirmativamente. O tempo médio de reclusão foi de 13,51 ($\pm$ 13,65) meses, com a maioria das presas (52,4%) estando reclusas por um período igual ou inferior a 8 meses (Tabela 1).

Tabela 1 Distribuição das presidiárias quanto às características sócio-demográficas e condenatórias

Variáveis	Frequência		Média ± DP
	n	%	
1. Sociodemográficas			
Idade (anos)			32,2 (11,56)
Quartil 1 (19-24)	18	27,7	
Quartil 2 (25 a 30)	16	24,6	
Quartil 3 (31 a 38)	15	23,1	
Quartil 4 (39 ou mais)	16	24,6	
Total	65	100	
Grau de Instrução			
Analfabeto	2	3,1	
Fundamental Incompleto	48	73,8	
Fundamental Completo	6	9,2	
Médio Incompleto	6	9,2	
Médio Completo	2	3,1	
Superior Incompleto	1	1,5	
Superior Completo	0	0,0	
Total	65	100	
Atividade Laboral anterior a Prisão			
Sim	37	56,9	

Não	28	43,1
Total	65	100

2. Condenatória

Tempo de Reclusão (meses)		13,51(13,65)
1-5	17	26,2
6-8	17	26,2
9-17	17	26,1
18-60	14	21,2
Total	65	100,0

Quanto à utilização de serviços odontológicos, apenas uma das presidiárias afirmou nunca haver consultado um cirurgião-dentista durante toda a vida. Das que se consultaram, 71,9% realizaram a última consulta odontológica há menos de um ano, com metade das consultas tendo sido realizadas no próprio serviço prisional, e a extração dentária constituindo-se no motivo da última consulta para 40,6% das apenadas (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das presidiárias quanto à utilização de serviços odontológicos.

Variável	Frequência	
	n	%
Já foi ao cirurgião-dentista alguma vez na vida?		
Sim	63	96,9
Não	1	1,5
Não sabe / Não respondeu	1	1,5
Total	65	100,0
Quando foi a última consulta odontológica?		
Menos de um ano	46	71,9
Entre 1 e 2 anos	3	4,7
Três ou mais	12	18,8
Não sabe / Não respondeu	3	4,7
Total	64	100,0

Onde foi a última consulta?

Presídio	32	50
Serviço Público Externo	10	15,6
Serviço Privado	20	31,3
Não Sabe / Não Respondeu	2	3,1
Total	64	100,0

Motivo da última consulta?

Prevenção	1	1,6
Dor	4	6,3
Extração	26	40,6
Tratamento Restaurador	22	34,4
Outro	9	14,1
Não sabe / Não Respondeu	2	3,1
Total	64	100,0

A análise da perda dentária revelou que apenas quatro presidiárias (6,1%) não possuíam elementos dentários perdidos. A maioria da amostra (55,4%) tinha entre um e dez elementos dentários perdidos, 15,4% possuíam entre 11-20 dentes perdidos, 12,4% apresentavam entre 21 e 31 dentes perdidos, e sete presidiárias (10,7%) eram totalmente edêntulas. A média da perda dentária foi de 11, 26 ($\pm 10,38$) dentes.

Na Tabela 3, observa-se que a perda dentária apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários, com as maiores médias encontradas nas faixas etárias de 31 a 38 anos ($13,00 \pm 8,94$) e maior que 39 anos ($22,63 \pm 10,18$), respectivamente. Depois da cárie, a perda dentária foi o componente que mais contribuiu com os valores do CPOD, nas faixas de 19 a 24 anos e de 25 a 30 anos. Nas faixas de 31 a 38 anos e maior que 39, a perda dentária foi quem mais contribuiu com os valores do CPOD, seguidos pelos componentes cariado e obturado, respectivamente. No grupo total, a perda dentária foi quem apresentou a maior média ($11,26 \pm 10,38$), seguidos pelos componentes cariado ($7,83 \pm 5,01$) e obturado ($1,28 \pm 2,58$).

Tabela 3. Avaliação da perda dentária, segundo a faixa etária, e em relação ao Índice CPOD e aos componentes cariados e obturados.

	Faixas Etárias				Total	Valor de p
	19-24	25-30	31-38	>39	Média ± DP	
	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	
Cariados	9,72 ± 4,14 ^(A) (9,50)	7,87 ± 4,92 ^(AB) (7,50)	9,07 ± 5,19 ^(A) (8,00)	4,50 ± 4,53 ^(B) (3,50)	7,83 ± 5,01 (8,00)	p ⁽¹⁾ =0,020*
Perdidos	3,28 ± 3,25 ^(A) (2,00)	7,25 ± 5,89 ^(B) (6,00)	13,00 ± 8,94 ^(C) (10,00)	22,63 ± 10,18 ^(D) (24,00)	11,26 ± 10,38 (8,00)	p ⁽¹⁾ <0,001*
Obturados	2,22 ± 3,19 ^(A) (0,00)	2,00 ± 3,52 ^(A) (1,00)	0,60 ± 0,99 ^(AB) (0,00)	0,13 ± 0,34 ^(B) (0,00)	1,28 ± 2,58 (0,00)	p ⁽¹⁾ =0,038*
CPOD	15,22 ± 5,61 ^(A) (14,50)	17,13 ± 8,06 ^(A) (20,00)	22,67 ± 5,63 ^(B) (23,00)	27,25 ± 5,94 ^(C) (29,00)	20,37 ± 7,87 (21,00)	p ⁽¹⁾ <0,001*

(*)Diferença significativa ao nível de 5,0%; (1)Através do teste de Kruskal-Wallis.Obs. Se as letras entre parêntesis são distintas se comprova diferença significativa entre as faixas etárias correspondentes através das comparações do referido teste.

Dos resultados contidos na Tabela 4, verificou-se associação significativa (p<0,005) da perda dentária com a satisfação com a saúde bucal, autopercepção da necessidade de uso de prótese, incômodo ao escovar os dentes, dificuldades em falar e dificuldades em realizar tarefas rotineiras.

Tabela 4. Relação entre perda dentária e dor de dente, satisfação, autopercepção e impacto em saúde bucal.

Variável	Perda Dentária						Valor de p	RP (IC à 95%)
	9 a 32		Até 8 (Mediana)		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Dor nos últimos 6 meses								
Sim	12	50,0	22	64,7	34	58,6	p ⁽¹⁾ = 0,263	1,00
Não	12	50,0	12	35,3	24	41,4		1,29 (0,81 a 2,07)
Total	24	100,0	34	100,0	58	100,0		

Satisfação com a saúde bucal

Satisfeito	5	16,1	14	41,2	19	29,2	p ⁽²⁾ = 0,049*	**
Insatisfeito	24	77,4	16	47,0	40	61,5		**

Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	2	6,5	4	11,8	6	9,3		***
Total	31	100	34	100	65	100		

Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico

Sim	23	74,2	31	91,2	54	83,1	$p^{(1)} = 0,068$	1,00
Não	8	25,8	3	8,8	11	16,9		1,23 (0,97 a 1,55)
Total	31	100	34	100	65	100		

Autopercepção da necessidade de uso de prótese

Sim	24	77,4	5	14,7	29	44,6	$p^{(1)} < 0,001^*$	5,26 (2,29 a 12,09)
Não	7	22,6	29	85,3	36	55,4		1,00
Total	31	100	34	100	65	100		

Impactos na saúde bucal

Dificuldade para comer

Sim	11	35,5	11	32,4	22	33,8	$p^{(1)} = 0,790$	1,10 (0,56 a 2,16)
Não	20	64,5	23	67,6	43	66,2		1,00
Total	31	100	34	100	65	100		

Incomodo ao escovar os dentes(*)**

Sim	2	5,9	9	37,5	11	19,0	$p^{(1)} = 0,005^*$	***
Não	32	94,1	15	62,5	47	81,0		
Total	34	100	24	100	58	100		

Dificuldade em falar

Sim	8	25,8	-	-	8	12,3	$p^{(2)} = 0,002^*$	***
Não	23	74,2	34	100	57	87,7		
Total	31	100	34	100	65	100		

Vergonha ao falar

Sim	6	19,4	6	17,6	12	18,5	$p^{(1)} = 0,859$	1,10 (0,39 a 3,05)
Não	25	80,6	28	82,4	53	81,5		1,00
Total	31	100	34	100	65	100		

Vergonha ao sorrir

Sim	8	25,8	7	20,6	15	23,1	$p^{(1)} = 0,618$	1,25 (0,51 a 3,05)
Não	23	74,2	27	79,4	50	76,9		1,00
Total	31	100	34	100	65	100		

Dificuldade em realizar tarefas rotineiras(*)**

Sim	-	-	4	16,7	4	6,9	$p^{(2)} = 0,025^*$	***
-----	---	---	---	------	---	-----	---------------------	-----

Não	35	100	19	83,3	54	93,1
Total	35	100,0	23	100,0	58	100,0

(*)Diferença significativa ao nível de 5,0%. (**)Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas e muito baixas.

(***)Não aplicada a edêntulos. (1)Através do teste Qui-quadrado de Pearson. (2)Através do teste Exato de Fisher

Com relação ao uso de prótese dentária, observou-se que 29,2% das presidiárias utilizavam algum tipo de prótese, todas consideradas inadequadas para uso. Das próteses em uso, 52,6% eram parciais removíveis, instaladas na arcada superior. Quanto à necessidade de prótese, 78,5% das reclusas necessitavam de reabilitação protética. Grande parte delas necessitava da reabilitação parcial da arcada superior e inferior (62,7%), seguida pela reabilitação total superior e inferior (13,7%). (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das presidiárias quanto ao uso e necessidade de prótese dentária.

Variável	Frequência	
	n	%
Já faz uso de prótese?		
Sim	19	29,2
Não	46	70,8
Total	65	100,0
Prótese em uso encontra-se adequada?		
Sim	0	0
Não	19	100,0
Total	19	100,0
Qual o tipo de prótese em uso?		
Unitária	1	5,3
PT Superior e Inferior	3	15,8
PT Superior	3	15,8
PPR Superior e Inferior	1	5,3
PPR Superior	10	52,6
PPR Inferior	1	5,3
Total	19	100,0

Necessita de prótese?

Sim	51	78,5
Não	14	21,5
Total	65	100,0

Qual o tipo de prótese que necessita?

PT Superior e Inferior	7	13,7
PPR Superior e Inferior	32	62,7
PPR Superior	4	7,8
PPR Inferior	5	9,8
PT Superior e PPR Inferior	3	5,9
Total	51	100,0

PT: Prótese Total ; PPR: Prótese Parcial Removível

DISCUSSÃO

Frente ao crescimento da população penitenciária feminina, verificada em praticamente todos os estados brasileiros¹, e da precária condição de saúde bucal de ingressos no sistema prisional¹⁹, percebe-se a necessidade de compreender quais as principais necessidades odontológicas deste grupo, de modo embasar a reflexão sobre o tema e incitar o desenvolvimento de novos estudos, com vistas a contribuir com a formulação e aprimoramento de políticas voltadas a assistência odontológica no ambiente prisional, permitindo assim colaborar com uma maior qualidade de vida e saúde, e consequentemente com a reintegração social das egressas do sistema penitenciário.

Não que seja uma mera coincidência, mas é interessante perceber como o assunto perda dentária e ambiente prisional termina por remeter, em grande parte dos casos, ao mesmo grupo de indivíduos, ou seja, àqueles oriundos de grupos sociais marcados pela falta de oportunidades e de proteção social^{20,21}. Nesta perspectiva, analisando-se o perfil das presidiárias em estudo, observa-se que assim como em todos os estados brasileiros¹, são as mulheres jovens e com baixo grau de instrução, que anteriormente a prisão se encontravam desempregadas ou com vínculos empregatícios informais e mal remunerados, as que mais se aglomeram nas penitenciárias femininas.

Indivíduos com menor renda e escolaridade, mostram uma tendência de uso irregular de serviços odontológicos, e consequentemente carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade desfavorável de condição bucal, resultado da dificuldade de acesso a

informações e a serviços odontológicos efetivamente resolutivos^{22,23,11}. Neste sentido, observa-se que a baixa escolaridade interfere em diversos aspectos, visto que, além de inviabilizar a execução de atividades que proporcionem maior renda, impossibilitando o custeio de serviços privados, frente à dificuldade de acesso aos serviços públicos, predispõe os indivíduos a uma menor valorização da saúde, favorecendo atitudes e comportamentos que resultam em piores condições de saúde bucal²⁴.

Avaliando-se o tempo médio de prisão, suscita-se que possivelmente os casos de perda dentária deste grupo de reclusas seja resultado da falta de cuidados com a saúde bucal, anteriormente à prisão, visto que não se justificaria um número tão considerável de perdas dentárias, em um curto espaço de encarceramento, caso não houvesse uma negligência anterior. Há, entretanto, uma limitação quanto à certificação deste entendimento, tanto por tratar-se de um estudo transversal, quanto pela ausência de prontuários odontológicos de triagem inicial e de tratamento realizados durante o tempo de prisão, o que inviabiliza a comparação entre a situação de saúde bucal quando do ingresso na prisão, e o período de coleta de dados.

Quanto ao aspecto utilização de serviços, observou-se que grande parte das reclusas visitou o cirurgião-dentista há menos de um ano, entretanto, percebe-se que um número considerável das consultas foi para a realização de extração dentária. Pontua-se, todavia, que embora os elementos dentários extraídos não estivessem com sintomatologia dolorosa no dia da última consulta, muitas das reclusas afirmaram histórico de dor em um momento anterior, motivando às exodontias justamente para que não houvesse reincidência de dor, uma vez que consultas odontológicas de emergência, nesta unidade prisional, nem sempre são prontamente resolvidas, principalmente pela ausência de consultório odontológico instalado na penitenciária.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, as unidades prisionais que tiverem menos de 100 indivíduos reclusos, devem encaminhar seus presos para as unidades prisionais que apresentem unidades de saúde em seu interior²⁵. Trata-se, portanto, do caso da Penitenciária Feminina de Campina Grande, cujas reclusas recebem atendimento odontológico nas penitenciárias masculinas localizadas no mesmo complexo penitenciário. Deste modo, algumas limitações podem ser encontradas na prestação de serviços odontológicos a estas mulheres, visto que para serem atendidas, necessitam de um número de agentes penitenciários suficientes para realização de escolta, bem como de transporte específico para escolta, o que por vezes encontra-se limitado.

Neste aspecto, entende-se que a limitação de acesso a medidas preventivas e assistenciais, resultado da falta de planejamento na assistência, resultam em tratamentos mutiladores, tanto por tratar-se da única conduta tecnicamente possível, frente a gravidade da doença, quanto para o alívio de dor, face a impossibilidade de acesso a outros tipos de tratamento²⁶. Porém, deve-se considerar que a decisão de reabilitar ou não um elemento dentário, também está relacionada a outros aspectos, como a autopercepção da importância de manutenção dos elementos dentários, que está muito ligada aos fatores culturais e de acesso à informação, bem como pelas experiências passadas com tratamentos reabilitadores pouco resolutivos¹⁶. Destaca-se, portanto, a importância de ações de promoção de saúde dentro dos ambientes prisionais, procurando esclarecer, e incitar a preservação dos elementos dentários, bem como da efetivação de acesso a serviços especializados de referência, para os casos que já exijam uma assistência de maior complexidade.

Avaliando-se a perda dentária como consequência de uma opção de tratamento, ou seja, da extração dentária, verifica-se que a média de dentes perdidos entre as presidiárias de Campina Grande foi bem superior à média de dentes obturados, em todas as faixas etárias. Heng e Morse (2002)²⁷, em um estudo com 500 presas de uma penitenciária dos Estados Unidos, encontraram uma maior média de dentes perdidos em relação aos obturados apenas nas presidiárias maiores de 30 anos, em que pese esta diferença não chegar a ser tão discrepante, quanto à encontrada neste estudo. Neste sentido, emerge o questionamento sobre a real efetivação das medidas propostas pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), qual seja a de fornecer um atendimento pautado na atenção básica, focado em medidas de promoção e de proteção da saúde de presidiários²⁵ (BRASIL, 2010).

Ainda neste aspecto, ressalta-se que a perda dentária é uma preocupação de saúde pública de âmbito nacional, pois embora tenha havido uma queda no número de dentes perdidos e um aumento no número de dentes obturados, a perda dentária ainda continua a ser a maior responsável pelos elevados valores do índice CPOD, nas faixas de 35 a 44 e de 65 a 74 anos, como pode ser constatado nos resultados das pesquisas de saúde bucal, realizadas em âmbito nacional em 2003 e em 2010^{28,29}. Embora não seja possível a comparação imediata dos achados obtidos neste estudo com os dados da população brasileira, em virtude da incompatibilidade de faixas etárias, convém destacar que esta realidade se estende às reclusas da Penitenciária Feminina de Campina Grande, visto que dos componentes do índice CPOD, a perda dentária foi quem apresentou a maior média nos grupos etários maiores que 30 anos.

Diante das perdas dentárias, observa-se que o número de dentes presentes interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, o que pode ser constatado entre as mulheres

deste estudo, considerando que, as que apresentaram mais de oito dentes perdidos, se mostraram menos satisfeitas com sua saúde bucal, e demonstraram mais dificuldade para falar, incômodo para escovar os dentes e dificuldades para realização de atividades de rotina. Ademais, é importante mencionar que os problemas advindos da falta dos dentes podem abranger não só a limitação funcional, mas também o comprometimento da aparência estética, retratando um quadro social de menor privilégio, o que pode ter uma influência importante nas relações empregatícias, sociais e culturais, além de influenciar na autoestima das pessoas³⁰.

Entretanto, esta realidade necessita ser mudada, pois frente ao contexto das definições contemporâneas de saúde, a saúde bucal apresenta outras perspectivas, entendidas como uma dentição confortável, funcional, com uma aparência que permite aos indivíduos desempenharem a sua função social e as suas atividades diárias sem transtornos físicos, psicológicos ou sociais³¹. Deve-se entender, portanto, que a reabilitação da saúde bucal de indivíduos em privação de liberdade pode ter um papel fundamental na reintegração social dos mesmos.

No tocante a reabilitação das perdas dentárias, verificou-se que embora um grande número de presidiárias percebesse e necessitasse realmente de reabilitação protética, apenas uma pequena parcela deste grupo fazia uso de prótese, e ainda assim, todas inadequadas para o uso. Entretanto, esta é uma realidade muito comum entre os indivíduos economicamente desfavorecidos, que diante da impossibilidade de recompor as perdas por meio de próteses, principalmente devido à falta de recursos financeiros e de acesso aos serviços, terminam por não utilizá-las, ou utilizá-las por um tempo que se estende muito além do prazo recomendado para sua devida substituição³⁰.

Percebe-se, portanto, que embora a implantação da Política de Saúde Bucal no Brasil tenha melhorado consideravelmente o acesso e a concepção de assistência odontológica, ainda existe uma grande parcela da população brasileira marcada por procedimentos mutiladores e sem acesso a reabilitação protética. Entretanto, embora os serviços públicos de saúde ainda deixem a desejar, é necessário destacar que para a população prisional, a assistência odontológica deve ser garantida e focada em medidas preventivas e reabilitadoras realmente efetivas, tanto por já existir um Plano de Saúde Penitenciária, que inclui assistência odontológica, quanto pela limitação de acesso aos serviços de saúde externamente a prisão, visto que indivíduos em privação de liberdade encontram-se resignados ao poder do Estado e das autoridades prisionais.

CONCLUSÃO

A condição de saúde bucal da população estudada mostrou-se precária, tendo as presidiárias apresentado valores consideráveis de perda dentária e de necessidade de prótese dentária, e com o agravante de ter sido a extração dentária o maior motivo de procura da assistência odontológica. Diante deste contexto, percebe-se a necessidade de uma melhor organização do sistema penitenciário, com vistas à adequação dos serviços odontológicos, de modo a permitir uma maior resolutividade e eficácia da assistência odontológica destinada a esta população. Depreende-se, portanto, a importância da instituição de ações destinadas à informação e promoção de saúde bucal e prevenção de novas perdas dentárias, bem como da reabilitação protética, de modo à reestabelecer a saúde bucal destas mulheres, e assim poder contribuir com a reintegração social das mesmas.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional Mulheres, Coordenação da Comissão Especial, Diretoria de Políticas Penitenciárias. Presas-Dados Gerais. Brasília: Ministério da Justiça; 2011a.
2. BRASIL. Ministério da Justiça. Tráfico ilícito de drogas praticado por mulheres no momento do ingresso em estabelecimentos prisionais. Brasília: Ministério da Justiça; 2007.
3. BRASIL. Código penal, 1940. Vade Mecum. 12 ed. São Paulo: Saraiva; 2011.
4. BRASIL. LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago.2006.
5. BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen. População Carcerária – Sintético junho 2012. [acesso em 2013 jan 28]. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7BD574E9CE3C7D437AA5B622166AD2E96%Team=¶ms=itemID=%7BC37B2AE94C6840068B1624D28407509C%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>

6. Reddy V, Kondareddy CV, Siddanna S, Manjunath M. A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned inmates in central jails of Karnataka, India. *Int Dent J* 2012; 62:27-32.
7. Garita R, Ballesteros F, Letchuk D. Índice de CPOD y prevalencia de patologías orales en privados de libertad. *Odont Vital* 2010; 2 (13): 14-25.
8. Naidoo S, Yengopal V, Cohen B. A baseline survey: oral health status of prisoners - Western Cape. *SADJ* 2005; 60:24-27.
9. Osborn M, Butler T, Barnard PD. Oral health status of prison inmates – New South Wales, Australia. *Aust Dent J* 2003; 48(1): 34-38.
10. World Health Organization. Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. Geneva; 2007.
11. Heidari E, Dickinson C, Wilson R, Fiske J. Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *Br Dent J* 2007;1-6
12. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro 2007; 23(8):1803-1814.
13. Silva DH, Rihs LB, Sousa MLR. Fatores associados à presença de dentes em adultos de São Paulo, Brasil. *Cad. Saude Publica* 2009; 25(11): 2407-2418.
14. Assis, RD. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Rev CEJ* 2007; 11(39):74-78.
15. Moreira SR, Nico LS, Tomita NE. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 27(10): 2041-2053.
16. Silva ML, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):813-820.
17. Vargas AMD, Paixão AMD. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do centro de saúde Boa Vista. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4): 1015-1024.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010: Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
19. Ringgenberg WJ. Initial dental needs and a projection of needed dental capacity in the Iowa Department of Corrections. *J Correct Health Care* 2011; 17(2) 150-159.

20. Armani TE, Cruz-Silva CTA. Avaliação socioeconômica e de fatores que levam a violência com detentos de Cascavel/PR. Ensaio: aval. pol. públ. Educ. 2010; 18(67): 253-274.
21. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 23(6):1383-1392.
22. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. Rev Bras Epidemiol 2010; 13(1): 150-62.
23. Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. Cad Saude Publica 2009; 25(9): 1894-1906.
24. Pinto RS, Matos DL, Loyola Filho AI. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira Cien Saude Colet 2012; 17(2): 531-5.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
26. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Rev Saude Publica 2004; 38(3): 453-8.
27. Heng CK, Morse DE. Dental caries experience of female inmates. J Public Health Dent 2002; 62(1): 57-61.
28. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 68p.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.
30. Silva MES, Villaça, EL Magalhães CS Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. Cien Saude Colet 2010; 15(3): 841-850.
31. Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saude Publica 2007; 23(7):1707-1714.

5.2 Experiência de cárie dentária e utilização de serviços odontológicos entre presidiários no interior do Nordeste do Brasil

Iris Sant'Anna Araújo Rodrigues¹, Ingrid Thays de Melo Silveira², Thaliny Batista Sarmiento de Oliveira¹, Magaly Suênya de Almeida Pinto¹,
Alessandro Leite Cavalcanti³

¹Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB.

²Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB.

³Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB.

Correspondência:

Iris Sant'Anna Araujo Rodrigues

R. Ney Câmara, 79 – Santa Rosa

Campina Grande/PB

58416-515

E-mail: iris.odontosp@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a utilização de serviços odontológicos e experiência de cárie dentária, entre presidiários.

Método: Estudo transversal, realizado com 127 presidiários, na Penitenciária João Bosco Carneiro, em Guarabira/PB. Os dados foram coletados por meio de entrevista e exame clínico. Foram investigadas informações referentes ao perfil sociodemográfico e condenatório dos presidiários (idade, escolaridade, execução de atividade laboral anteriormente a prisão, e tempo de prisão), bem como a utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida, autopercepção e impactos em saúde bucal nos últimos seis meses. No exame clínico odontológico, foi avaliada a experiência de cárie dentária. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e IC95%. Foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson, ou Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas, e o teste de Kruskal-Wallis com comparações do referido teste.

Resultados: O valor médio do índice CPOD foi de 19,72. Com relação aos seus componentes, observa-se que o componente cariado apresentou a maior média ($11,06 \pm 5,37$), seguido dos componentes perdido ($7,20 \pm 7,23$) e obturado ($1,46 \pm 2,45$), respectivamente. Foi verificada associação estatisticamente significativa entre CPOD com o valor entre 22 a 32, e as variáveis satisfação com saúde bucal ($p = 0,002$), dificuldade para falar ($p = 0,024$), vergonha ao falar ($p = 0,004$) e sorrir ($p < 0,001$). Quanto à utilização de serviços odontológicos, apenas dois presidiários afirmaram nunca haver consultado um dentista durante toda a vida. Dos que se consultaram, 80% realizaram a última consulta odontológica há menos de um ano, com a maioria dos atendimentos ocorrendo no presídio (80%), sendo o tratamento restaurador (32%), seguido da dor odontogênica (26,4%) e exodontia (17,6%), os principais motivos destes atendimentos.

Conclusão: A maioria dos presidiários utilizou os serviços odontológicos prestados pela penitenciária. Embora o tratamento restaurador tenha sido o principal motivo de utilização dos serviços odontológicos, foram os componentes “cariado” e “perdido” que contribuíram para o elevado valor médio do índice CPOD.

Descritores: Serviços de Saúde Bucal; Índice CPO; Prisões.

INTRODUÇÃO

Face às precárias condições de confinamento, a população custodiada nas penitenciárias brasileiras tem se mostrado vulnerável ao desenvolvimento de inúmeras doenças¹, e nesta perspectiva, diversos estudos têm procurado identificar os principais fatores associados ao adoecimento dessa população^{2,3,4,5,6,7}. Contudo, pesquisas relativas à saúde bucal ainda não têm sido priorizadas, constatando-se pela escassez de estudos sobre o assunto nas bases de dados. Destarte, pouco se sabe a respeito das condições de saúde bucal dos encarcerados no Brasil, muito embora, os brasileiros ainda apresentem, no contexto geral, uma saúde bucal insatisfatória^{8,9}.

Todavia, estudos realizados em penitenciárias da Índia¹⁰, Costa Rica¹¹, África¹², Inglaterra¹³, Estados Unidos¹⁴, Austrália¹⁵, e China¹⁶ observaram que existe uma deficiente condição de saúde bucal entre os encarcerados, refletida sobretudo pela elevado número de dentes perdidos, e com cárie não tratada. Tal condição tem sido justificada principalmente pela negligência com a saúde bucal, uso de drogas e irregularidade na utilização de serviços odontológicos¹³, somada a exclusão social e situação de desemprego vivida por grande parte dos indivíduos anteriormente prisão¹⁷.

Neste sentido, em virtude da significativa necessidade de tratamento odontológico requisitado pelos ingressos no sistema penitenciário, e do elevado número de pessoas condenadas à prisão, existe uma grande demanda por serviços odontológicos prisionais¹⁷. Contudo, algumas dificuldades têm sido mencionadas quanto à prestação de serviços odontológicos em unidades penitenciárias, especialmente no que diz respeito à disponibilidade de profissionais, orçamento para manutenção de equipamentos e materiais, e aspectos relacionados ao esquema de segurança, que por vezes pode dificultar a rotina de atendimentos^{18,10}.

No Brasil, como estratégia governamental para organizar o acesso da população penitenciária às ações e serviços de saúde, foi criado em 9 de setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)¹⁹. Os estados que solicitam a adesão ao PNSSP, quando qualificados, passam a orientar suas ações na direção da promoção e prevenção em saúde, consolidando atividades de atenção básica dentro das unidades prisionais, através da inserção das equipes mínimas de saúde no sistema penitenciário, constituídas por médico, odontólogo, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde bucal¹⁹.

O estado da Paraíba aderiu ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) desde junho de 2008, sendo qualificado com dezoito equipes de saúde, muito embora apenas sete encontrem-se instaladas até fevereiro de 2013²⁰. Deste modo, o objetivo deste estudo foi avaliar a utilização de serviços odontológicos e experiência de cárie dentária entre reclusos de uma penitenciária com unidade de saúde já implantada.

SUJEITOS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada na penitenciária masculina João Bosco Carneiro, situada no município de Guarabira, Paraíba. A referida unidade prisional, é uma das quinze penitenciárias destinadas à reclusão masculina no Estado da Paraíba, e uma das sete penitenciárias paraibanas cuja unidade de saúde já se encontra instalada, em virtude da qualificação ao Plano Nacional de Saúde Penitenciária.

O delineamento do estudo foi do tipo transversal, realizado através da técnica de observação direta intensiva, com abordagem quantitativa. A população de estudo compreendeu todos os indivíduos que se encontravam em privação de liberdade no período da coleta, correspondendo a 206 presidiários. A amostra, composta por 127 indivíduos, foi selecionada por conveniência, em virtude das dificuldades relatadas pela direção quanto à escolta, e aos possíveis questionamentos entre os próprios presos, caso a seleção fosse aleatória.

Intermediado por um presidiário, que presta serviço na penitenciária, os presos do pavilhão de celas foram convidados a participar do estudo. Assim, em cada turno, cinco indivíduos concordantes eram escoltados por agentes penitenciários até o consultório odontológico, localizado na parte administrativa da penitenciária.

Foram excluídos do estudo, os indivíduos que no período da coleta de dados, estivessem sob medida de isolamento disciplinar, ou acometidos por qualquer doença infectocontagiosa.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado a partir de uma adaptação para a população em estudo do formulário utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil) de 2010 (BRASIL, 2009a)²¹. Os dados foram coletados por meio de entrevista e exame clínico. Inicialmente, foram questionados os dados referentes ao perfil sociodemográfico e condenatório dos presidiários, incluindo as variáveis idade, escolaridade, execução de atividade laboral anteriormente a prisão, e tempo de prisão, bem como, utilização

de serviços odontológicos, morbidade bucal referida, autopercepção e impactos em saúde bucal nos últimos seis meses. Em seguida, foi avaliada a experiência de cárie dentária por meio do exame clínico odontológico.

O exame clínico intrabucal foi realizado por um único examinador, devidamente calibrado (*Kappa* 0,92), auxiliado por um anotador instruído para tal função, ambos obrigatoriamente paramentados, atendendo as normas gerais de biossegurança. Para o exame das superfícies dentárias foram utilizados espátulas de madeira descartáveis, gases, espelhos bucais e sondas milimetradas (*Community Periodontal Index* CPI), devidamente esterilizados.

Na análise bivariada, a variável independente CPOD foi dicotomizada pela mediana, gerando dois grupos (≤ 21 ; 22 a 32). Foram consideradas variáveis dependentes: dor de dente nos últimos seis meses, satisfação com a saúde bucal, autopercepção da necessidade de tratamento odontológico, incômodo ao escovar os dentes, dor ao ingerir líquidos quentes ou gelados, dificuldade para falar, vergonha de falar, vergonha de sorrir, dificuldade para realizar atividades rotineiras e dificuldade de dormir.

Os dados foram organizados e analisados por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17, utilizando-se a estatística descritiva para obtenção das distribuições absolutas e percentuais. Foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson, ou Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas, e o teste de Kruskal-Wallis com comparações do referido teste. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e IC95%.

O projeto foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos - SISNEP (CAAE 0706.0.133.000-11) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. A pesquisa foi realizada em conformidade com a *Resolução n.º 196/96* do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A idade média foi de 28,5 ($\pm 7,82$) anos, com a mínima de 18 anos e a máxima de 55 anos, com mais da metade dos presos (52,8%) apresentando menos de 30 anos. Quanto ao grau de instrução, grande parte (67,7%) não chegou a concluir o ensino fundamental e 17,3% ainda não são alfabetizados. Quando questionados sobre o exercício de alguma atividade

laboral no período em que ocorreu a prisão, mais da metade (56,9%) responderam afirmativamente. O tempo médio de reclusão foi de 30,03 ($\pm 29,3$) meses, com 58% dos encarcerados possuindo um tempo de reclusão de até 24 meses (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição dos presidiários quanto às características sócio-demográficas e condenatórias.

Variáveis	Frequência		Média $\pm$ DP
	n	%	
Idade (anos)			28,2 ($\pm$ 7,82)
Quartil 1 (18 a 23)	40	31,5	
Quartil 2 (24 a 27)	27	21,3	
Quartil 3 (28 a 33)	36	28,3	
Quartil 4 (34 a 55)	24	18,9	
Total	127	100	
Grau de Instrução			
Analfabeto	22	17,3	
Fundamental Incompleto	86	67,7	
Fundamental Completo	4	3,2	
Médio Incompleto	7	5,5	
Médio Completo	8	6,3	
Total	127	100	
Atividade Laboral no Período da Prisão			
Sim	77	60,6	
Não	50	39,4	
Total	127	100	
Tempo de Reclusão (meses)			30,03 ($\pm$ 29,3)
1-12	44	34,5	
13-24	30	23,5	
25-36	17	13,5	
37-48	13	10,2	
50-180	23	18,3	
Total	127	100	

Na tabela 2, verifica-se que o valor médio do índice CPOD foi de 19,72. Com relação aos seus componentes, observa-se que o componente cariado apresentou a maior média ($11,06 \pm 5,37$), apresentando uma diminuição de acordo com o aumento da faixa etária, seguido dos componentes perdido ($7,20 \pm 7,23$), que aumentou de acordo com o crescimento da faixa etária, e obturado ($1,46 \pm 2,45$) respectivamente, cujo valor não apresentou qualquer linearidade dentro dos grupos etários. A faixa etária de 18 a 23 anos apresentou a maior média de dentes cariados, enquanto que para o componente perdido e obturado, a maior média encontrou-se na faixa etária de 34 a 55 anos e 24 a 27 anos respectivamente.

Tabela 2- Experiência de cárie dentária distribuída segundo a faixa etária.

	Faixas Etárias				Total	Valor de p
	18 a 23 anos	24 a 27 anos	28 a 33 anos	34 a 55 anos	Grupo Total	
	Média $\pm$ DP	Média $\pm$ DP	Média $\pm$ DP	Média $\pm$ DP	Média $\pm$ DP	
CPOD	16,78 $\pm$ 5,80 ^(A)	20,30 $\pm$ 5,86 ^(A)	20,25 $\pm$ 5,83 ^(A)	23,17 $\pm$ 6,39 ^(B)	19,72 $\pm$ 6,29	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Cariados	12,62 $\pm$ 5,61 ^(A)	12,04 $\pm$ 5,32 ^(B)	11,19 $\pm$ 4,28 ^(B)	7,13 $\pm$ 4,82 ^(C)	11,06 $\pm$ 5,37	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Perdidos	2,90 $\pm$ 3,42	5,93 $\pm$ 5,30	7,39 $\pm$ 4,81	15,50 $\pm$ 9,69	7,20 $\pm$ 7,23	p ⁽²⁾ < 0,001*
Obturados	1,25 $\pm$ 2,14 ^(A)	2,33 $\pm$ 3,62 ^(B)	1,67 $\pm$ 2,26 ^(B)	0,54 $\pm$ 0,83 ^(B)	1,46 $\pm$ 2,45	p ⁽¹⁾ = 0,096

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%. (1): Através do teste de Kruskal-Wallis. Obs. Se as letras entre parêntesis são distintas se comprova diferença significativa entre as faixas etárias correspondentes através das comparações do referido teste.

Quanto à utilização de serviços odontológicos, apenas dois presidiários afirmaram nunca haver consultado um dentista durante toda a vida. Dos que consultaram, 80% realizaram a última consulta odontológica há menos de um ano, com a grande maioria das consultas ocorridas no presídio (80%), sendo o tratamento restaurador (32%), seguido da dor odontogênica (26,4%) e exodontia (17,6) os principais motivos da última consulta.

Tabela 3 - Utilização de serviços odontológicos pelos apenados.

	Frequência	
	n	%
Já foi ao dentista alguma vez na vida?		

Sim	125	98,4
Não	02	1,6
Total	127	100

Quando foi a última consulta odontológica?

Menos de um ano	100	80
Entre 1 e 2 anos	13	10,4
Três ou mais	11	8,8
Não sabe / Não respondeu	01	0,8
Total	125	100

Onde foi a última consulta?

Presídio	100	80
Serviço Público Externo	08	6,4
Serviço Privado	13	10,4
Não Sabe / Não Respondeu	04	3,2
Total	125	100

Motivo da última consulta?

Prevenção	02	1,6
Dor	33	26,4
Extração	22	17,6
Tratamento Restaurador	40	32
Outro	25	20
Não sabe / Não Respondeu	03	2,4
Total	125	100

Dos resultados contidos na Tabela 4, verificou-se associação significativa do CPOD com valor entre 22 a 32 e a insatisfação com a saúde bucal ($p = 0,002$), dificuldades em falar ($p = 0,024$), vergonha ao falar ($p = 0,004$) e ao sorrir ($p < 0,001$).

Tabela 4 - Relação entre CPOD e dor de dente, satisfação, autopercepção e impacto em saúde bucal.

Variável	CPOD		Total	Valor de p	RP (IC à 95%)
	22 a 32	Até 21			

	n	%	n	%	N	%		
Dor nos últimos 6 meses								
Sim	20	39,2	26	36,1	46	37,4	$p^{(1)} = 0,726$	1,09 (0,69 a 1,72)
Não	31	60,8	46	63,9	77	62,6		
Total	51	100,0	72	100,0	123	100,0		
Satisfação com a saúde bucal								
Satisfeito	17	30,9	42	58,3	59	46,5	$p^{(1)} = 0,002^*$	1,00
Insatisfeito	38	69,1	30	41,7	68	53,5		
Total	55	100,0	72	100,0	127	100,0		
Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico								
Sim	49	89,1	66	91,7	115	90,6	$p^{(2)} = 0,384$	**
Não	6	10,9	4	5,6	10	7,9		
Não sabe	-	-	2	2,8	2	1,6		
Total	55	100,0	72	100,0	127	100,0		
Impactos na saúde bucal								
Dificuldade para comer								
Sim	19	34,5	16	22,2	35	27,6	$p^{(1)} = 0,124$	1,00
Não	36	65,5	56	77,8	92	72,4		
Total	55	100,0	72	100,0	127	100,0		
Dor ao ingerir líquidos quentes ou gelados(**)								
Sim	34	47,2	26	51,0	60	48,8	$p^{(1)} = 0,681$	1,08 (0,75 a 1,55)
Não	38	52,8	25	49,0	63	51,2		
Total	72	100,0	51	100,0	123	100,0		
Incomodo ao escovar os dentes(**)								
Sim	12	16,7	15	29,4	27	22,0	$p^{(1)} = 0,092$	1,76 (0,90 a 3,45)
Não	60	83,3	36	70,6	96	78,0		
Total	72	100,0	51	100,0	123	100,0		
Dificuldade em falar								
Sim	10	18,2	4	5,6	14	11,0	$p^{(1)} = 0,024^*$	1,00
Não	45	81,8	68	94,4	113	89,0		
Total	55	100,0	72	100,0	127	100,0		
Vergonha ao falar								
Sim	14	25,5	5	6,9	19	15,0	$p^{(1)} = 0,004^*$	1,00
Não	41	74,5	67	93,1	108	85,0		
Total	55	100,0	72	100,0	127	100,0		
Vergonha ao sorrir								
Sim	23	41,8	7	9,7	30	23,6	$p^{(1)} < 0,001^*$	4,30 (1,99 a 3,29)
Não	32	58,2	65	90,3	97	76,4		
Total	55	100,0	72	100,0	127	100,0		
Dificuldade em realizar tarefas rotineiras(**)								
Sim	2	2,8	2	3,9	4	3,3	$p^{(1)} = 1,000$	**
Não	70	97,2	49	96,1	119	96,7		
Total	72	100,0	51	100,0	123	100,0		
Dificuldade para dormir(**)								
Sim	18	25,0	10	19,6	28	22,8	$p^{(2)} = 0,482$	1,28 (0,64 a 2,53)
Não	54	75,0	41	80,4	95	77,2		
Total	72	100,0	51	100,0	123	100,0		

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%; (**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências muito baixas. (***) Não aplicada aos edêntulos; (1): Através do teste Exato de Fisher. (2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

DISCUSSÃO

Diante dos graves problemas enfrentados pelo sistema penitenciário brasileiro, como superlotação, rebeliões, fugas, tráfico de drogas²², e tantos outros obscurecidos dentro das penitenciárias brasileiras, imagina-se que a condição de saúde bucal dos presidiários seja um problema irrelevante. No entanto, este entendimento pode ser equivocado, visto que entre os presidiários existem altos níveis de doenças bucais, cujo tratamento por vezes pode ser complicado e desafiador, tanto pela grande demanda por serviços odontológicos, muitas vezes em caráter de urgência¹⁷, como pelo histórico de doenças mentais, abuso de drogas e doenças infectocontagiosas, muito comuns entre eles²³. Neste sentido, ressalta-se a importância de procurar entender qual é a realidade das condições de saúde bucal entre os presidiários, no sentido de ampliar e até mesmo adequar à assistência odontológica prestada no ambiente prisional.

Devido ao pioneirismo do estudo, tanto a nível local, e por que não dizer nacional, procurou-se realizá-lo em uma penitenciária cuja organização física proporcionasse uma maior rapidez na escolta dos presidiários, e conseqüentemente uma menor interferência na rotina de segurança da unidade prisional, selecionando-se, portanto, a Penitenciária João Bosco Carneiro em Guarabira/PB. Outro aspecto motivador se deu pelo fato da referida unidade penitenciária destacar-se por seu engajamento no processo de ressocialização dos detentos, através da valorização do trabalho prisional e assistência educacional, além de incentivar projetos que venham a contribuir com a reintegração dos presidiários à sociedade.

Buscando caracterizar os indivíduos em estudo, verificou-se que, em consonância com os dados nacionais²⁴, são os indivíduos com menos de 30 anos os mais numerosos entre os presidiários brasileiros, diferentemente do encontrado em alguns países, cuja média de idade esteve entre 30 e 41 anos^{10,11,25,13,15}. Entender os motivos da inclusão de tantos jovens na criminalidade pode ser um tanto complexo, visto que são diversas as teorias que justificam tal comportamento²⁶, entretanto o déficit educacional, o desemprego, a baixa remuneração e tantos outros problemas de ordem socioeconômica, consequência da concentração de renda existente no Brasil, encontram-se no rol de fatores considerados inclusivos para a criminalidade²⁷.

Como pode ser observado nos resultados desta e de outras pesquisas^{10,28,29}, o baixo grau de instrução escolar é realmente uma característica muito comum entre os presidiários, o que termina por justificar a situação de desemprego, ou de empregos mal remunerados, anteriormente a prisão²⁷. Tal condição foi verificada entre os presidiários em estudo, uma vez que mais da metade deles exerciam alguma atividade laboral no período em que foram presos,

contudo, a maioria das ocupações caracterizava-se pela baixa qualificação profissional e remunerativa. Suscita-se, portanto, que a baixa escolaridade termina por gerar inúmeros impactos na vida dos indivíduos, pois além de inviabilizar a execução de atividades que proporcionem maior renda, fragiliza a valorização da saúde, em virtude da limitação de acesso a informações, contribuindo deste modo com atitudes e comportamentos que resultam em piores condições de saúde bucal³⁰.

Neste sentido, avaliando-se o valor médio encontrado entre os presos para o índice CPOD (19,72), observa-se que foi bastante elevado, assim como os valores encontrados entre presidiários da Austrália¹⁵ (20,4), Inglaterra²³ (14,35), e Sul da África¹² (15,45). Diferentemente, sem muita proximidade com estes números, aponta-se os achados de estudos semelhantes na Índia¹⁰ (5,26), Ocidente da África³¹ (6,5) e Itália²⁵ (9,8), o que demonstra que a experiência de cárie dentária variou consideravelmente dentro das populações prisionais dos diferentes países, e até mesmo dentro do mesmo país. Tais diferenças podem estar associadas à metodologia empregada e/ou a qualidade dos serviços odontológicos prestados aos distintos grupos populacionais dentro e fora das prisões.

O Brasil é um país com exemplo de disparidade na assistência a saúde prisional, visto que, desde 2003 instituiu um Plano Nacional de Saúde Penitenciária (PNSSP)¹⁹, mas a adesão dos Estados foi ocorrendo em momentos distintos, de modo que até meados de 2012 ainda havia estados cujo processo de qualificação encontrava-se em andamento. Outra questão a ser levantada é que, mesmo após a qualificação dos Estados para a implantação das unidades de saúde, existe uma morosidade quanto à instalação das mesmas, como é o caso do Estado da Paraíba, que foi qualificado para implantação de 18 unidades de saúde nas penitenciárias em 2008, mas que até janeiro de 2013, só possuía sete equipes implantadas²⁰.

Embora não se saiba ao certo quais os reais empecilhos dos gestores Estaduais e Municipais quanto à instalação das unidades de saúde no interior das penitenciárias, é preciso reforçar que a saúde dos indivíduos em privação de liberdade é um direito, e que deve ser prestada na mesma lógica dos serviços prestados a todos os cidadãos brasileiros, e que a assistência proposta pelo Plano Nacional de Saúde Penitenciária, pautada na promoção e prevenção, como forma de prevenir o grande número de doenças evitáveis, adquiridas dentro das prisões, só obterá êxito quando efetivadas dentro do próprio ambiente prisional, visto que os atendimentos prestados fora das unidades prisionais resumem-se praticamente a serviços de urgência.

Procurando entender a prestação de serviços odontológicos na unidade de saúde implantada na Penitenciária João Bosco Carneiro, verificou-se que embora exista um

consultório odontológico e um cirurgião-dentista diariamente disponível para o atendimento dos reclusos, ainda não ocorre a utilização de prontuários odontológicos, o que termina por limitar as informações referentes a utilização dos serviços e consequentemente a constatação da experiência de cárie dentária entre os presos. Deste modo, frente ao tempo considerável de prisão de grande parte dos presos, é difícil entender concretamente qual a real influência do tempo de prisão em relação à experiência de cárie, principalmente quando existe assistência odontológica dentro do ambiente prisional, pois deste modo não se sabe até que ponto os indivíduos ou a assistência estão sendo negligentes.

Diante deste contexto, é necessário ressaltar a importância de uma triagem odontológica inicial de todos os ingressos no sistema penitenciário, com o propósito de registrar os principais problemas bucais já existentes entre os indivíduos quando da prisão, e deste modo, propiciar o planejamento das ações prioritárias, seja de prevenção ou de reabilitação, a serem desenvolvidas dentro das unidades prisionais. Outro aspecto importante é o registro dos procedimentos realizados durante a prisão, pois deste modo, é possível avaliar a real efetividade dos serviços odontológicos prestados durante o encarceramento, bem como a evolução dos pacientes quanto ao autocuidado com a saúde bucal.

Percebe-se a importância de avaliação dos serviços prestados, no momento em que se verifica que houve uma grande utilização de serviços odontológicos no último ano, principalmente dentro da penitenciária, mas não se obteve um resultado satisfatório, pois, embora o tratamento restaurador tenha sido o motivo da última consulta odontológica para muitos dos presos, constatou-se, em todas as faixas etárias, um baixo valor do componente obturado, em detrimento dos elevados valores de dentes perdidos e com cárie não tratada, suscitando deste modo que avaliações pontuais de utilização de serviços, podem nem sempre sugerir uma realidade satisfatória de saúde bucal.

Ainda neste aspecto, outra condição que tem motivado a maior utilização de serviços dentro do ambiente prisional, é a dor de origem dentária, como verificada neste e em outros estudos^{10,13}. Tal condição tem sido justificada pelo fato de que a utilização de drogas, muito comum entre os presos anteriormente a prisão, suprimia os efeitos das dores, contudo, em virtude da proibição do uso dentro do ambiente prisional, a ausência do efeito das drogas termina por diminuir o limiar de dor, estimulando deste modo, uma maior procura pelo serviço¹⁷. Todavia, é preciso considerar que os pacientes odontológicos atendidos em caráter de urgência retornam para novos atendimentos com maior frequência e recebem mais procedimentos cirúrgicos, representando uma solução pontual dos problemas, e deste modo,

apresentarão a longo prazo mais necessidades de tratamento acumuladas, iniciando um ciclo de atendimentos emergenciais que impactam negativamente a sua saúde bucal³⁰.

Considerando-se os impactos em saúde bucal, como a insatisfação com a saúde bucal, dificuldade para falar, vergonha ao falar e ao sorrir, verificada entre os reclusos em estudo com elevados valores de CPOD, entende-se que as doenças bucais podem interferir direta ou indiretamente no funcionamento normal e desejável dos indivíduos, desde os aspectos funcionais, psicológicos e até sociais³². E diante deste contexto, depreende-se a necessidade de esforços voltados ao reestabelecimento de uma dentição funcional, confortável e com uma aparência que permita a estes indivíduos desempenharem as suas atividades diárias sem transtornos físicos, psicológicos ou sociais, considerando-se que a reabilitação da saúde bucal de indivíduos em privação de liberdade pode ter um papel fundamental na reintegração social dos mesmos.

Frente ao perfil dos presidiários encontrado neste estudo, e da deficiente condição de saúde bucal, no que diz respeito à experiência de cárie, percebe-se que esse grupo de indivíduos foi marcado por privações em diversos âmbitos da vida, como também de referência para maiores oportunidades, que de certa forma não justifica, mas que talvez termine por explicar o envolvimento com atividades ilícitas. Como não se pode mudar o passado, é preciso procurar melhorar o presente, e diante do aprisionamento e ociosidade destes indivíduos, percebe-se a oportunidade de incentivá-los, de forma multiprofissional, ao estudo, ao trabalho e a valorização da saúde, inclusive bucal, como uma forma de devolvê-los a sociedade de uma forma mais digna, menos preconceituosa e estigmatizada.

CONCLUSÃO

A maioria dos presos utilizou os serviços odontológicos prestados pela penitenciária. Embora o tratamento restaurador tenha sido o principal motivo de utilização dos serviços odontológicos, foram os componentes “cariado” e “perdido” que contribuíram para o elevado valor médio do índice CPOD.

REFERÊNCIAS

1. Góis SM, Santos Junior HPO, Silveira MFA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. Cien Saude Coletiva 2012; 17(5):1235-1246.

2. Sánchez AR, Diuana V, Larouzé B. Controle de tuberculose nas prisões brasileiras: novas abordagens para um antigo problema. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):850-851.
3. Coelho HP, Oliveira SAN, Custódio Miguel JC, Oliveira MLA, Figueiredo JFC, Perdoná GC et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12 (2):124-131.
4. Nogueira PA, Abrahão RMCM. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(1): 30-38.
5. Gabe C, Lara GM. Prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul. *RBAC* 2008; 40(2):87-89.
6. Oliveira HB, Cardoso JC. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 15(3):194-199.
7. Catalan-Soares BC, Almeida RTP, Carneiro-Proietti ABF. Prevalência HIV-1/2, do HTLV-I/II, do vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV), do *Treponema pallidum* e do *Trypanosoma cruzi* entre os presidiários em Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2000; 33(1): 27-30.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2005
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011
10. Reddy V, Kondareddy CV, Siddanna S, Manjunath M. A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned inmates in central jails of Karnataka, India. *Int Dent J* 2012; 62:27-32.
11. Garita R, Ballesterio F, Letchuk D. Índice de CPOD y prevalencia de patologías orales en privados de libertad. *Odont Vital* 2010; 2(13):14-25.
12. Naidoo S, Yengopal V, Cohen B. A baseline survey: oral health status of prisoners - Western Cape. *SADJ* 2005; 60:24-27.
13. Heidari E, Dickinson C, Wilson R, Fiske J. Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *Br Dent J* 2007: 1-6.
14. Cropsey KL, Crews KM, Silberman SL. Relationship between smoking status and oral health in a prison population. *J Correct Health Care* 2006; 12 (4):240-248.
15. Osborn M, Butler T, Barnard PD. Oral health status of prison inmates – New South Wales, Australia. *Aust Dent J* 2003, 48(1):34-38.

16. Mcgrath, C. Oral health behind bars: A study of oral disease and its impact on the life quality of an older prison population. *Gerodontology* 2002; 19(2):109-14.
17. World Health Organization. Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. Geneva; 2007.
18. Walsh T, Tickle M, Milsom K, Buchanan K, Zoitopoulos L. An investigation of the nature of research into dental health in prisons: a systematic review. *Br Dent J* 2008; 204(12):683-689.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação da saúde no sistema penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
20. Governo do Estado da Paraíba. Administração Penitenciária [homepage na internet]. [acesso em 20 jan 2012]. Disponível em: <http://www.paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB BrasilPesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010: Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.
22. Assis, RD. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Rev CEJ* 2007; 11(39):74-78.
23. Lunn H, Morris J, Jacob A, Grummitt C. The oral health of a group of prisons inmates. *Dent Update* 2003; 30:135-138.
24. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema penitenciário no Brasil: Dados Consolidados. Brasília: Ministério da Justiça; 2009b.
25. Nobile CGA, Fortunato L, Pavia M, Cantanzaro IFA. Oral health status of male prisoners in Italy. *Int Dent J* 2007; 57:27-35.
26. Cerqueira D, Lobão W. Determinantes da criminalidade: Arcabouços teóricos e resultados empíricos. *Rev Cienc Sociais* 2004; 47(2):233-269.
27. Armani, TE; Cruz-Silva CTA. Avaliação socioeconômica e de fatores que levam a violência com detentos de Cascavel/PR. *Ensaio: Aval Pol Públ Educ* 2010; 18(67): 253-274.
28. Borilli SP, Shikida PFS. Economia e crime: Um estudo exploratório na Penitenciária Industrial de Guarapava e Cadeia Pública de Foz do Iguaçu (PR). *Rev Econômica Nordeste* 2003; 34(3):328-346.

29. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Cien Saude Coletiva* 2006; 11(2):461-471.
30. Pinto RS, Matos DL, Loyola Filho AI. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira *Cien Saude Colet* 2012; 17(2): 531-5.
31. Diouf M, Lo CM, Cisse D, Faye D, Faye B, Leye BF, Niang CM. Dental caries in the carceral middle of Dakar. *Odontostomatol Trop* 2010; 33(132):5-10.
32. Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(7):1707-1714.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se neste estudo, o predomínio, em ambos os sexos, de indivíduos em idade produtiva, com baixa escolaridade, subempregados, ou desempregados quando da prisão. Tais achados permitem reafirmar que grande parte desses indivíduos são vítimas da violência estrutural sofrida neste país, onde os determinantes sociais da saúde, mais especificamente, o acesso à educação, informação, emprego, serviços de saúde, e moradia, aspectos estes relacionados aos direitos de um cidadão, são usurpados em detrimento do capitalismo crescente e concentrados em uma pequena parcela privilegiada da população brasileira.

Na população feminina estudada, a condição de saúde bucal mostrou-se precária, tendo as presidiárias apresentado valores consideráveis de perda dentária e de necessidade de prótese dentária, e com o agravante de ter sido a extração dentária o maior motivo de procura da assistência odontológica.

Na população masculina em estudo, a condição de saúde bucal também mostrou-se insatisfatória. Embora o tratamento restaurador tenha sido o principal motivo de utilização dos serviços odontológicos, foram os componentes “cariado” e “perdido” que contribuíram para o elevado valor médio do índice CPOD.

Depreende-se, portanto, que a implementação efetiva do Plano Nacional de Saúde Penitenciária (PNSSP) pode ser uma oportunidade para o reestabelecimento da saúde bucal dos indivíduos em privação de liberdade, reforçando, entretanto, a necessidade da realização do diagnóstico de saúde bucal destes indivíduos, como auxiliar no planejamento, de modo a adequar as medidas propostas pelo PNSSP, de acordo com as necessidades dos presidiários de cada unidade prisional.

7 REFERÊNCIAS

1. Assis RD. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Revista CEJ* 2007;(39): 74-78.
2. Gois SM, Santos Junior HPO, Silveira MFA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Cien.Saude Coletiva* 2012,17(5):1235-1246.
3. Sánchez AR, Diuana V, Larouzé B. Controle de tuberculose nas prisões brasileiras: novas abordagens para um antigo problema. *Cad. Saude Publica* 2010; 26(5): 850-851.
4. Coelho HP, Oliveira SAN, Miguel JC, Oliveira MLA, Figueiredo JFC, Perdoná GC, Passos AD. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(2): 124-31.
5. Nogueira PA, Abrahão RMCM. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol* 2009; 12(1): 30-8.
6. Gabe C, Lara GM. Prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul. *RBAC* 2008, 40(2): 87-89.
7. Oliveira HB, Cardoso JC. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 15(3): 194-9.
8. Catalan-Soares BC, Almeida RTP, Carneiro-Proietti ABF. Prevalência HIV-1/2, do HTLV-I/II, do vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV), do *Treponema pallidum* e do *Trypanosoma cruzi* entre os presidiários em Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2000; 33(1): 27-30.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.
11. Reddy V, Kondareddy CV, Siddanna S, Manjunath M. A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned inmates in central jails of Karnataka, India. *Int Dent J* 2012; 62: 27-32.
12. Garita R, Ballesterio F, Letchuk D. Índice de CPOD y prevalencia de patologías orales en privados de libertad. *Odont Vital* 2010; 2(13): 14-25.
13. Naidoo S, Yengopal V, Cohen B. A baseline survey: oral health status of prisoners - Western Cape. *SADJ* 2005;60: 24-27.
14. Heidari E, Dickinson C, Wilson R, Fiske J. Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *Br Dent J* 2007;1-6
15. Heng CK, Morse DE. Dental caries experience of female inmates. *J Public Health Dent* 2002; 62(1): 57-61.
16. Cropsey KL, Crews KM, Silberman SL. Relationship Between Smoking Status and Oral Health in a Prison Population. *J Correct Health Care* 2006; 12(4): 240-248.
17. Osborn M, Butler T, Barnard PD. Oral health status of prison inmates – New South Wales, Australia. *Aust Dent J* 2003; 48(1): 34-38.
18. Mcgrath C. Oral health behind bars: A study of oral disease and its impact on the life quality of an older prison population. *The Gerodontol Associat.* 2002; 19 (22): 109 114.
19. World Health Organization. Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. Geneva; 2007.

20. Borilli SP, Shikida PFS. Economia e crime: Um estudo exploratório na Penitenciária Industrial de Guarapava e Cadeia Pública de Foz do Iguaçu (PR). *Rev. Econômica do Nordeste* 2003; 34(3): 328-346.
21. Leal COB. Legitimação do sistema penitenciário no contexto de uma política de observância dos direitos fundamentais. *Rev IBDH* 2003; 4(4):26-32.
22. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema penitenciário no Brasil: Dados Consolidados Brasília: Ministério da Saúde;2009.
23. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(1): 150-62.
24. Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços; *Cad. Saude Pública* 2009 set; 25(9):1894-1906.
25. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(6):1383-1392.
26. Brasil. Ministério da da Saúde. Departamento Penitenciário Plano Nacional de Saúde no no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação da saúde no sistema penitenciário. 1ª Ed. Brasília (DF) 2010a.
28. Governo do Estado da Paraíba. Administração Penitenciária [homepage na internet].[acesso em 20 jan 2012]. Disponível em: <http://www.paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria>
29. Armani TE, Cruz-Silva CTA. Avaliação socioeconômica e de fatores que levam a violência com detentos de Cascavel/PR. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.* 2010; 18(67): 253-274.
30. Espírito - Santo AP, Fernandez JC. Criminalidade sob a ótica do presidiário: o caso da Penitenciária Lemos Brito, na Bahia. *Rev. Desenharia* 2008; 9: 233-258.
31. Cerqueira D, Lobão W. Determinantes da Criminalidade: Arcabouços Teóricos e Resultados Empíricos. *Rev de Cien Sociais* 2004; 47(2):233 – 269.
32. Santos JG. Reintegração social do preso – Utopia e Realidade. *R. CEJ* 2001 set/dez;15: 30-34.
33. Barreto MLS. Depois das Grades: um Reflexo da Cultura Prisional em Indivíduos Libertos. *Psicol Cienc e Profissão* 2006; 26 (4): 582-593.
34. Masson CR. Direito penal esquematizado – Parte geral. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método 2009; 2: 902.
35. Nucci GS. Código de processo penal comentado. 5ªed. São Paulo:Revista dos Tribunais; 2006.
36. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen. População Carcerária – Sintético 2010 b [acesso em 2013 jan 28]. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7BD574E9CE3C7D437AA5B622166AD2E896%Team=¶ms=itemID=%7BC37B2AE94C6840068B1624D28407509C%7D;&UIParUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>
37. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen. População Carcerária – Relatórios Estatísticos dez 2011b. [acesso em 2013 jan 28]. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7BD574E9CE3C7D437AA5B622166AD2E896>

%Team=¶ms=itemID=%7BC37B2AE94C6840068B1624D28407509C%7D;&UIPar
tUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D

38. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional Mulheres, Coordenação da Comissão Especial, Diretoria de Políticas Penitenciárias. Presas-Dados Gerais. Brasília: Ministério da Justiça; 2011c
39. Brasil. Ministério da Justiça. Tráfico ilícito de drogas praticado por mulheres no momento do ingresso em estabelecimentos prisionais. Brasília (DF) 2007.
40. Macedo N. Sistema Penitenciário. [acessado em 2013 jan 28]. Disponível em: http://www.ipcluizflaviogomes.com.br/dados/4_Sistema_Penitenciario_brasileiro_e%20no_de_vagas.pdf.
41. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica 2008 ; 24(8): 1887-1896.
42. Tavares GM, Menandro PRM. Atestado de Exclusão Com Firma Reconhecida:O Sofrimento do Presidiário Brasileiro. Psicol Cienc e Profissão 2004; 24(2):86-99.
43. Laniado RN. Políticas públicas e desempenho institucional em relação à criminalidade. Rev O&S 2000 jan/mai; 6(17):99-111.
44. Diego F, Carvalho JM, Moraes JA, Faria VTF, Menezes RP, Pádua S. Sistema prisional: As divergências sobre sua verdadeira função. Rev da Católica 2009; 1(2):44-55.
45. Almeida NKD, Coelho MTAD. A Violência estrutural. Rev Unipar - Seminário Estudantil de Produção Acadêmica 2007; 11(1): 1-11.
46. BRASIL. Código penal, 1940. Vade Mecum.12 ed. São Paulo: Saraiva; 2011.
47. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades Cad. Saúde Pública 2011; 27(3): 521-532.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.Brasília Ministério da Saúde 2011d.
49. Ministério da Saúde. Portal da Saúde.Governo [homepage na internet].[acesso em 20 jan 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34694&janela=1
50. Cerri A, Genovese WJ. Alterações da mucosa bucal: estudo epidemiológico da sua prevalência em reeducandos do sistema penitenciário do Estado de São Paulo. RGO 1991 maio-jun; 39(3): 218-20.
51. Marino-Junior JH , Cesar AC, Cesar MF, Silva CM, Lopes AMS, Candelária LF. Avaliação da situação clínica odontológica dos reeducandos da Penitenciária Potim II . Braz Oral Res 2004; 18, Supplement (Proceedings of the 21nd Annual SBPqO Meeting).
52. Shulman JD, Sauter DT. Tratamento de dor odontogênica em um estabelecimento correctional. J Correct Health Care 2012; 18(1): 62-69.
53. Ringgenberg WJ. Initial dental needs and a projection of needed dental capacity in the Iowa Department of Corrections. J Correct Health Care 2011; 17(2) 150-159.
54. Diouf M, Lo CM, Cisse D, Faye D, Faye B, Leye Benoist F, Niang CM. Dental caries in the carceral middle of Dakar. Odontostomatol Trop 2010 ; 33(132): 5-10.
55. Diouf M, Cissé D, Lo CM, Faye D, Faye B,Benoist HM,Souaré N. Evaluation of the need for periodontal treatment in prisons near Dakar, Senegal. Med Trop (Mars). 2009 Dec;69(6):587-90.
56. Walsh T, Tickle M, Milsom K, Buchanan K, Zoitopoulos L. An investigation of the nature of research into dental health in prisons:a systematic review. Br Dent J 2008; 204(12): 683-689.
57. Nobile CGA, Fortunato L, Pavia M, Cantanzaro IFA.Oral health status of male prisoners in Italy. Int Dent J 2007; 57:27-35.

58. Jones CM, Woods K, Neville J, Whittle JG. Dental health of prisoners in the north west of England in 2000 : literature review and dental health survey results. *Community Dental Health* 2005; 22: 113-117.
59. Lunn H, Morris J, Jacob A, Grummitt C. The oral health of a group of prisons inmates. *Dent Update* 2003; 30:135-138.
60. Boyer EM, Nielsen-Thompson NJ, Hill TJ. A comparison of dental caries and tooth loss for Iowa prisons with other prison population and dentate U.S adults. *The Journal of Dental Hygiene* 2002; 76(2): 141-150.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **A SAÚDE BUCAL DE PRIVADOS DE LIBERDADE, EM PENITENCIÁRIAS DO ESTADO DA PARAÍBA.**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **A SAÚDE BUCAL DE PRIVADOS DE LIBERDADE, EM PENITENCIÁRIAS DO ESTADO DA PARAÍBA**, terá como objetivo geral AVALIAR A SAÚDE BUCAL DE PRIVADOS DE LIBERDADE EM PENITENCIÁRIAS, DO ESTADO DA PARAÍBA.

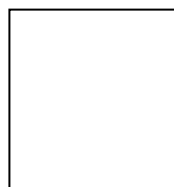
Ao voluntário só caberá a autorização para **A REALIZAÇÃO DE UM EXAME CLÍNICO ODONTOLÓGICO, E APLICAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO**, de modo que não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3315-3326 com **ALESSANDRO LEITE CAVALCANTI**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

_____/ Assinatura do pesquisador responsável

_____/ Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica - Participante da pesquisa



APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

1. Questionário

nº _____

Data ____/____/____

1.1 Aspectos Sócio - Demográficos e Condenatórios	
Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐	
Idade: _____ anos	
Grau de Escolaridade:	
1. Analfabeto ☐	Completo
2. Fundamental	
3. Médio ☐	Incompleto
4. Superior	
Estava trabalhando no período em que foi preso?	
1. Sim	
2. Não	
3. Não sabe / Não respondeu	
Há quanto tempo está preso?	

1.2 Morbidade Bucal Referida e Autopercepção	
Nos últimos 6 meses teve dor de dente?	
1. Sim	
2. Não	
8. Não sabe / Não respondeu	
9. Não se aplica	
Necessita de tratamento dentário atualmente?	
1. Sim	
2. Não	
8. Não sabe / Não respondeu	
9. Não se aplica	
Necessita usar prótese?	
1. Sim	
2. Não	
8. Não sabe / Não respondeu	
9. Não se aplica	
Caso use prótese, necessita trocá-la?	
1. Sim	
2. Não	
8. Não sabe / Não respondeu	
9. Não se aplica	

Com relação aos seus dentes/boca você está? 1. Satisfeito 2. Nem satisfeito, nem insatisfeito. 3. Insatisfeito
1.3 Utilização de Serviços Odontológicos
Já foi ao dentista alguma vez na vida? 1. Sim 2. Não 8. Não sabe / Não respondeu
Quando consultou o dentista pela última vez? 1. Menos de um ano 2. Um a dois anos 3. Três anos ou mais 8. Não sabe / Não respondeu 9. Não se aplica
Onde foi a sua última consulta? 1. Presídio 2. Serviço público 3. Serviço particular 8. Não sabe / Não respondeu 9. Não se aplica
Qual o motivo da sua última consulta? 1. Revisão, prevenção 2. Dor 3. Extração 4. Tratamento Restaurador 5. Outro 8. Não sabe / Não respondeu 9. Não se aplica
1.4 Impactos em Saúde Bucal (Últimos seis meses)
Tem dificuldade para comer por causa dos dentes? 1. Sim 2. Não 8. Não sabe / Não respondeu
14.2. Senti dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? 1. Sim 2. Não 8. Não sabe / Não respondeu 9. Não se aplica
14. 3. Os seus dentes o incomodam ao escovar? 1. Sim

2. Não 8. Não sabe / Não respondeu 9. Não se aplica
14.4. Tem dificuldade para falar por causa dos seus dentes? 1. Sim 2. Não 8. Não sabe / Não respondeu
14.5 Senti vergonha de falar por causa dos seus dentes? 1. Sim 2. Não 8. Não sabe / Não respondeu
14.6 Senti vergonha de sorrir por causa dos seus dentes? 1. Sim 2. Não 8. Não sabe / Não respondeu
14.7 Os seus dentes atrapalham a realização de atividades rotineiras como estudar ou trabalhar? 1. Sim 2. Não 8. Não sabe / Não respondeu

2. Exame Clínico

2.1 Índice CPO-D																																																																															
<table border="1"> <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><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></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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><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> </table>																18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																
2.2 Uso e Necessidade de Prótese																																																																															
Já faz uso de prótese? 1. Sim 2. Não 9. Não se aplica								A prótese em uso encontra-se adequada? 1. Sim 2. Não 9. Não se aplica																																																																							

Qual o tipo de prótese em uso?	Necessidade de prótese:
☐ Unitária	☐ Unitária
Prótese Total	Prótese Total
☐ Superior ☐ Inferior	☐ Superior ☐ Inferior
Prótese Parcial	Prótese Parcial
☐ Superior ☐ Inferior	☐ Superior ☐ Inferior

ANEXOS

ANEXO A- Comprovante Sisnep

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMPROVANTE SISNEP**

 **Andamento do projeto - CAAE - 0706.0.133.000-11** 

Título do Projeto de Pesquisa				
Avaliação das Condições de Saúde Bucal dos Apenados do Município de Campina Grande/PB				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	17/11/2011 11:41:01	21/11/2011 14:07:22		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	17/11/2011 11:41:01	Folha de Rosto	0706.0.133.000-11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	01/11/2011 10:26:32	Folha de Rosto	FR475786	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	21/11/2011 14:07:22	Folha de Rosto	0706.0.133.000-11	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Profª Dra. Dornalúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Autorização de acesso a Penitenciária João Bosco Carneiro

Poder Judiciário
Tribunal de Justiça da Paraíba
Comarca de Guarabira-1ª Vara
Fórum "Augusto de Almeida", 55, Centro
Fone (083) 271-3342/3345

Ofício nº 556/2011/VEP

Guarabira, 08 de novembro de 2011.

Ao Sr.
Emilson José de Sousa
Diretor da Penitenciária João Bosco Carneiro
Nordeste I – Guarabira/PB

Senhor Diretor,

Pelo presente expediente, fica Vossa Senhoria autorizado a receber a mestrandia ÍRIS SANT'ANNA ARAÚJO RODRIGUES, dando acesso a mesma a essa Unidade Prisional, vez que a mesma irá realizar um trabalho de dissertação intitulado "Avaliação das Condições de Saúde Bucal dos Apenados do Município de Guarabira/PB", orientado pelo Dr. Alessandro Leite Cavalcanti.

Atenciosamente,

Bruno César Azevedo Isidro
Juiz de Direito

ANEXO C – Autorização de acesso a Penitenciária Feminina de Campina Grande



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE CAMPINA GRANDE
VARA DE EXECUÇÃO PENAL
FÓRUM AFONSO CAMPOS
Rua Vice Prefeito Antônio de Carvalho s/n
58.105-227 – Campina Grande – PB

Ofício nº 4561/2011

C. Grande, 19 de outubro de 2011.

Ao
Ilm^a Sr^a.
Diretora da Penitenciária Feminina do Serrotão
NESTA

Senhora Diretora,

Pelo presente expediente, fica Vossa Senhoria autorizada a receber a mestrandia **ÍRIS SANT'ANNA ARAÚJO RODRIGUES**, dando acesso a mesma a essa Unidade Prisional, vez que a mesma irá realizar um trabalho de dissertação intitulado "Avaliação das Condições de Saúde Bucal dos Apenados do Município de Campina Grande-PB, **orientado pelo Dr. Alessandro Leite Cavalcanti.**


FERNANDO BRASILINO LEITE
JUIZ DE DIREITO – VEP

lfas

ANEXO D – Submissão do Artigo 1 a Revista de Ciência & Saúde Coletiva



Prezado(a) Iris Sant'Anna Araújo Rodrigues

Informamos que o [Artigo / Tema Livre](#) abaixo foi submetido a Ciência & Saúde Coletiva, constando sua participação como autor.

Artigo: 514/2013 - Bocas Trancadas – Avaliação da Perda Dentária em uma Penitenciária Feminina no Interior do Nordeste do Brasil

Caso não concorde com a sua participação nesse artigo favor entrar em contato para que possamos tomar as ações necessárias.

Atenciosamente,
Maria Cecília de Souza Minayo e Romeu Gomes, Editores Chefes



Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ
[\(21\) 388-29153](#) e [\(21\) 2290-4893](#) - Todos os direitos reservados para ABRASCO.
[Desenvolvido por ZANDA Multimeios da Informação.](#)