

**FABIANA MENEZES TEIXEIRA DE CARVALHO**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE PESSOAS PRIVADAS  
DE LIBERDADE DE UM COMPLEXO PRISIONAL DO  
NORDESTE BRASILEIRO**

RECIFE - PE

2017

**FABIANA MENEZES TEIXEIRA DE CARVALHO**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE PESSOAS PRIVADAS  
DE LIBERDADE DE UM COMPLEXO PRISIONAL DO  
NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia na área de concentração em Clínica Integrada.

Orientador: Profº Drº Gustavo Pina Godoy

Co-orientador: Profº Drº Arnaldo de França Caldas Júnior

RECIFE - BRASIL

2017

C331c      Carvalho, Fabiana Menezes Teixeira de.  
Condições de saúde bucal de pessoas privadas de liberdade de um complexo prisional do nordeste brasileiro / Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho. – 2017.  
69 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Gustavo Pina Godoy.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-graduação em Odontologia. Recife, 2017.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Presídio. 2. Prisioneiro. 3. Saúde bucal. I. Godoy, Gustavo Pina (Orientador). II. Título.

617.6 CDD (22.ed.)      UFPE (CCS2018-139)

**FABIANA MENEZES TEIXEIRA DE CARVALHO**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE PESSOAS PRIVADAS  
DE LIBERDADE DE UM COMPLEXO PRISIONAL DO  
NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia com área de concentração em Clínica Integrada.

Data da aprovação: 22 /12 /2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. ANDREA DOS ANJOS PONTUAL  
(Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dra. ANA FLÁVIA GRANVILLE GARCIA  
(Examinador Externo)  
Universidade Estadual da Paraíba

---

Prof. Dra. CLAUDIA CAZAL LIRA  
(Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dra. Florisbela de Arruda Camara e Siqueira Campos

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Profa. Dra. Alessandra Albuquerque Tavares Carvalho

COLEGIADO

Profa. Dra. Alessandra Albuquerque Tavares Carvalho

Prof. Dr. Anderson Stevens Leônidas Gomes

Profa. Dra. Andrea Cruz Camara

Profa. Dra. Andrea dos Anjos Pontual

Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior

Profa. Dra. Bruna de Carvalho Farias Vajgel

Prof. Dr. Carlos Menezes Aguiar

Prof. Dr. Danyel Elias da Cruz Perez

Profa. Dra. Flávia Maria de Moraes Ramos Perez

Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy

Prof. Dr. Jair Carneiro Leão

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

Prof. Dr. Luiz Alcino Monteiro Gueiros

Profa. Dra. Maria Luiza dos Anjos Pontual

Profa. Dra. Renata Cimões Jovino Silveira

SECRETARIA

Oziclere Sena de Araújo

Às minhas mães!

À Marilza Menezes é a quem eu dedico os meus passos, ofereço o meu sorriso e entrego o meu mais puro sentimento.

À Virgem Maria cujo Colo sempre foi o meu refúgio; Seu Manto, minha proteção; Seu Silêncio, minha inspiração.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pelo amor incondicional. Por me guiar pelos Seus caminhos e por me livrar dos riscos ao se realizar uma pesquisa em ambiente prisional. Obrigada Senhor por me confiar uma missão tão nobre.

À minha irmã Juliana Menezes, minha “sócia” de consultório e de ventre que me ensina a partilhar. Obrigada pela parceria de vida, pela amizade e confiança, por sempre me motivar a ir além. Juli, te amo!

À Maria Doralice de Andrade, a esta mulher que não gerou a vida em seu ventre, mas que me acolheu como filha em seu coração. Obrigada por todo amor de mãe que você sempre me dispensou.

Ao meu pai João Teixeira (in memoriam), pelos 31 anos da minha vida que estive ao meu lado. Tenho certeza que de onde ele estiver deve estar sorrindo dizendo: “essa daí aprendeu comigo.” Obrigada paiinho por me ensinar a sorrir.

À minha “filha” Malu, pela sua fidelidade, companheirismo e alegria. Obrigada por me ensinar a ter um coração puro como dos animais.

Ao meu queridíssimo orientador Prof. Dr. Gustavo Godoy, um homem que exala o verdadeiro aroma do “ser professor”. Obrigada por me mostrar os encantos desta profissão, por acreditar e me dar a oportunidade de realizar esta pesquisa. Obrigada por ser realmente um orientador.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Arnaldo Caldas, um verdadeiro mestre e exemplo de profissional. Obrigada por desde sempre fazer parte da minha trajetória na Odontologia. Obrigada por me ensinar, sobretudo, a não desistir dos meus sonhos.

Todo o meu carinho à Ana Sofia, aluna do PIBIC que me ajudou consideravelmente nesta pesquisa. Obrigada por me mostrar que devemos “aprender a aprender”.

Aos colegas de turma do mestrado, pela troca de aprendizado. Obrigada pelos momentos e experiências compartilhados e por terem me ensinado a ser uma pessoa melhor.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Profissionais do Ensino Superior) pela bolsa e apoio na realização deste estudo.

Às funcionárias da Pós-Graduação Oziclere, Tamires Cibelly Correia de Oliveira e Tânia Maria Souza Esteves, que sempre atenciosamente me atenderam. Obrigada!

À minha ASB e amiga Adnilza Vasconcelos que abraçou este estudo e foi incansável na busca dos dados para a amostra. Obrigada por me ensinar que a excelência de um trabalho é alcançada quando realizada em equipe.

À Secretaria Executiva de Ressocialização de Pernambuco - SERES, obrigada pela oportunidade e parceria no desenvolvimento deste trabalho.

Aos profissionais que fazem parte do Complexo Prisional do Curado, obrigada pelo incentivo e colaboração. A todos eles que, mesmo após o trauma sofrido durante a pesquisa onde foram tomados como reféns, não permitiram que o medo impedisse de realizar o principal propósito de um Sistema Prisional: ressocializar!

Por fim quero agradecer ao principal objeto deste trabalho. Obrigada às pessoas privadas de liberdade que se dispuseram a fazer parte desta pesquisa. Obrigada por ensinarem que o homem é maior que o seu erro.

“Pois quando Eu estava preso, foste me visitar.”

(Mt 25,36)

## RESUMO

Indivíduos privados de liberdade tem saúde bucal precária e são pouco assistidos, nesse sentido há a necessidade de intervenção odontológica. No entanto, a literatura tem mostrado que a saúde bucal destas pessoas é de grande preocupação. Devido à necessidade de se fazer um levantamento das principais alterações bucais prevalentes na população carcerária, o presente estudo teve como objetivo traçar um perfil de condições bucais deste seguimento populacional. Foi realizado um estudo descritivo com delineamento transversal, com uma amostra de 756 pessoas privadas de liberdade do Complexo Prisional do Curado, localizado em Recife - PE. Um questionário sobre dados sociodemográficos foi respondido e através de um examinador e anotador previamente calibrados (valor de Kappa = 0,85), foi avaliada a prevalência de cárie classificando-a em alta e baixa através do índice CPO-D. Observou-se a condição periodontal por meio da aplicação do índice CPITN. O traumatismo dentário foi investigado por meio da aplicação do índice de Andreasen e foram identificadas lesões em mucosa da população em questão. Na análise estatística foi considerado um erro de 5% e foi utilizado o teste do Qui-quadrado para comparação de proporção dos percentuais encontrados nos níveis de fatores qualitativos. O CPOD com valor maior que 4 foi encontrado em 83,6% da amostra. Quando separado os componentes do CPOD, observou-se que a maioria dos reclusos encontravam-se com mais de 4 dentes cariados (55,4%), possuíam até 11 dentes perdidos (64,7%) e nenhuma restauração (56,6%). Em relação ao índice CPITN foi verificado a presença de cálculo dentário em 50% dos examinados. Os resultados mostraram que 10,8% da amostra apresentaram algum tipo de trauma nos dentes e que 8,9% dos indivíduos possuíam alguma lesão em mucosa. Ao associar o índice CPITN com condições sistêmicas, foi verificado uma maior presença de cálculo dentário em indivíduos não fumantes. Indivíduos diabéticos apresentaram melhor condição periodontal quando comparados aos que não possuem tal condição sistêmica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Presídio. Prisioneiro. Saúde Bucal.

## ABSTRACT

People deprived of their liberty have poor oral health and are poorly attended, in this sense there is a need for dental intervention. However, the literature has shown that the oral health of individuals deprived of their liberty is worrisome. Due to the need to make a survey of the main oral alterations prevalent in the prison population, this study aims at profiling oral health conditions of prison population. A descriptive cross-sectional study was conducted with 756 people held at the Complexo Prisional do Curado (Curado Prison Complex), located in Recife, Pernambuco. The occurrence of caries was assessed by a calibrated examiner and note-taker, sorting them as high and low according to the DMFT index. The CPITN index was applied so as to assess their periodontal condition. In order to evaluate dental trauma, the Andreasen index was used, and mucosal lesions were observed for this sample. Statistical error was of 5% was considered and the chi-square test was used to compare the proportion of the percentages found in the levels of qualitative factors. DMFT was higher than 4 for 83,6% of the sample. When DMFT components are isolated, we can note that more than half of the inmates (55,4%) had more than 4 decayed teeth, 64,7% of them had up to 11 missing teeth and 56,6% had no dental restoration. When it comes to the CPITN index, dental calculus was observed in 50% of the subjects. Results showed that 10,8% of the sample had some sort of dental trauma and that 8,9% had mucosal lesions. By associating the CPITN index with systemic conditions, a greater presence of dental calculus was verified in nonsmoking individuals. Diabetic individuals presented better periodontal status when compared to those without such systemic condition.

Key words: Prison. Prisoner. Oral Health.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACES

|        |                                                                     |
|--------|---------------------------------------------------------------------|
| CPITN  | Índice Periodontal Comunitário                                      |
| CPOD   | Índice Dentes Cariados,Perdidos e Obturados                         |
| PAMFA  | Presídio Agente Marcelo Francisco de Araújo                         |
| PFDB   | Presídio Frei Damiao de Bozzano                                     |
| PJALLB | Presídio Juiz Antonio Luiz Lins de Barros                           |
| PPLs   | Pessoas Privadas de Liberdade                                       |
| PNAISP | Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                              |
| UFPE   | Universidade Federal de Pernambuco                                  |

## LISTA DE TABELAS

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>TABELA 1</b> Dados socioeconômicos e demográficos                       | 36 |
| <b>TABELA 2</b> Condição Bucal das pessoas privadas de liberdade           | 37 |
| <b>TABELA 3</b> CPOD relacionado à idade das pessoas privadas de liberdade | 38 |
| <b>TABELA 4</b> Índice CPITN das pessoas privadas de liberdade             | 39 |
| <b>TABELA 5</b> Trauma dentário das pessoas privadas de liberdade          | 40 |

## SUMÁRIO

|       |                                                                   |    |
|-------|-------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | INTRODUÇÃO .....                                                  | 14 |
| 1.1   | O direito à saúde .....                                           | 14 |
| 1.2   | Saúde bucal no presídio .....                                     | 15 |
| 1.3   | Condições bucais no sistema penitenciário .....                   | 16 |
| 1.4   | Objetivos .....                                                   | 20 |
| 1.4.1 | Objetivo Geral .....                                              | 20 |
| 1.4.2 | Objetivos Específicos .....                                       | 20 |
| 2     | METODOLOGIA .....                                                 | 22 |
| 2.1   | Tipo do estudo .....                                              | 22 |
| 2.2   | Local do estudo .....                                             | 22 |
| 2.3   | População / amostra estudada .....                                | 22 |
| 2.4   | Crterios de inclusão e exclusão .....                             | 23 |
| 2.5   | Coleta de dados .....                                             | 23 |
| 2.6   | Instrumento de coleta de dados .....                              | 24 |
| 2.7   | Análise dos resultados .....                                      | 27 |
| 3     | RESULTADOS .....                                                  | 28 |
| 3.1   | Artigo científico .....                                           | 28 |
| 4     | CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                        | 48 |
|       | REFERÊNCIAS .....                                                 | 49 |
|       | APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E<br>ESCLARECIDO .....  | 54 |
|       | APÊNDICE B – FICHA CLÍNICA .....                                  | 56 |
|       | ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA .....                      | 58 |
|       | ANEXO B – NORMAS DA REVISTA DE CADERNOS DE SAÚDE<br>PÚBLICA ..... | 63 |

## 1 INTRODUÇÃO

“Se quiseses conhecer a situação socioeconômica do país, visite os porões de seus presídios.” (Nelson Mandela). A frase de Mandela é bastante oportuna, pois, ao se olhar os porões dos presídios brasileiros, verificar-se-á que as pessoas privadas de liberdade ainda são muito negligenciadas em relação aos direitos humanos. A realidade carcerária nada mais é do que a realidade da negligência estatal, isso fica ainda mais visível quando o assunto é saúde. [2]

Minayo e Ribeiro realizaram um inquérito sobre condições de saúde, acesso e uso dos serviços sanitários em 1573 presos do Estado do Rio de Janeiro. Eles observaram que o contexto de precariedade institucional e o elevado número de pessoas com problemas de saúde vivendo em proximidade em celas superlotadas, têm repercussões muito negativas sobre suas condições física e mental.[1]

### 1.1 O direito à saúde.

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentou em seu art. 2º, que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. [2]

Um desafio para consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) é conseguir atender parte da população excluída da sociedade brasileira. Entre estes, está a população carcerária, que aumenta de forma considerável, causando uma grave crise no sistema prisional.[3; 4; 5]

Apesar das dificuldades, nos últimos anos o país tem dado mais visibilidade à saúde no cenário prisional. Nessa trajetória, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade do Sistema

Penitenciário (PNAISP) é um marco fundamental na garantia dos direitos sociais e humanos nas prisões. [6; 7]

A política da PNAISP tem como principal objetivo garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS.[6] O papel do cirurgião-dentista é fundamental no diagnóstico precoce de certas doenças sistêmicas a partir do exame das manifestações orais dessas, o que evidencia a importância da atuação interdisciplinar da equipe de saúde.[8; 9; 10; 11]

## 1.2 Saúde bucal no presídio

O período de encarceramento é uma oportunidade ideal para educar a população carcerária em boas práticas de cuidados de saúde bucal e fornecer o tratamento necessário. O tratamento das doenças deve imperativamente ser acompanhado de programas educativos de prevenção e sensibilização dos detentos. É preciso desenvolver tais estratégias, assim como apoiar a implementação de amplos programas de higiene bucal. [16-18]

Há múltiplos desafios no fornecimento dos serviços odontológicos para pessoas privadas de liberdade. Para alcançar melhorias na saúde bucal desses indivíduos, é necessário integrar as atividades de saúde bucal na saúde geral e social no Sistema Prisional. Desenvolver novos modelos de serviços de saúde bucal para detentos, possibilita a criação de um novo paradigma de cuidados baseado na saúde geral do indivíduo, com ênfase na prevenção e promoção da saúde. [12; 13; 14]

Um estudo de acompanhamento nos EUA tem mostrado que é possível melhorar a saúde bucal dos detentos.[15] A avaliação contínua dos membros da amostra original revelaram uma redução na proporção de reclusos com necessidades de tratamento urgentes.[13; 15; 16]

Segundo Harvey *et al.* em 2005, não existe qualquer sistema padronizado sobre as necessidades de tratamento odontológico dos detentos, e esta deficiência não parece ser atendida durante o tempo de reclusão.[17] No Reino Unido, em

2003, o Coordenador de Saúde Bucal lançou a "Estratégia para a modernização dos serviços odontológicos para os presos da Inglaterra".[16; 18] Os gestores das prisões relataram que houve uma melhoria acentuada nos serviços odontológicos no período de 3 anos desde a publicação da estratégia nacional. Mais da metade deles informaram que a qualidade do serviço odontológico da prisão melhorou, e que duplicou o número dos presídios que incluíram uma avaliação odontológica com a avaliação geral de saúde na admissão.[19]

Para o recluso, a condição de saúde da boca é importante, podendo converter-se num instrumento limitativo nas atividades diárias, nomeadamente para a socialização e alimentação.[11] Estudos mostram que boa parte da população carcerária percebe sua condição bucal como deficiente.[11; 20; 21] É necessária a incorporação de programas de saúde bucal que tenham como objetivo a correção e prevenção de doenças dentárias, a fim de promover a saúde desse grupo desfavorecido de indivíduos.[10] Programas de educação também devem ser organizados em tais configurações para conscientizar sobre a importância de uma boa saúde bucal.[10; 22]

### 1.3 Condições bucais no contexto prisional

Para elaborar programas de promoção e prevenção, é necessário o conhecimento das principais alterações bucais da população carcerária. Os estudos indicam que a cárie dentária é aproximadamente quatro vezes mais frequente em populações prisionais quando comparada a grupos semelhantes da população. Isto afeta na qualidade de vida desta população, o que dificulta a sua ressocialização. [22; 23; 24; 25]

Em 1984, Hurlen *et al.* avaliaram a condição de saúde bucal de 138 reclusos portadores do vírus da Hepatite B de uma prisão do Sul da Noruega. Os prisioneiros representaram um alto risco de transmissão de Hepatite B em odontologia devido ao frequente sangramento gengival. Adicionalmente, a cárie dentária foi diagnosticada em grande parte da população estudada. As condições de saúde bucal foram piores na faixa etária mais velha, particularmente no que diz respeito aos dentes perdidos e formação de bolsa periodontal. Na amostra avaliada,

houve uma proporção relativamente alta de dentes perdidos devido à lutas e/ou acidentes.[26]

Salive *et al.* em 1989 investigaram o índice CPOD de 178 presos de um sistema prisional estadual dos Estados Unidos. Este estudo encontrou um CPOD médio de 10,5 para reclusos entre 18 e 29 anos, 17,1 para detentos entre 30 e 44 anos, e 22,4 para aqueles com mais de 44 anos.[21]

Uma pesquisa foi realizada por Mlxson *et al.* em 1990, com o intuito de traçar o perfil de saúde bucal de uma população carcerária federal de 191 detentos da Penitenciária de Leavenworth, Kansas, Estados Unidos. Verificou-se que o CPOD médio para a faixa etária de 20 a 34 anos foi igual a 12,9, para a faixa etária de 35 a 44 anos foi igual a 16,4 e para aqueles com mais de 45 anos foi igual a 22,1. [27]

Osborn *et al.* em 2003 avaliaram 789 prisioneiros (657 do sexo masculino e 132 do sexo feminino) de 27 centros correcionais de New South Gale, Austrália. Um exame de saúde bucal foi realizado em 42% daqueles que participaram da pesquisa (312 homens e 22 mulheres). Dos examinados, o CPOD médio para os menores de 25 anos foi igual a 13, para a faixa etária entre 25 e 40 anos foi igual a 17,6, e para aqueles com mais de 40 anos foi igual a 25,4. Sobre a condição periodontal, foi encontrado um índice CPITN com frequência de 1,8 para os menores de 25 anos, para a faixa etária de 25 a 40 anos observou-se uma frequência de 2,3 e para aqueles com mais de 40 anos uma frequência de 2,7.[28]

Naidoo *et al.* em 2005 avaliaram a saúde bucal de 264 presos do sexo masculino em Western Cape, na África do Sul. O CPOD médio foi de 15,45 e observou-se um aumento do valor do índice individual conforme a idade.<sup>29</sup> Em 2007, Nobile *et al.* determinaram a prevalência de cárie dentária e condição periodontal em 544 detentos de instituições penais da região de Calabria, Itália. Dos investigados, 98% apresentaram história de cárie, e o componente perdido do índice CPOD foi o mais prevalente. Apenas 10,5% dos indivíduos foram encontrados com tecidos periodontais completamente saudáveis. O maior número de indivíduos foi classificado com o CPITN = 2, enquanto que 5% tinham pelo menos um sextante

com um CPITN = 4 (bolsas periodontais > 6mm).<sup>30</sup> Heidari *et al.* em 2005 estudaram uma amostra de conveniência de 78 presos da prisão HMP em Brixton, Londres. Deste grupo, 71% perceberam sua saúde oral como precária. O CPOD médio foi 16,3 e os presos apresentaram elevado nível de placa bacteriana com consequente doença periodontal.[31]

Em 2008, Heidari *et al.* investigaram a condição oral de 122 presos da Her Majesty's Prison (HMP) Brixton em Londres. O CPOD médio foi de 13,8 e foram identificados níveis elevados de placa bacteriana e doença periodontal. Em comparação com a população em geral, estas pessoas privadas de liberdade apresentaram níveis mais altos de problemas dentários e edentulismo, assim como o uso mais frequente de serviços odontológicos de emergência.[20]

Machado, Abreu e Vargas em 2010 relacionaram a saúde bucal de adolescentes de unidades sócio-educativas do estado de Minas Gerais com os dados sócio-demográficos desse grupo. Participaram 183 adolescentes de três unidades de internação pertencentes a Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo de Minas Gerais na cidade de Belo Horizonte. Os resultados mostraram que a maioria da amostra estudada não possuía dentes cariados e doença periodontal, apresentando pouca relação com os dados sócios demográficos.[32]

Zuhl e Balejo em 2011 avaliaram a condição de saúde periodontal utilizando o índice CPITN de 83 detentos de Aquidauana – MS. De todos os sextantes examinados, 59,44% apresentaram-se hígidos mostrando uma pequena porcentagem de sextantes apresentando sangramento (17,05%) ou cálculo (1,20%). Os sextantes que apresentaram índice CPITN 3 foram de 4,01%, os sextantes que apresentaram índice CPITN 4 foram de apenas 1,20%. [33]

Em 2012, Bansal *et al.* estudaram a prevalência de cáries dentárias e a necessidade de tratamento de prisioneiros em todas as 19 prisões de Haryana, Índia. Os resultados foram comparados com a população prisional de outros países e a população geral local. Foram avaliados 1393 indivíduos e 72,7% deles apresentaram dentes cariados. O número de dentes perdidos era maior quando

comparado à realidade local, e este valor aumentava à medida que aumentava o tempo de reclusão.[34] Decerle *et al.* em 2012 analisaram a saúde bucal de 84 reclusos de 3 prisões da França. Observou-se um resultado significativo comparando o número de dentes perdidos em relação ao tempo de reclusão, 26% da amostra.[35]

No mesmo ano de 2012, Lázaro estudou a saúde oral e a necessidade de reabilitação de 60 reclusos do Estabelecimento Prisional de Izeda, Portugal. A média de CPOD da amostra foi de 15,47. O componente mais prevalente foi o de dentes perdidos, com valor médio de  $11,55 \pm 7,80$ . Apresentavam necessidade de tratamento dentário 86,7% dos participantes, 50,0% tinham indicação de extração e 80,0% de algum tipo de tratamento protético.<sup>36</sup> Uma pesquisa realizada em 800 detentos nas prisões centrais de Karnataka, Índia observou que a prevalência de cárie foi de 97,5% da amostra e CPOD médio de 5,26, a maioria dos sujeitos tinha um escore de CPITN de 2 e 21,6% e 97,4% necessitaram de instrução de higiene oral.[37]

Araújo em 2013 realizou uma pesquisa com 114 detentos que cumprem pena no Hospital de Custódia de Americano, em Santa Isabel - PA. Observou que a maioria estudada possui cárie dentária (92,9%) e que, com o passar do tempo, o detento apresenta índices maiores de dentes cariados e extraídos. Grande parte dos pacientes assistidos neste estudo sofreram no mínimo dois traumas dentários, e 27% da população carcerária precisava de algum tipo de prótese dentária.[38]

Rodrigues e Araújo, também em 2013, examinaram 39 indivíduos da Penitenciária João Bosco Carneiro em Guarabira – PB e observaram que o índice CPO-D médio foi de 18,05. Quando analisados os componentes do CPO-D isoladamente, observou-se que componente perdido apresentou a média mais elevada, seguida do componente cariado e obturado respectivamente.[39]

Em 2014, Akaji e Ashimaju estudaram a saúde bucal de 230 presos da cidade Enugu, Nigéria. Aplicando o índice CPOD, eles observaram que 67% desta amostra apresentavam dentes cariados ou perdidos por cárie. Neste estudo, de acordo com o índice CPITN, mais de 90% dos participantes não apresentaram tecidos periodontais saudáveis.[40] No mesmo ano Marshman *et al.* analisaram 659

reclusos de três prisões do Norte da Inglaterra, e observaram que 75% desta população tinham cárie dentária.[24] Dayakar *et al.* em 2014 utilizaram o índice CPITN para avaliar a condição periodontal de 82 detentos da prisão da Mangalore, Índia. A prevalência de doença periodontal foi de 97,5%. A maioria da população estudada teve escores de CPITN de 2 e 1 e 35% tiveram bolsas periodontais superiores a 3 mm.[41]

Em 2015, George *et al.* investigaram a situação de cárie dentária em 1060 detentos em Chennai, Índia (1025 homens e 35 mulheres). Para a população masculina, 58,2% apresentaram os dentes cariados, assim como 54,2% do segmento feminino tiveram a mesma situação.<sup>10</sup> Borges estudou os 27 apenados da Cadeia Pública de Araruna – PB e observou um índice CPOD de 15,28 e doença periodontal em 57,14% da amostra.<sup>42</sup> Oliveira *et al.* avaliaram 102 adolescentes infratores da cidade de Piraquara em São Paulo, Brasil. Desta amostra, 93% apresentaram cárie dentária, 82,3% doença periodontal e 60,8% problemas com mal oclusão.[25]

Silva, em 2016, avaliou o perfil de condição bucal e sistêmica de 95 reeducandas na Penitenciária Estadual Feminina de Porto Velho – RO. Em relação à condição gengival, cerca de 50% relataram sangramento e sobre o índice CPOD, a média do mesmo foi de 14,9. Separando cada componente do CPOD, observou-se que o componente perdido apresentou maior acometimento onde cerca de 89% da população em questão apresentavam algum dente perdido.[43]

## 1.4 Objetivos

### 1.4.1 Objetivo Geral

Avaliar as condições bucais da população privada de liberdade de um Complexo Prisional do Nordeste Brasileiro que abriga indivíduos do sexo masculino.

### 1.4.2 Objetivos Específicos

- I. Determinar a experiência de cárie por meio do índice CPO-D [44];

- II. Determinar a experiência de doença periodontal por meio do índice CPITN [45];
- III. Determinar a prevalência de traumatismo dentário por meio do índice de Andreasen [46];
- IV. Determinar a prevalência de lesões e/ou alterações em mucosa dos apenados estudados
- V. Verificar a associação entre as condições de saúde bucal e a condição sistêmica das pessoas privadas de liberdade

## 2 METODOLOGIA

### 2.2 Tipo de estudo

O presente estudo epidemiológico transversal envolvendo pessoas privadas de liberdade de um Complexo Prisional do Nordeste Brasileiro foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE: 68857417.9.0000.5208 (ANEXO A).

### 2.3 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Complexo Prisional do Curado, localizado no município de Recife, no estado de Pernambuco.

### 2.4 População / Amostra estudada

Os participantes da pesquisa foram pessoas privadas de liberdade que cumprem pena no Complexo Prisional do Curado. Um cálculo amostral foi realizado, considerando-se um erro de 5%, Intervalo de Confiança de 95% e um Poder do Teste de 80%. Como não havia dados de prevalência das condições de saúde bucal de pessoas com privação de liberdade em estudos prévios para a região nordeste, adotou-se uma prevalência estimada de doenças bucais de 20%. Isso resultou em uma amostra inicial de 599 indivíduos e com o acréscimo de 20% para compensar possíveis perdas totalizou o número de 748 indivíduos.

Uma amostragem por proporcionalidade foi realizada visando incluir as três unidades prisionais (UP) do complexo do Curado. O número de indivíduos da amostra em cada UP foi calculado mantendo a representatividade em relação à população do complexo. Desta forma, foi dividido em 320 para a unidade 1 - Presídio Juiz Luis Antonio Lins de Barros (PJALLB), em 214 para a unidade 2 - Presídio Agente Marcelo Francisco Araújo (PAMFA) e em 214 para a unidade 3 - Presídio Frei Damião de Bozzano (PFDB). Essa divisão é proporcional à população apenas de cada unidade. Ao final da pesquisa, um total de 756 pessoas privadas de liberdade foram examinadas. No PJALLB foram avaliados 324 detentos, o PAMFA e o PFDB contemplaram 216 indivíduos respectivamente.

As pessoas privadas de liberdade foram selecionadas através de sorteio das fichas cadastrais de acolhimento, as quais eram preenchidas quando as mesmas eram acauteladas ou examinadas no local. Estes documentos ficavam arquivados na unidade até mesmo após seu desligamento.

## 2.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa pessoas privadas de liberdade do Complexo Prisional do Curado, com idade entre 18 e 70 anos que se dispuseram a participar do estudo. Foram excluídos aqueles que se negaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido ou que possuem alguma deficiência física pela dificuldade de higienização bucal e/ou deslocamento para a unidade de saúde prisional.

## 2.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Projeto pelo comitê de ética e pesquisa. Antecipadamente, foram agendados dia e horário para realização das entrevistas e dos exames bucais, utilizando-se os códigos e critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Os dados não clínicos foram coletados e anotados pela pesquisadora através do preenchimento da ficha clínica e da anamnese em ambiente tranquilo e reservado. Os exames foram realizados nos próprios consultórios odontológicos instalados nas dependências das Unidades Prisionais. Para os exames, foram utilizados odontoscópio, pinça clínica e sonda periodontal milimetrada Carolina do Norte da marca Trinity, para melhor visualização das estruturas bucais respeitando os princípios de biossegurança. O processo foi realizado por uma única examinadora, a pesquisadora, previamente calibrada por profissional da área com habilitação para este fim (valor de Kappa = 0,85). Os dados foram registrados em fichas odontológicas por um anotador previamente treinado para manter a consistência dos dados (APÊNDICE B). Previamente foi realizado um estudo piloto para testar as variáveis essenciais da pesquisa, a amostra deste estudo foi excluída da amostra final deste trabalho.

## 2.7 Instrumento da coleta de dados

Para avaliar a experiência de cárie foi utilizado o índice CPO-D. Para determinar o índice de cada paciente foi levado em consideração, somente a avaliação da condição da coroa de cada espaço dentário. Os espaços dentários foram analisados um por um começando pelo incisivo central superior (11) até terceiro molar (18), seguindo para incisivo central superior esquerdo (21) até terceiro molar esquerdo (28), seguindo para hemiarcada inferior esquerda (31 ao 38) e, concluindo com a do lado direito (41 ao 48).

Os códigos e os critérios utilizados foram os preconizados pela OMS e são os seguintes:

0- Coroa hígida - Onde não há prevalência de cárie. Levando em consideração alguns sinais como: manchas esbranquiçadas; áreas escuras, brilhantes, duras ou fissuradas no esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; lesões que com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

1- Coroa cariada - Sulco, fissuras ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou da parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). Observando que quando coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas raiz, a OMS recomenda que o código “1” seja registrado apenas na casela correspondente à coroa.

2- Coroa restaurada porém cariada - Onde uma ou mais restaurações ou área estão cariados. Sem distinção entre caries primárias ou secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a restaurações.

3- Coroa restaurada e sem cárie - Uma ou mais restaurações definitivas e sem presença de cárie primária ou recorrente.

4- Dente perdido devido à cárie - Um dente permanente foi extraído devido a cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa.

5- Dente perdido por outra razão - Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

6- Selante - Há um selante ou 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. Onde dentes extraídos e substituídos por elemento de ponte fixa são codificados na casela da condição da coroa, como 4 ou 5.

8- Coroa não erupcionada - Quando dente permanente ainda não foi erupcionado, atendendo a cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma e etc.

T- Trauma (Fratura) - Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de carie.

9- Dente excluído - Aplicando a qualquer dente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.)

A condição periodontal foi avaliada com a utilização do índice CPITN. <sup>(45)</sup> A boca foi dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (p. ex., comprometimento de furca, mobilidade etc.), foi pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante foi cancelado (quando houve, por exemplo, um único dente presente).

Não se considerou o terceiro molar na contagem de dentes presentes no sextante, na faixa etária de 18 e 19 anos por ser um elemento dentário com cronologia de erupção variável. Caso houvesse a presença de um dente e o terceiro molar nesta faixa etária, o sextante foi excluído.

Foram utilizados os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares): até 19 anos: 16, 11, 26, 36, 31 e 46; 20 anos ou mais: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

Pelo menos 6 pontos foram examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame foram iniciados pela área disto-vestibular,

passando-se para a área média e daí para a área mésio-vestibular. Após, inspecionou-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda foi introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, foram realizados. A força na sondagem foi inferior a 20 gramas (recomendou-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia).

Foram utilizados os seguintes os códigos no CPI: 0 - sextante hígido; 1 - sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem); 2 - cálculo (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível); 3 - bolsa de 4 mm a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda); 4 - bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não está visível); X - sextante excluído (menos de 2 dentes presentes); 9 - sextante não examinado. [45]

Ambos os índices CPOD e CPITN seguiram criteriosamente conforme o recomendado pelo manual do examinador do SB Brasil.[46] Sobre o traumatismo, foi utilizado o índice de Andreasen para a classificação de fraturas dentais. [47] As fraturas são especificadas de acordo com a seguinte classificação: fratura apenas em esmalte; fratura de esmalte e dentina; fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar; fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar; fratura corono-radicular sem exposição pulpar; fratura corono-radicular com exposição pulpar.

O diagnóstico das lesões em mucosa bucal foi estabelecido pela anamnese e exame físico. Para tanto, foram identificadas as possíveis alterações no padrão de normalidade em localizações anatômicas como a língua, assoalho bucal, gengiva, mucosa jugal, palato duro, palato mole, mucosa interna dos lábios e lábio superior e inferior. Foram observadas alterações de volume, coloração e textura de superfície bem como possíveis sintomas relatados pelos pacientes. Nos casos em que foram identificadas alterações do padrão de normalidade sem diagnóstico clínico conclusivo, e que apresentava indicação de avaliação histopatológica, foi procedida a realização do procedimento de biópsia para conclusão deste diagnóstico.

## 2.8 Análise dos resultados

Os dados obtidos nessa pesquisa foram submetidos a teste estatístico específico com a utilização do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Foi realizada uma análise para avaliar as características sócio-demográficas e econômicas e a condição de saúde bucal dos reeducandos. Foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência das variáveis qualitativas. A comparação dos percentuais encontrados nos níveis dos fatores qualitativos foi realizada pelo teste Qui-quadrado para comparação de proporção. Todas as conclusões foram tiradas considerando um erro de 5%.

### 3 RESULTADOS

Os resultados desse trabalho serão apresentados na forma de artigo científico o qual será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública a qual apresenta Qualis A2 na classificação CAPES para a área de Odontologia.

#### 3.1 Artigo científico

## **CONDIÇÕES BUCAIS DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE DO MAIOR COMPLEXO PRISIONAL EM POPULAÇÃO DO BRASIL.**

Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho <sup>1</sup>, Arnaldo de França Caldas Júnior <sup>2</sup>,  
Gustavo Pina Godoy <sup>3</sup>

1 Master in Clinical Dentistry through Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil.

2 Postdoctoral in Epidemiology in Public Health through University of London, London, United Kingdom.

3 Doctor in Oral Pathology through Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil.

## RESUMO

De acordo com os dados do SB Brasil, a maioria da população brasileira apresenta uma diminuição na necessidade de intervenção odontológica. No entanto, a literatura tem mostrado que a saúde bucal dos indivíduos privados de liberdade é de grande preocupação. Devido à necessidade de se fazer um levantamento dos principais problemas bucais prevalentes na população carcerária, o presente estudo teve como objetivo traçar um perfil de condições bucais deste seguimento populacional. Foi realizado um estudo descritivo com delineamento transversal, com uma amostra de 756 pessoas privadas de liberdade do Complexo Prisional do Curado, localizado em Recife - PE. Através de um examinador e anotador previamente calibrados, foi avaliada a prevalência de cárie, classificando-a em alta e baixa através do índice CPO-D. Observou-se a condição periodontal por meio da aplicação do índice CPITN. O traumatismo dentário foi investigado por meio da aplicação do índice de Andreasen e foram identificadas lesões em mucosa da população em questão. Na análise estatística foi considerado um erro de 5% e foi utilizado o teste do Qui-quadrado para comparação de proporção dos percentuais encontrados nos níveis de fatores qualitativos. O CPOD com valor maior que 4 foi encontrado em 83,6% da amostra. Quando avaliados individualmente os componentes do CPOD, observou-se que a maioria dos reclusos encontravam-se com mais de 4 dentes cariados (55,4%), possuíam até 11 dentes perdidos (64,7%) e nenhuma restauração (56,6%). Em relação ao índice CPITN foi verificada a presença de cálculo dentário em 50% dos examinados. Os resultados mostraram que 10,8% da amostra apresentaram algum tipo de trauma nos dentes e que 8,9% dos indivíduos possuíam alguma lesão em mucosa. Os achados obtidos evidenciaram a necessidade de tratamento odontológico com o propósito de prevenir e reabilitar. Proporcionar uma melhor qualidade de vida das pessoas privadas de liberdade por meio da assistência em saúde bucal contribui com a futura reintegração social desta população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Presídio, Prisioneiro, Saúde Bucal

## INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira é marcada por iniquidades sociais, as quais se tornam muito claras quando o assunto é saúde, especialmente no sistema prisional. Efetivar o direito à saúde é uma das características da democracia, direito este humano e social, dotado de complexidade. O Brasil possui a terceira maior população penitenciária do mundo e seu sistema de reclusão possui um grande déficit de vagas penitenciárias.<sup>47</sup> Desta forma, a superlotação das celas torna o ambiente propício para proliferação de doenças.<sup>1;</sup> <sup>48</sup> A saúde bucal revela a importância da promoção da saúde por meio da reabilitação e da capacitação dos presos quanto aos autocuidados.<sup>43</sup> A “Odontologia Carcerária” é considerada uma área difícil de ser realizada e não são encontrados estudos científicos consistentes sobre as atuais condições de saúde bucal deste segmento no Brasil.<sup>25; 38</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2007, a demanda por serviços odontológicos prisionais tem aumentado em vários países, provavelmente decorrente do aumento deste seguimento populacional em todo o mundo.<sup>4;</sup> <sup>48</sup> A importância da saúde bucal é destacada na promoção dos autocuidados, estimulando a educação desta população, e no diagnóstico precoce de doenças sistêmicas com manifestações bucais. Isso demonstra o grande valor da atuação interdisciplinar da equipe de saúde no sistema penal.<sup>9; 10</sup>

A saúde bucal revela a importância da promoção da saúde por meio da reabilitação oral e da capacitação dos reeducandos quanto aos autocuidados.<sup>43</sup> A “Odontologia Carcerária” tem sido interesse de estudos científicos em muitos países. O Quadro 1 resume dados de pesquisas que exploraram a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade em todo o mundo.

| Quadro 1 - Uma breve tabela resumida de estudos que exploraram a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade. |      |                |     |                 |                          |                                |                |        |                  |       |       |       |       |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------|-----|-----------------|--------------------------|--------------------------------|----------------|--------|------------------|-------|-------|-------|-------|------|
| Autor                                                                                                           | Ano  | País           | N   | Idade (em anos) | CPOD                     | CPITN                          |                | TRAUMA | LESÕES EM MUCOSA |       |       |       |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     |                 |                          | Com sangramento                | Com bolsa >4mm |        |                  |       |       |       |       |      |
| Hurlen et al. <sup>26</sup>                                                                                     | 1984 | Noruega        | 138 | Até 30          | 18,8                     | 38,2%                          | 7,0%           | -      | 16,8%            |       |       |       |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     | Mais de 30      | 21,7                     | 38,5%                          | 15,2%          |        |                  |       |       |       |       |      |
| Mlxson et al. <sup>27</sup>                                                                                     | 1990 | Estados Unidos | 191 | 20 a 34         | 12,9                     | -                              |                | -      | -                |       |       |       |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     | 35 a 44         | 16,4                     |                                |                |        |                  |       |       |       |       |      |
| Osborn et al. <sup>28</sup>                                                                                     | 2003 | Austrália      | 334 | Mais de 45      | 22,1                     |                                |                | -      | -                |       |       |       |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     | Até 25          | 13                       | 1,8                            |                |        |                  |       |       |       |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     | 25 a 40         | 17,6                     | 2,3                            |                |        |                  |       |       |       |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     | Mais de 40      | 25,4                     | 2,7                            |                |        |                  |       |       |       |       |      |
| Nobile et al. <sup>30</sup>                                                                                     | 2007 | Itália         | 544 | Menos de 25     | 5,7                      | Escore                         |                |        |                  | -     | -     |       |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     |                 |                          | 0                              | 1              | 2      | 3                |       |       | 4     |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     |                 |                          | 14,3%                          | 32,1%          | 50%    | 3,6%             |       |       | 0,0%  |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     |                 |                          | 25 a 34                        | 8,1            | 16,8%  | 35,6%            |       |       | 38,9% | 7,8%  | 1,1% |
|                                                                                                                 |      |                |     |                 |                          | 35 a 44                        | 10             | 7,2%   | 39,2%            |       |       | 33,7% | 15,1% | 4,8% |
| Heidari et al. <sup>20</sup>                                                                                    | 2008 | Inglaterra     | 122 | Média de 36,4   | 13,8                     | -                              |                |        |                  | -     | 39,3% |       |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     |                 |                          |                                |                |        |                  |       |       |       |       |      |
| Reddy et al. <sup>37</sup>                                                                                      | 2012 | Índia          | 800 | 18 a 54         | 5,6                      | Escore                         |                |        |                  | -     | 20,5% |       |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     |                 |                          | 2                              |                | 3 ou 4 |                  |       |       |       |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     |                 |                          | 39,3%                          |                | 48,6%  |                  |       |       |       |       |      |
| Akaji <sup>40</sup>                                                                                             | 2014 | Nigéria        | 230 | 15 e 66         | Cariados ou perdidos 67% | Presença de doença periodontal |                |        | 19,3%            | 29,6% |       |       |       |      |
|                                                                                                                 |      |                |     |                 |                          | 90%                            |                |        |                  |       |       |       |       |      |

Para o recluso, a condição de saúde bucal é importante, podendo converter-se num instrumento limitador nas atividades diárias, nomeadamente para a socialização e alimentação.<sup>11</sup> Estudos mostram que boa parte da população carcerária percebe sua condição bucal como deficiente.<sup>11; 20; 21</sup>

Para contribuir com a saúde das pessoas privadas de liberdade, é necessário o conhecimento das principais alterações bucais da população carcerária. Os estudos indicam que a cárie dentária é aproximadamente quatro vezes mais frequente em populações prisionais quando comparada a grupos semelhantes da população. Isto afeta a qualidade de vida desta população, o que dificulta a sua ressocialização.<sup>22; 23; 24; 25</sup>

No Brasil, a superlotação das celas torna o ambiente propício para restrição ou diminuição de cuidados com a higiene.<sup>1; 48</sup> A maioria da população brasileira tem apresentado uma diminuição na necessidade de intervenção odontológica.<sup>49</sup> No entanto, isso não é observado com os indivíduos privados de liberdade.<sup>17</sup> Existe a necessidade de melhorar a saúde bucal desta população, e para que essa atenção seja planejada e prestada, é necessário um levantamento dos principais agravos da saúde bucal. Em contrassenso com esta realidade, são poucos os estudos prévios acerca da saúde bucal dos apenados brasileiros.

Machado, Abreu e Vargas, em 2010, avaliaram 183 adolescentes de três unidades de internação da cidade de Belo Horizonte - MG. Os resultados mostraram que a maioria da amostra estudada não possuíam dentes cariados e doença periodontal, apresentando pouca relação com os dados sócios demográficos.<sup>32</sup> Zuhl e Balejo, em 2011, avaliaram 83 detentos de Aquidauana – MS e observaram que 59,44% dos sextantes examinados se apresentaram hígidos e uma pequena porcentagem de sextantes com presença de sangramento (17,05%) ou cálculo (1,20%).<sup>33</sup> Araújo, em 2013, observou 114 detentos do município de Santa Isabel – PA, 92,9% apresentavam cárie dentária e 27% da população carcerária precisava de algum tipo de prótese dentária.<sup>38</sup> Em 2015, Oliveira *et al.* avaliaram 102 adolescentes infratores da cidade de Piraquara – SP, verificaram que 93% apresentavam cárie dentária, 82,3% doença periodontal e 60,8% problemas com mal oclusão.<sup>25</sup>

Com base no exposto, o objetivo do presente trabalho foi avaliar as condições de saúde bucal das pessoas privadas de liberdade de um Complexo Prisional do Nordeste Brasileiro.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CAAE: 68857417.9.0000.5208) envolvendo as pessoas privadas de liberdade do Complexo Prisional do Curado, localizado no município de Recife, no estado de Pernambuco que abriga indivíduos do sexo masculino. Um cálculo amostral foi realizado, considerando-se um erro de 5%, Intervalo de Confiança de 95% e um Poder do Teste de 80%. Como não havia dados de prevalência das condições de saúde bucal de pessoas com privação de liberdade em estudos prévios para a região nordeste, adotou-se uma prevalência estimada de doenças bucais de 20%. Isso resultou em uma amostra inicial de 599 indivíduos, com o acréscimo de 20% para compensar possíveis perdas totalizou o número de 748 indivíduos.

Uma amostragem por proporcionalidade foi realizada visando incluir as três unidades prisionais (UP) do complexo do Curado. O número de indivíduos da amostra em cada UP foi calculado mantendo a representatividade em relação à população do complexo. Desta forma, foi dividido em 320 para a unidade 1 - Presídio Juiz Luis Antonio Lins de Barros (PJALLB), em 214 para a unidade 2 - Presídio Agente Marcelo Francisco Araújo (PAMFA) e em 214 para a unidade 3 – Presídio Frei Damião de Bozzano (PFDB). Essa divisão é proporcional à população apenada de cada unidade. Ao final da pesquisa, um total de 756 pessoas privadas de liberdade foram examinadas. No PJALLB avaliou-se 324 detentos, o PAMFA e o PFDB contemplaram 216 indivíduos respectivamente.

Os indivíduos da pesquisa foram selecionados através de sorteio das fichas cadastrais de acolhimento, as quais foram preenchidas quando os reeducandos ingressaram na unidade prisional. Foram incluídos pessoas do sexo masculino, com idade entre 18 e 70 anos e excluídos aqueles que possuíam alguma

deficiência física pela dificuldade de higienização bucal e/ou deslocamento para a unidade de saúde prisional.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa teve a duração de 3 meses. Previamente, foram agendados dia e horário para realização dos exames bucais. Os exames foram realizados nos próprios consultórios odontológicos instalados nas dependências das Unidades Prisionais. Para os exames foram utilizados odontoscópio, pinça clínica e sonda periodontal milimetrada da marca Trinity, para melhor visualização das estruturas bucais respeitando os princípios de biossegurança. O processo foi realizado por um único examinador, o pesquisador, previamente calibrada por profissional da área com habilitação para este fim. Os dados foram registrados em fichas odontológicas por um anotador previamente treinado para manter a consistência dos dados.

Para avaliar a experiência de cárie foi utilizado o índice CPO-D.<sup>44</sup> A condição periodontal foi avaliada com a utilização do índice CPITN.<sup>45</sup> Ambos os índices seguiram criteriosamente o recomendado pelo manual do examinador do SB Brasil.<sup>44</sup> Sobre o traumatismo, foi utilizado o índice de Andreasen para a classificação de fraturas dentais.<sup>46</sup> As faixas etárias foram divididas obedecendo uma categorização utilizada no levantamento epidemiológico do SB Brasil, assim como os valores do índice CPOD.

O diagnóstico das lesões em mucosa bucal foi estabelecido pela anamnese e exame físico. Para tanto, foram identificadas as possíveis alterações no padrão de normalidade em localizações anatômicas como a língua, assoalho bucal, gengiva, mucosa jugal, palato duro, palato mole, mucosa interna dos lábios e lábio superior e inferior. Foram observadas alterações de volume, coloração e textura de superfície bem como possíveis sintomas relatados pelos pacientes. Nos casos em que foram identificadas alterações do padrão de normalidade sem diagnóstico clínico conclusivo, e que tenha indicação de avaliação histopatológica, foi realizada a biópsia e exame histopatológico para conclusão deste diagnóstico.

Os dados obtidos nessa pesquisa foram submetidos a teste estatístico específico por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS),

versão 20.0. Foi realizada uma análise para avaliar as características sócio-demográficas e econômicas e a condição de saúde bucal e dos reeducandos. Foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência das variáveis qualitativas. A comparação dos percentuais encontrados nos níveis dos fatores qualitativos foi feita pelo teste Qui-quadrado para comparação de proporção. Todas as conclusões foram tiradas considerando um erro de 5%.

## RESULTADOS

A amostra final foi constituída de 756 indivíduos, com idade entre 18 e 70 anos, do Complexo Prisional do Curado. Houveram 13 perdas em que 2 indivíduos tinham mais de 70 anos e 11 indivíduos possuíam alguma limitação física. Desta população, 82,4% declararam receber até 1 salário mínimo e 62% estão presos há mais de 1 ano. Interrogados sobre a identidade de gênero, 21 dessas pessoas se identificam com o gênero feminino (tabela 1).

Questionados se estavam em tratamento médico, 27,8% responderam que sim e 27,6% declararam estar fazendo uso de algum tipo de medicamento. Com relação ao tabagismo, 42,7% relataram fazer uso contínuo do cigarro (tabela 2).

Questionados sobre o uso de drogas ilícitas, 49,1% relataram fazer uso. Destes indivíduos, o uso da maconha foi a mais frequente com 38,2%, seguido de associações com 9,9% (tabela 1).

**Tabela 1 - Dados socioeconômicos e demográficos das pessoas privadas de liberdade**

| Variável               | N (%)                     |                           |                            |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Identidade de Gênero   | Masculino                 |                           | Feminino                   |
|                        | 735 (97,2%)               |                           | 21 (2,8%)                  |
| Estado Civil           | Solteiro/Viúvo/Divorciado |                           | Casado/Companheiro         |
|                        | 485 (64,2%)               |                           | 271 (35,8%)                |
| Renda Mensal           | Até 1 salário mínimo      | De 2 a 4 salários mínimos | Mais de 5 salários mínimos |
|                        | 623 (82,4%)               | 125 (16,5%)               | 8 (1,1%)                   |
| Tempo de Reclusão      | Até 1 ano                 |                           | Mais de 1 ano              |
|                        | 287 (38%)                 |                           | 469 (62%)                  |
| Doença                 | Sim                       |                           | Não                        |
|                        | 187 (24,7%)               |                           | 569 (75,63%)               |
| Tratamento Médico      | Sim                       |                           | Não                        |
|                        | 210 (27,8%)               |                           | 546 (72,2%)                |
| Uso de Medicamento     | Sim                       |                           | Não                        |
|                        | 209 (27,6%)               |                           | 547 (72,4%)                |
| Uso de Tabaco          | Sim                       |                           | Não                        |
|                        | 323 (42,7%)               |                           | 433 (57,3%)                |
| Uso de Drogas Ilícitas | Sim                       |                           | Não                        |
|                        | 371 (49,1%)               |                           | 385 (50,9%)                |
| Qual droga             | Maconha                   | Crack                     | Cocaína                    |
|                        | 289 (38,2%)               | 7 (0,9%)                  | 1 (0,1%)                   |
|                        |                           |                           | Associações                |
|                        |                           |                           | 75 (9,9%)                  |

Avaliando a saúde bucal, 55,4% apresentaram 4 ou mais dentes cariados e 64,7% até 11 dentes perdidos. O CPOD de 83,6% da amostra foi no valor igual ou maior que 4. A amostra apresentou um índice CPOD médio de 9,98. Em relação ao índice CPITN 50% dos reeducandos apresentaram escore 2, demonstrando a presença do cálculo dentário. A necessidade de tratamento periodontal que engloba raspagem radicular e orientação de higiene bucal foi verificada em 50% da amostra (tabela 2)

Um contingente de 10,8% apresentou trauma dentário, e dos pacientes que possuem essa condição, mais da metade relataram que o trauma ocorreu durante o período do cárcere. Acerca das lesões em mucosa, 8,9% apresentaram algum tipo de agravo, entre elas a herpes labial simples (7,4%), candidíase (10,4%) e úlceras traumáticas (25,3%) (tabela 3). Todas elas diagnosticadas através do

exame clínico. Foram realizadas 4 biópsias incisoriais cujos resultados foram 2 casos de acantose e 2 casos de hiperplasia fibrosa inflamatória.

**Tabela 2 - Condição Bucal das pessoas privadas de liberdade**

| Variável                | N (%)                         |                 |                           |                       |                                 |           |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------|
| Cariados                | Nenhum dente cariado          |                 | Até 3 dentes cariados     |                       | 4 ou mais dentes cariados       |           |
|                         | 101 (13,4%)                   |                 | 236 (31,2%)               |                       | 419 (55,4%)                     |           |
| Perdidos                | Nenhum dente perdido          |                 | Até 11 dentes perdidos    |                       | Mais de 12 dentes perdidos      |           |
|                         | 207 (27,4%)                   |                 | 489 (64,7%)               |                       | 60 (7,9%)                       |           |
| Obturados               | Nenhuma restauração           |                 | Até 3 dentes restaurados  |                       | 4 ou mais dentes restaurados    |           |
|                         | 428 (56,6%)                   |                 | 226 (29,9%)               |                       | 102 (13,5%)                     |           |
| CPOD                    | Igual a 0                     |                 | Até 3                     |                       | 4 ou mais                       |           |
|                         | 28 (3,7%)                     |                 | 96 (12,7)                 |                       | 632 (83,6%)                     |           |
| CPITN                   | Hígido                        | Com sangramento | Com cálculo               | Bolsa entre 3mm e 6mm | Bolsa maior que 6mm             | Eliminado |
|                         | 262 (34,7%)                   | 95 (12,6%)      | 378 (50%)                 | 13 (1,7%)             | 4 (0,5%)                        | 4 (0,5%)  |
| NTP                     | Sem necessidade de tratamento |                 | Instrução de higiene oral |                       | Raspagem e instrução de higiene |           |
|                         | 266 (35,2%)                   |                 | 94 (12,4%)                |                       | 392 (51,9%)                     |           |
| Trauma                  | Sim                           |                 |                           |                       | Não                             |           |
|                         | 82 (10,8%)                    |                 |                           |                       | 674 (89,2%)                     |           |
| Quando ocorreu o trauma | Antes da prisão               |                 |                           |                       | Durante a prisão                |           |
|                         | 30 (4%)                       |                 |                           |                       | 52 (6,9%)                       |           |
| Lesões em mucosa        | Sim                           |                 |                           |                       | Não                             |           |
|                         | 67 (8,9%)                     |                 |                           |                       | 689 (91,1%)                     |           |

As faixas etárias foram divididas obedecendo uma categorização utilizada no levantamento epidemiológico do SB Brasil, assim como os valores do índice CPOD. <sup>(21)</sup> Sobre a avaliação do índice CPOD, o teste de comparação de proporção foi significativo ( $p\text{-valor} < 0,05$ ) quando relacionado à idade, indicando que a faixa etária de 26 a 59 anos possui maior índice CPOD. Quando avaliado cada componente do índice em separado, observou-se valor significativo também para a mesma faixa etária (Tabela 3).

**Tabela 3 – CPOD relacionado à idade das pessoas privadas de liberdade**

| Variáveis            |                                    | Idade (em anos) |             |            | P-valor |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|-------------|------------|---------|
|                      |                                    | 18 a 25         | 26 a 59     | 60 ou mais |         |
| Cárie<br>(N / %)     | Nenhum dente<br>cariado            | 24 (23,8%)      | 72 (71,3%)  | 5 (5,0%)   | <0,001  |
|                      | Até 3 dentes<br>cariados           | 91 (38,6%)      | 143 (60,6%) | 2 (0,8%)   |         |
|                      | 4 ou mais<br>dentes<br>cariados    | 179 (42,7%)     | 240 (57,3%) | 0 (0,0%)   |         |
| Perdidos<br>(N / %)  | Nenhum dente<br>perdido            | 126 (60,9%)     | 81 (39,1%)  | 0 (0,0%)   | <0,001  |
|                      | Até 11 dentes<br>perdidos          | 165 (33,7%)     | 324 (66,3%) | 0 (0,0%)   |         |
|                      | 12 ou mais<br>dentes<br>perdidos   | 3 (5,0%)        | 50 (83,3%)  | 7 (11,7%)  |         |
| Obturados<br>(N / %) | Nenhuma<br>restauração             | 197 (46%)       | 226 (52,8%) | 5 (1,2%)   | <0,001  |
|                      | Até 3 dentes<br>restaurados        | 73 (32,3%)      | 151 (66,8%) | 2 (0,9%)   |         |
|                      | 4 ou mais<br>dentes<br>restaurados | 24 (23,5%)      | 78 (76,5%)  | 0 (0,0%)   |         |
| CPOD<br>(N / %)      | Igual a 0                          | 15 (53,6%)      | 13 (46,4%)  | 0 (0,0%)   | 0,001   |
|                      | Até 3                              | 52 (54,2%)      | 44 (45,8%)  | 0 (0,0%)   |         |
|                      | 4 ou mais                          | 227 (35,9%)     | 398 (63%)   | 7 (1,1%)   |         |

p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 os percentuais dos níveis do fator avaliado diferem significativamente).

O teste de comparação de proporção apresentou resultados significativos (p-valor<0,05) quando comparado o índice CPITN com a idade, indicando uma relação da faixa etária de 26 a 59 anos com a presença de cálculo dentário. Houve também um valor significativo relacionando esse índice ao uso de tabaco, indicando maior sangramento nos indivíduos não fumantes. Ao se relacionar o índice CPITN com a presença de diabetes, foi encontrado um resultado significativo (tabela 4).

Tabela 4 – Índice CPITN

| Variáveis              |                    | Índice CPITN |                 |             |                           |                         |           | P-valor |
|------------------------|--------------------|--------------|-----------------|-------------|---------------------------|-------------------------|-----------|---------|
|                        |                    | Hígido       | Com sangramento | Com cálculo | Com bolsa entre 3mm e 6mm | Com bolsa maior que 6mm | Eliminado |         |
| Idade (em anos)        | 18 a 25 (N / %)    | 113 (38,4%)  | 42 (14,3%)      | 136 (43,6%) | 1 (0,3%)                  | 1 (0,3%)                | 1 (0,3%)  | 0,029   |
|                        | 26 a 59 (N / %)    | 146 (32,1%)  | 53 (11,6%)      | 240 (52,7%) | 11 (2,4%)                 | 3 (0,7%)                | 2 (0,4%)  |         |
|                        | 60 ou mais (N / %) | 3 (42,9%)    | 0 (0,0%)        | 2 (28,6%)   | 1 (14,3%)                 | 0 (0,0%)                | 1 (14,3%) |         |
| Uso de tabaco          | Sim (N / %)        | 95 (36,3%)   | 36 (37,9%)      | 185 (48,9%) | 4 (30,8%)                 | 2 (50%)                 | 1 (25%)   | 0,026   |
|                        | Não (N / %)        | 167 (63,7%)  | 59 (62,1%)      | 193 (51,1%) | 9 (69,2%)                 | 2 (50%)                 | 3 (75%)   |         |
| Bebida alcoólica       | Sim (N / %)        | 77 (29,4%)   | 35 (36,8%)      | 118 (31,2%) | 3 (23,1%)                 | 1 (25%)                 | 0 (0,0%)  | 0,537   |
|                        | Não (N / %)        | 185 (70,6%)  | 60 (63,2%)      | 260 (68,8%) | 10 (76,9%)                | 3 (75%)                 | 4 (100%)  |         |
| Uso de drogas ilícitas | Sim (N / %)        | 117 (44,7%)  | 45 (47,4%)      | 203 (53,7%) | 3 (23,1%)                 | 2 (50%)                 | 1 (25%)   | 0,080   |
|                        | Não (N / %)        | 145 (55,3%)  | 50 (52,6%)      | 175 (46,3%) | 10 (76,9%)                | 2 (50%)                 | 3 (75%)   |         |
| Tratamento médico      | Sim (N / %)        | 76 (29%)     | 22 (23,2%)      | 108 (28,6%) | 2 (15,4%)                 | 1 (25%)                 | 1 (25%)   | 0,799   |
|                        | Não (N / %)        | 186 (71%)    | 73 (76,8%)      | 270 (71,4%) | 11 (84,6%)                | 3 (75%)                 | 3 (75%)   |         |
| Uso de medicação       | Sim (N / %)        | 77 (29,4%)   | 22 (23,2%)      | 106 (28%)   | 2 (15,4%)                 | 1 (25%)                 | 1 (25%)   | 0,794   |
|                        | Não (N / %)        | 185 (70,6%)  | 73 (76,8%)      | 272 (72%)   | 11 (84,6%)                | 3 (75%)                 | 3 (75%)   |         |
| Diabetes               | Sim (N / %)        | 3 (1,1%)     | 2 (2,1%)        | 3 (0,8%)    | 0 (0,0%)                  | 0 (0,0%)                | 1 (25%)   | 0,001   |
|                        | Não (N / %)        | 259 (98,9%)  | 93 (97,9%)      | 374 (99,2%) | 13 (100%)                 | 4 (100%)                | 3 (75%)   |         |

p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 os percentuais dos níveis do fator avaliado diferem significativamente).

O trauma dentário não apresentou valor significativo no teste de comparação de proporção para as variáveis citadas na tabela 5.

**Tabela 5 – Trauma Dentário das pessoas privadas de liberdade**

| Variáveis              |                           | Trauma      |             | P-valor |
|------------------------|---------------------------|-------------|-------------|---------|
|                        |                           | Sim (N / %) | Não (N / %) |         |
| Tempo de reclusão      | Até 1 ano                 | 32 (11,1%)  | 255 (88,9%) | 0,834   |
|                        | Mais de 1 ano             | 50 (10,7%)  | 419 (89,3%) |         |
|                        | 18 a 25                   | 31 (10,5%)  | 263 (89,5%) |         |
| Idade (em anos)        | 26 a 59                   | 51 (11,2%)  | 404 (88,8%) | 0,921   |
|                        | 60 ou mais                | 0 (0,0%)    | 7 (100%)    |         |
|                        |                           |             |             |         |
| Estado civil           | Solteiro/viúvo/divorciado | 56 (11,5%)  | 429 (88,5%) | 0,408   |
|                        | Casado/companheira        | 26 (9,6%)   | 245 (90,4%) |         |
| Sofre de alguma doença | Sim                       | 20 (10,7%)  | 167 (89,3%) | 0,939   |
|                        | Não                       | 62 (10,9%)  | 507 (89,1%) |         |
| Uso de medicação       | Sim                       | 24 (11,5%)  | 185 (88,5%) | 0,728   |
|                        | Não                       | 58 (10,6%)  | 489 (89,4%) |         |
| Bebida alcoólica       | Sim                       | 26 (11,1%)  | 208 (88,9%) | 0,876   |
|                        | Não                       | 56 (10,7%)  | 466 (89,3%) |         |
| Uso de drogas ilícitas | Sim                       | 39 (10,5%)  | 332 (89,5%) | 0,772   |
|                        | Não                       | 43 (11,2%)  | 342 (88,8%) |         |
| CPOD                   | Igual a 0                 | 1 (3,6%)    | 27 (96,4%)  | 0,323   |
|                        | Até 3                     | 13 (13,5%)  | 83 (86,5%)  |         |
|                        | 4 ou mais                 | 68 (10,8%)  | 564 (89,2%) |         |

p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 os percentuais dos níveis do fator avaliado diferem significativamente).

## DISCUSSÃO

O Complexo Prisional do Curado abriga cerca de 10% das pessoas privadas de liberdade do 3º país no ranking mundial em população carcerária, o que o torna o maior Complexo Prisional em população do Brasil. Ao estudar a condição bucal dos indivíduos que abrigam este Complexo Prisional, os resultados desta pesquisa mostraram uma situação desfavorável. Mais de 80% da amostra estudada apresentaram alto índice para experiência de cárie assim como foi verificado que 50% destes indivíduos necessitavam de tratamento periodontal. Além de ser identificado que cerca de 10% dessas pessoas possuíam algum trauma dentário e lesão em mucosa.

Qualquer estudo que trate do sistema carcerário tem como foco central a proposta de ressocialização, inclusive nos aspectos relacionados à saúde. Como sugere o Guia Saúde das Prisões,<sup>22</sup> os detentos não devem sair do cárcere em piores condições quando comparados ao seu ingresso no sistema. No Brasil, a questão da saúde carcerária é tratada por vários documentos setoriais como o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003, e a Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014. A Lei de Execução Penal (nº 7.210/1984) também trata da situação de saúde dos presos quando diz que a atenção a eles deve ser de caráter preventivo e curativo e compreender atendimento médico, farmacêutico e odontológico.<sup>1</sup> A política da PNAISP de 2014 representa um expressivo avanço na atenção à saúde da população prisional, bem como amplia a noção de garantia de direitos sociais.<sup>7</sup> No entanto, a realidade de quem habita as unidades prisionais do Brasil é bem diferente. Constantemente, denúncias de violação dos direitos humanos são noticiadas em relatórios que avaliam a condição de vida dessas pessoas. Apesar das políticas públicas enfatizarem que o detento estar privado da liberdade mas não do direito de gozar da saúde, existe uma grande dificuldade de colocar em prática dentro do cárcere o princípio da universalidade que rege a lei 8.080. <sup>(11)</sup>

Um tema que tem sido alvo de algumas discussões é o que envolve a identidade de gênero. Foi observado neste estudo que, apesar da forte discriminação em especial dentro de um presídio, 21 pessoas se identificaram com o gênero feminino. Este número coloca em pauta uma resolução elaborada em 2014 pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação que estabelece os parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil. <sup>(30)</sup>

Com o objetivo de avaliar as condições de saúde bucal desta população, o presente estudo identificou que o CPOD com valor maior que 4 esteve presente em 83,6% da amostra, apresentando um índice CPOD médio de 9,98. Este dado confirma os divulgados no SB Brasil 2010, os quais apresentam para esta faixa etária da população brasileira um CPOD médio de 16,3. <sup>49</sup> Também corrobora com pesquisas realizadas em outros países, onde o índice CPOD médio apresentou-se maior que 4. <sup>20; 26; 27; 28; 29; 30; 37; 40</sup>

Separando cada componente do CPOD, observou-se que o componente perdido apresentou maior frequência, seguido do componente cariado. Isto confirma estudos previamente realizados em populações carcerárias no Brasil e em outros países, revelando a vulnerabilidade dessa população em relação às condições de

saúde bucal e à integridade física e a necessidade de reabilitação protética. <sup>24; 25; 26; 34; 38; 40</sup>

O resultado para trauma dental encontrado nesta população foi de 10,8%. Esse dado contraria os poucos estudos acerca do tema que encontraram valores maiores para tal condição. <sup>26; 29; 40</sup> Acredita-se que os dentes que sofreram trauma dentário tenham sido extraídos devido à impossibilidade de realizar tratamento endodôntico e reabilitação bucal nesses ambientes. Isso poderia justificar um maior número de dentes perdidos comparado ao número de dentes obturados e cariados. Existe também o agravante do alto índice de violência no ambiente prisional. Com a grande frequência de agressões físicas existe a possibilidade de alguns indivíduos perderem dentes por violência sofrida.

Ao investigar a presença de lesões em mucosa nos apenados estudados, os resultados do presente estudo indicaram uma baixa prevalência na amostra (menos de 10%). Este dado corrobora com alguns trabalhos que apresentaram valores próximos. <sup>20; 26; 37; 40; 50</sup> As úlceras traumáticas foram as lesões mais prevalentes as quais podem estar relacionadas às frequentes situações de violência física anteriormente comentadas. Seguidos da herpes simples e candidíase cujas lesões podem estar relacionadas à condição de baixa imunidade e estresse devido ao ambiente em que vivem.

Em relação à condição periodontal, metade da amostra apresentou escore 2 para o índice CPITN. Este dado corrobora com poucos estudos encontrados sobre o assunto, os quais afirmaram a presença do cálculo dentário como principal característica de condição periodontal na população prisional. <sup>26; 28; 29; 30; 37; 40</sup>

Verificou-se nessa pesquisa que 49,1% dos examinados relataram fazer uso de drogas ilícitas. A maioria desses usuários utilizam a maconha como principal substância ilícita (38,2% da população usuária de drogas). Esse dado alarmante se assemelha ao verificado por outros estudos, onde foram observados números expressivos de usuários de drogas ilícitas dentro do sistema carcerário. <sup>20; 31; 50</sup> Este resultado mostra a vulnerabilidade desta população às consequências do uso de

substâncias ilícitas, em especial ao aumento da violência. E também observa-se a ineficiência no controle do acesso dessas drogas aos indivíduos reclusos.

No presente trabalho, 42,7% da amostra afirmou ser fumante, havendo concordância com vários estudos previamente realizados.<sup>13; 20; 31; 32; 37</sup> Relacionando-se o uso do tabaco com o índice CPITN, observou-se que a presença de cálculo dentário foi maior em indivíduos não fumantes. Este achado está de acordo com o estudo de Wickholm *et al.*, em 2004, que informaram que apesar do tabagismo estar relacionado à doença periodontal, a quantidade de placa bacteriana não apresentou associação ao uso de tabaco.<sup>51</sup>

Alguns estudos encontraram valores significativos para o índice CPITN em fumantes.<sup>52; 53; 54</sup> No entanto, uma pesquisa realizada em detentos por Akaji e Folaranmi, em 2013, percebeu que não houve diferença significativa quando comparado o grupo de fumantes e não fumantes em relação ao índice periodontal comunitário.<sup>55</sup> Existe a suposição do presente estudo de que a quantidade de cigarros fumados por dia e a duração do hábito contribuam com a diferença dos resultados apresentados. Além disso não houve avaliação do tipo de dieta oferecida aos carcerários deste estudo, pois a dieta poderia influenciar o resultado periodontal encontrado.

Resultados significativos foram encontrados ao se relacionar o índice CPITN à pessoas portadoras de diabetes. Neste estudo verificou-se que os indivíduos diabéticos apresentaram melhor situação periodontal quando comparados aos que não possuem tal condição sistêmica. Este resultado contradiz estudos previamente realizados que observaram uma associação significativa entre a condição periodontal e diabéticos.<sup>56; 57; 58</sup> Talvez devido ao baixo número de reeducandos que declararam ser portador de tal condição sistêmica (N=9), não foram encontrados valores expressivos no que concerne à condição periodontal em pessoas privadas de liberdade diabéticas. Acredita-se ainda, que a ausência de exames que diagnostiquem a presença do diabetes nesta população no momento de ingresso na unidade prisional, seja um fator limitante para que muitos casos não sejam notificados.

Apesar das limitações de um estudo transversal na impossibilidade de estabelecer relações causais entre o cárcere e doenças bucais, este trabalho é pioneiro na detecção das principais condições de saúde bucal utilizando uma amostra significativa e representativa da população carcerária em Recife. Devido à escassez de trabalhos publicados no Brasil, existe uma dificuldade de propor ações as quais contribuam para a mudança da realidade precária de saúde no Sistema Penal.

Diante dos resultados apresentados foi verificado um diagnóstico real acerca das condições bucais de pessoas privadas de liberdade do maior complexo prisional em população do Brasil e um dos maiores da América Latina. Essas descobertas servem como dados para futuras pesquisas na área e espera-se que sejam elaboradas políticas públicas de saúde bucal para pessoas em privação de liberdade com a finalidade de melhoria e diminuição dos agravos encontrados. A evolução da saúde desses indivíduos contribui com o principal objetivo de um sistema penitenciário: a ressocialização.

## CONCLUSÕES

Com base nos resultados e comparações mostrados neste estudo, as pessoas privadas de liberdade do maior Complexo Prisional do Brasil em população e um dos maiores da América Latina população carcerária do Brasil possui condições bucais precárias, com altos índices de experiência de cárie e doença periodontal. O índice CPOD é considerado alto com uma grande prevalência de dentes cariados e perdidos, assim como a condição periodontal é deficiente. Foi observado a presença de trauma dentário e lesões em mucosa nos indivíduos examinados. Valores significativos foram encontrados ao se associar condições sistêmicas ao índice CPITN. A partir dos dados relatados, políticas públicas de saúde bucal para este segmento populacional podem ser elaboradas com a finalidade de melhoria e diminuição dos agravos encontrados.

## REFERÊNCIAS (Artigo Científico)

1. Infopen I. Ministério da Justiça. Execução Penal Sistema Prisional, InfoPen–Estatística,(06/2014) Disponível em:< [www.portal.mj.gov.br](http://www.portal.mj.gov.br)> Acessado em. 2008;25.
2. de Sousa MdCP, de Alencar Neto FJ, de Sousa PCC, da Costa Silva CL. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar*. 2013;6(2):144-51.
3. de Souza Minayo MC, Peixoto Ribeiro A. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(7).
4. Silva RSdC. Necessidade de tratamento odontológico em apenadas e sua relação com doenças sistêmicas na penitenciária estadual feminina-PENFEM Porto Velho-RO. 2016.
5. de Araújo RJG. Análise de cárie e edentulismo da população carcerária do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do estado do Pará. *EXPEDIENTE EDITORIAL*. 2013;66035:29.
6. Oliveira DC, Ferreira FM, de Almeida Castro Morosini I, Torres-Pereira CC, Paiva SM, Fraiz FC. Impact of Oral Health Status on the Oral Health-Related Quality of Life of Brazilian Male Incarcerated Adolescents. *Oral health & preventive dentistry*. 2015;13(5).
7. Walmsley R. World prison population list: Home Office London; 2003.
8. Tetzner E, Nascimento S, Carvalho R, Tonini K. Odontologia no sistema penal. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*. 2013;17(3).
9. George B, John J, Saravanan S, Arumugham IM, Johny MK. Dental caries status of inmates in central prison, Chennai, Tamil Nadu, India. *Journal of natural science, biology, and medicine*. 2015;6(Suppl 1):S110.
10. Hurlen B, Jacobsen N, Hurlen P. Hepatitis B serum markers and oral health in a group of Norwegian male prisoners. *Acta Odontologica Scandinavica*. 1984;42(1):53-8.
11. Mixson JM, Eplee HC, Fell PH, Jones JJ, Rico M. Oral health status of a federal prison population. *Journal of public health dentistry*. 1990;50(4):257-61.
12. Osborn M, Butler T, Barnard PD. Oral health status of prison inmates–New South Wales, Australia. *Australian Dental Journal*. 2003;48(1):34-8.
13. Nobile CGA, Fortunato L, Pavia M, Angelillo IF. Oral health status of male prisoners in Italy. *International dental journal*. 2007;57(1):27-35.
14. Heidari E, Dickinson C, Fiske J. An investigation into the oral health status of male prisoners in the UK. *Journal of Disability and Oral Health*. 2008;9(1):3.
15. 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. *International dental journal*. 2012;62(1):27-32.
16. Akaji EA, Ashiwaju MO. Oral health status of a sample of prisoners in Enugu: A disadvantaged population. *Annals of medical and health sciences research*. 2014;4(4):650-3.
17. Reis A, Machado V, Pires P, Penaforte H. O significado da saúde oral para a população reclusa. *Saúde: do Desafio ao Compromisso*. 2015:122.
18. Salive ME, Carolla JM, Brewer TF. Dental health of male inmates in a state prison system. *Journal of public health dentistry*. 1989;49(2):83-6.
19. Moeller L, Stöver H, Jürgens R, Gatherer A, Nikogosian H, World Health O. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. 2007.

20. Edwards R. Dentistry in prisons-a guide to working within the prison environment. *British Dental Journal*. 2010;208(9):433-4.
21. Marshman Z, Baker SR, Robinson PG. Does dental indifference influence the oral health-related quality of life of prisoners? *Community dentistry and oral epidemiology*. 2014;42(5):470-80.
22. Saúde. BMdSSdAàSSdVe. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.: Editora MS; 2012.
23. Harvey S, Anderson B, Cantore S, King E, Malik F, Bedi R. Reforming prison dental services in England—a guide to good practice. *Health Educ J*. 2005;4:1-39.
24. Machado DB, Abreu MHNGd, Vargas AMD. Situação de saúde bucal de adolescentes internados em unidades socioeducativas de Belo Horizonte. *Arquivos em Odontologia*. 2010;46(3):160-7.
25. Zuhl CM, Balejo RDP. Perfil de necessidade de tratamento periodontal em carcerários e sua relação com doenças sistêmicas. *Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente*. 2011;14(30):127-35.
26. Bucal BMdSSdPdSDdABÁTdS. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador / Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 2001.
27. Ainamo J, Barmes D, Beagrie G, Cutress T, Martin J, Sardo-Infirri J. Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *Int Dent J*. 1982;32(3):281-91.
28. Andreasen JO, Bakland LK, Flores MT, Andreasen FM, Andersson L. Traumatic dental injuries: a manual: John Wiley & Sons; 2011.
29. Lermen HS, Universidade do Estado do Rio de Janeiro RdJ, Brazil, Universidade do Estado do Rio de Janeiro RdJ, Brazil, Gil BL, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul PA, Brazil, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul PA, Brazil, et al. Health in prison: analysis of health social policies targeting the Brazilian prison population. *Physis*. 2015;25(3):905-24.
30. Brasil. Resolução Conjunta nº1 de 15 de abril de 2014. Estabelece o padrão de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil. *Diário Oficial da União* nº74, Seção 1, do dia 17 de abril de 2014. p. 1.
31. Naidoo S, Yengopal V, Cohen B. A baseline survey: oral health status of prisoners--Western Cape. *SADJ: journal of the South African Dental Association= tydskrif van die Suid-Afrikaanse Tandheelkundige Vereniging*. 2005;60(1):24.
32. Bansal V, Sogi GM, Veerasha KL, Kumar A, Bansal S. Dentition status and treatment needs of prisoners of Haryana state, India. *International journal of prisoner health*. 2012;8(1):27-34.
33. Singh SK, Singh P, Reddy VK, Saha S, Jagannath GV. Adverse Habits and Oral Mucosal Lesions in Prisoners of Lucknow. *J Cancer Prev Curr Res*. 2016;6(2):00197.
34. Heidari E, Dickinson C, Wilson R, Fiske J. Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *British Dental Journal*. 2007;202(2):E5-E.
35. Heidari E, Dickinson C, Newton T. Oral health of adult prisoners and factors that impact on oral health. *British dental journal*. 2014;217(2):69-71.

36. Wickholm S, Söder PÖ, Galanti MR, Söder B, Klinge B. Periodontal disease in a group of Swedish adult snuff and cigarette users. *Acta odontologica Scandinavica*. 2004;62(6):333-8.
37. Feldman RS, Bravacos JS, Rose CL. Association between smoking different tobacco products and periodontal disease indexes. *Journal of Periodontology*. 1983;54(8):481-7.
38. Calsina G, Ramón JM, Echeverría JJ. Effects of smoking on periodontal tissues. *Journal of clinical periodontology*. 2002;29(8):771-6.
39. Sumanth S, Bhat KM, Bhat GS. Periodontal health status in pan chewers with or without the use of tobacco. *Oral health & preventive dentistry*. 2008;6(3).
40. Akaji EA, Folaranmi N. Tobacco use and oral health of inmates in a Nigerian prison. *Nigerian journal of clinical practice*. 2013;16(4).
41. Awartani FA. Evaluation of the relationship between type 2 diabetes and periodontal disease. *Saudi medical journal*. 2009;30(7):902-6.
42. Khader YS, Dauod AS, El-Qaderi SS, Alkafajei A, Batayha WQ. Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. *Journal of diabetes and its complications*. 2006;20(1):59-68.
43. Morita I, Inagaki K, Nakamura F, Noguchi T, Matsubara T, Yoshii S, et al. relationship between Periodontal status and Levels of Glycated Hemoglobin. *J Dent Res*. 2012;91(2):161-6.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados e comparações neste estudo, é possível afirmar que a condição de saúde bucal das pessoas privadas de liberdade do maior Complexo Prisional em população do Brasil é deficiente. Acredita-se que este trabalho contribuiu com a literatura científico-odontológica, traçando um perfil epidemiológico da população carcerária do sexo masculino da cidade de Recife - PE. Os dados apresentados podem colaborar com a construção de políticas públicas de saúde bucal deste segmento populacional com a finalidade de melhoria e diminuição dos agravos encontrados.

## REFERÊNCIAS

- 1 DE SOUZA MINAYO, M. C.; PEIXOTO RIBEIRO, A. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, 2016. ISSN 1413-8123.
- 2 BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília - DF.: 18055 p. 1990.
- 3 CAIXETA, M. C. Plano nacional de saúde no sistema penitenciário: análise do processo da sua implementação no Distrito Federal. 2009.
- 4 WALMSLEY, R. **World prison population list.** Home Office London, 2003.
- 5 KOLLING, G. J.; BATISTA, M. B.; DELDUQUE, M. C. O Direito à Saúde no Sistema Prisional. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 282-197, 2013. ISSN 1982-8829.
- 6 JUSTIÇA., B. M. D. S. E. M. D. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União nº 23, Seção 1, do dia 1º de fevereiro de 2007: 65 p. 2014.
- 7 LERMEN, H. S. et al. Health in prison: analysis of health social policies targeting the Brazilian prison population. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 905-924, 09/2015 2015. ISSN 0103-7331. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-73312015000300905&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312015000300905&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) >.Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000300905&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300905&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) >.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00905.pdf> >.
- 8 ROCHA, Á.; PATIÑO, A. A. Salud bucal de las personas privadas de la libertad: Un planteamiento justo. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 28, n. 3, 2010. ISSN 0120-386X.
- 9 TETZNER, E. et al. Odontologia no sistema penal. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 17, n. 3, 2013. ISSN 2318-843X.
- 10 GEORGE, B. et al. Dental caries status of inmates in central prison, Chennai, Tamil Nadu, India. **Journal of natural science, biology, and medicine**, v. 6, n. Suppl 1, p. S110, 2015.
- 11 REIS, A. et al. O significado da saúde oral para a população reclusa. **Saúde: do Desafio ao Compromisso**, p. 122, 2015.
- 12 GLASSMAN, P.; SUBAR, P. Creating and maintaining oral health for dependent people in institutional settings. **Journal of public health dentistry**, v. 70, n. s1, p. S40-S48, 2010. ISSN 1752-7325.

- 13 HEIDARI, E.; DICKINSON, C.; NEWTON, T. Oral health of adult prisoners and factors that impact on oral health. **British dental journal**, v. 217, n. 2, p. 69-71, 2014. ISSN 0007-0610.
- 14 NEVILLE, P. Oral health among UK prisoners. **Perspectives in public health**, v. 135, n. 4, p. 176-177, 2015. ISSN 1757-9139.
- 15 TREADWELL, H. M.; FORMICOLA, A. J. **Improving the oral health of prisoners to improve overall health and well-being**: American Public Health Association 2005.
- 16 WALSH, T. et al. An investigation of the nature of research into dental health in prisons: a systematic review. **British dental journal**, v. 204, n. 12, p. 683-689, 2008. ISSN 0007-0610.
- 17 HARVEY, S. et al. Reforming prison dental services in England—a guide to good practice. **Health Educ J**, v. 4, p. 1-39, 2005.
- 18 LONDON, D. O. H. **Strategy for Modernising Dental Services for Prisoners in England** 2003
- 19 MANCHESTER2006., D. T. U. O. **Evaluation for the Impact of the National Strategy for Improving Prison Dental Services in England**. Prison Health Research Network School of Dentistry The University of Manchester 2006.
- 20 HEIDARI, E.; DICKINSON, C.; FISKE, J. An investigation into the oral health status of male prisoners in the UK. **Journal of Disability and Oral Health**, v. 9, n. 1, p. 3, 2008. ISSN 1470-8558.
- 21 SALIVE, M. E.; CAROLLA, J. M.; BREWER, T. F. Dental health of male inmates in a state prison system. **Journal of public health dentistry**, v. 49, n. 2, p. 83-86, 1989. ISSN 1752-7325.
- 22 MOELLER, L. et al. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. 2007.
- 23 EDWARDS, R. Dentistry in prisons-a guide to working within the prison environment. **British Dental Journal**, v. 208, n. 9, p. 433-434, 2010. ISSN 0007-0610.
- 24 MARSHMAN, Z.; BAKER, S. R.; ROBINSON, P. G. Does dental indifference influence the oral health-related quality of life of prisoners? **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 42, n. 5, p. 470-480, 2014. ISSN 1600-0528.
- 25 OLIVEIRA, D. C. et al. Impact of Oral Health Status on the Oral Health-Related Quality of Life of Brazilian Male Incarcerated Adolescents. **Oral health & preventive dentistry**, v. 13, n. 5, 2015. ISSN 1602-1622.
- 26 HURLEN, B.; JACOBSEN, N.; HURLEN, P. Hepatitis B serum markers and oral health in a group of Norwegian male prisoners. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 42, n. 1, p. 53-58, 1984. ISSN 0001-6357.
- 27 MLXSON, J. M. et al. Oral health status of a federal prison population. **Journal of public health dentistry**, v. 50, n. 4, p. 257-261, 1990. ISSN 1752-7325.

- 28 OSBORN, M.; BUTLER, T.; BARNARD, P. D. Oral health status of prison inmates--New South Wales, Australia. **Australian Dental Journal**, v. 48, n. 1, p. 34-38, 2003.
- 29 NAIDOO, S.; YENGOPAL, V.; COHEN, B. A baseline survey: oral health status of prisoners--Western Cape. **SADJ: journal of the South African Dental Association= tydskrif van die Suid-Afrikaanse Tandheelkundige Vereniging**, v. 60, n. 1, p. 24, 2005. ISSN 1029-4864.
- 30 NOBILE, C. G. A. et al. Oral health status of male prisoners in Italy. **International dental journal**, v. 57, n. 1, p. 27-35, 2007. ISSN 1875-595X.
- 31 HEIDARI, E. et al. Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. **British Dental Journal**, v. 202, n. 2, p. E5-E5, 2007. ISSN 0007-0610.
- 32 MACHADO, D. B.; ABREU, M. H. N. G. D.; VARGAS, A. M. D. Situação de saúde bucal de adolescentes internados em unidades socioeducativas de Belo Horizonte. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 3, p. 160-167, 2010. ISSN 1516-0939.
- 33 ZUHL, C. M.; BALEJO, R. D. P. Perfil de necessidade de tratamento periodontal em carcerários e sua relação com doenças sistêmicas. **Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente**, v. 14, n. 30, p. 127-135, 2011. ISSN 2178-6879.
- 34 BANSAL, V. et al. Dentition status and treatment needs of prisoners of Haryana state, India. **International journal of prisoner health**, v. 8, n. 1, p. 27-34, 2012. ISSN 1744-9200.
- 35 DECERLE, N. et al. A description of oral health in three French jails. **Community dental health**, v. 29, n. 4, p. 274-278, 2012. ISSN 0265-539X.
- 36 LÁZARO, A. M. P. Contribuição para o estudo da saúde oro-facial em contexto de reclusão-Avaliação num estabelecimento prisional central português. 2012.
- 37 REDDY, V. et al. A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned inmates in central jails of Karnataka, India. **International dental journal**, v. 62, n. 1, p. 27-32, 2012. ISSN 1875-595X.
- 38 DE ARAÚJO, R. J. G. Análise de cárie e edentulismo da população carcerária do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do estado do Pará. **EXPEDIENTE EDITORIAL**, v. 66035, p. 29, 2013.
- 39 RODRIGUES, I. S.; ARAUJO, A. O uso de serviços odontológicos e as condições de saúde bucal de um grupo de presidiários. 2013.
- 40 AKAJI, E. A.; ASHIWAJU, M. O. Oral health status of a sample of prisoners in Enugu: A disadvantaged population. **Annals of medical and health sciences research**, v. 4, n. 4, p. 650-653, 2014. ISSN 2141-9248.
- 41 DAYAKAR, M. M.; SHIVPRASAD, D.; PAI, P. G. Assessment of periodontal health status among prison inmates: A cross-sectional survey. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 18, n. 1, p. 74, 2014.
- 42 BORGES, H. S. Saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico em apenados da cidade de Araruna/Paraíba. 2015.

- 43 SILVA, R. S. D. C. Necessidade de tratamento odontológico em apenadas e sua relação com doenças sistêmicas na penitenciária estadual feminina-PENFEM Porto Velho-RO. 2016.
- 44 BUCAL, B. M. D. S. S. D. P. D. S. D. D. A. B. Á. T. D. S. **Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador /Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.** 2001.
- 45 AINAMO, J. et al. Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). **Int Dent J**, v. 32, n. 3, p. 281-91, Sep 1982. ISSN 0020-6539. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6958657> >.
- 46 ANDREASEN, J. O. et al. **Traumatic dental injuries: a manual.** John Wiley & Sons, 2011. ISBN 111825015X.
- 47 INFOPEN, I. Ministério da Justiça. **Execução Penal. Sistema Prisional, InfoPen-Estatística,(06/2014).** Disponível em:< [www. portal. mj. gov. br](http://www.portal.mj.gov.br)>. Acessado em, v. 25, 2008.
- 48 DE SOUSA, M. D. C. P. et al. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 2, p. 144-151, 2013. ISSN 2317-5079.
- 49 SAÚDE., B. M. D. S. S. D. A. À. S. S. D. V. E. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.** Editora MS, 2012.
- 50 SINGH, S. K. et al. Adverse Habits and Oral Mucosal Lesions in Prisoners of Lucknow. **J Cancer Prev Curr Res**, v. 6, n. 2, p. 00197, 2016.
- 51 WICKHOLM, S. et al. Periodontal disease in a group of Swedish adult snuff and cigarette users. **Acta odontologica Scandinavica**, v. 62, n. 6, p. 333-338, 2004. ISSN 0001-6357.
- 52 FELDMAN, R. S.; BRAVACOS, J. S.; ROSE, C. L. Association between smoking different tobacco products and periodontal disease indexes. **Journal of Periodontology**, v. 54, n. 8, p. 481-487, 1983. ISSN 0022-3492.
- 53 CALSINA, G.; RAMÓN, J. M.; ECHEVERRÍA, J. J. Effects of smoking on periodontal tissues. **Journal of clinical periodontology**, v. 29, n. 8, p. 771-776, 2002. ISSN 0303-6979.
- 54 SUMANTH, S.; BHAT, K. M.; BHAT, G. S. Periodontal health status in pan chewers with or without the use of tobacco. **Oral health & preventive dentistry**, v. 6, n. 3, 2008. ISSN 1602-1622.
- 55 AKAJI, E. A.; FOLARANMI, N. Tobacco use and oral health of inmates in a Nigerian prison. **Nigerian journal of clinical practice**, v. 16, n. 4, 2013. ISSN 1119-3077.
- 56 AWARTANI, F. A. Evaluation of the relationship between type 2 diabetes and periodontal disease. **Saudi medical journal**, v. 30, n. 7, p. 902-906, 2009. ISSN 1658-3175.

- 57 KHADER, Y. S. et al. Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. **Journal of diabetes and its complications**, v. 20, n. 1, p. 59-68, 2006. ISSN 1056-8727.
- 58 MORITA, I. et al. relationship between Periodontal status and Levels of Glycated Hemoglobin. **J Dent Res**, v. 91, n. 2, p. 161-166, 2012.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **Termo De Consentimento Livre e Esclarecido**

O Sr. está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**CONDIÇÕES BUCAIS DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE DE UM COMPLEXO PRISIONAL DO NORDESTE BRASILEIRO**” que será realizada por Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho, aluna do curso de Mestrado em Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, rua Maria Carolina, 150/202, Boa Viagem, Recife-PE, CEP: 51020-220, telefone (81) 3465-5908, e-mail: fabimenezescarvalho@gmail.com a qual também recolherá o seu consentimento, aplicará questionários, realizará procedimento clínicos e colherá os dados necessários para a realização da pesquisa.

Este trabalho está sob a orientação do Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy, telefone (81) 2126-8545 do departamento de Patologia da UFPE.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

**Justificativa e objetivos:** Através desse estudo, poderemos verificar a situação de saúde bucal dos reeducandos do Complexo Prisional do Curado; ajudando a estabelecer com maior clareza projetos de promoção e prevenção em saúde bucal ao contexto em questão.

#### **Informações:**

**Procedimentos:** O Sr. passará por um **exame clínico** da boca para verificar os índices de cárie, de saúde periodontal, possíveis lesões em mucosa e traumatismo dentário. Será realizado um **questionário** para obtenção dos dados sócio-demográficos relativos ao seu nome, idade e história clínica odontológica.

**Riscos:** O paciente submetido à pesquisa não correrá riscos durante a coleta dos dados por não se tratar de procedimentos invasivos. Poderá sofrer constrangimentos durante a anamnese ou durante o procedimento de coleta dos dados sócio-demográficos, porém o pesquisador tentará minimizá-los através de conversas esclarecedoras em ambiente tranquilo e reservado.

**Benefícios:** Benefícios diretos como melhoria na otimização da higiene oral, poderão ser observados nos voluntários participantes.

**Forma de acompanhamento e assistência:** Os pesquisadores estarão à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais pessoalmente, por fone ou e-mail.

**Garantias:** Garantia de esclarecimentos: Os pesquisadores esclarecerão os voluntários quanto a todos os aspectos da pesquisa, antes, durante e após a mesma.

**Liberdade de recusa à participação ou de retirar o seu consentimento:** O (a) Sr. (a) pode escolher não participar desta pesquisa, ou desistir da participação, se achar necessário, em qualquer fase da mesma, sem qualquer penalização e sem prejuízo, inclusive do seu atendimento clínico.

**Sigilo:** Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nessa pesquisa (questionários e fichas clínicas) ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal sob responsabilidade do pesquisador no endereço: rua Maria Carolina, 150/202, Boa Viagem, Recife-PE, CEP:51020-220, no período mínimo de 5 anos.

**Ressarcimento e indenização:** Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).**

#### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo ALTERAÇÕES BUCAIS DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE DE UM COMPLEXO PRISIONAL DO NORDESTE BRASILEIRO, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Impressão  
digital

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| Nome: _____       | Nome: _____       |
| Assinatura: _____ | Assinatura: _____ |

## APÊNDICE B – FICHA CLÍNICA

**FICHA CLÍNICA**  
**(Identificação do Profissional)** \_  
Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho  
**NOME DO PROFISSIONAL**  
**CIRURGIÃO-DENTISTA - CLÍNICO GERAL**  
**CRO-(UF) N° 7577**  
Rua Maria Carolina, 150/202, Boa Viagem, Recife – PE. CEP: 51020-220  
**Endereço completo**

**(Identificação do Paciente e do Responsável pelo Tratamento)**

Prontuário nº \_\_\_\_\_.

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Renda mensal: ( ) até 1 salário mínimo ( ) de 2 a 4 salários mínimos ( ) mais de 5 salários

Tempo de reclusão: \_\_\_\_\_

**FICHA DE ANAMNESE**

**Questionário de Saúde**

Sofre de alguma doença: ( ) Sim ( )

Não Qual(is) \_\_\_\_\_

Está em tratamento médico atualmente? ( ) Sim ( ) Não.

Gravidez: Sim ( ) Não ( )

Está fazendo uso de alguma Medicação? ( ) Sim ( ) Não –

Qual(is): ( ) antibióticos ( ) antiinflamatórios ( )

Fuma? ( ) sim ( ) não

O que? ( )

Bebe? ( ) sim ( ) não

O que? ( )

Drogas ilícitas: ( ) maconha ( ) crack ( ) cocaína

Sofre de alguma das seguintes doenças ?

Febre Reumática: Sim ( ) Não ( ); Problemas Cardíacos: Sim ( ) Não ( )

Problemas Renais: Sim ( ) Não ( ); Problemas Gástricos: Sim ( ) Não ( )

Problemas Respiratórios: Sim ( ) Não ( ); Problemas Alérgicos: Sim ( ) Não ( )

Problemas Articulares ou Reumatismo: Sim ( ) Não ( ); Diabetes: Sim ( ) Não ( )

Hipertensão Arterial: Sim ( ) Não ( );

Higienização bucal:

Declaro que as informações acima prestadas são totalmente verdadeiras.

Recife, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

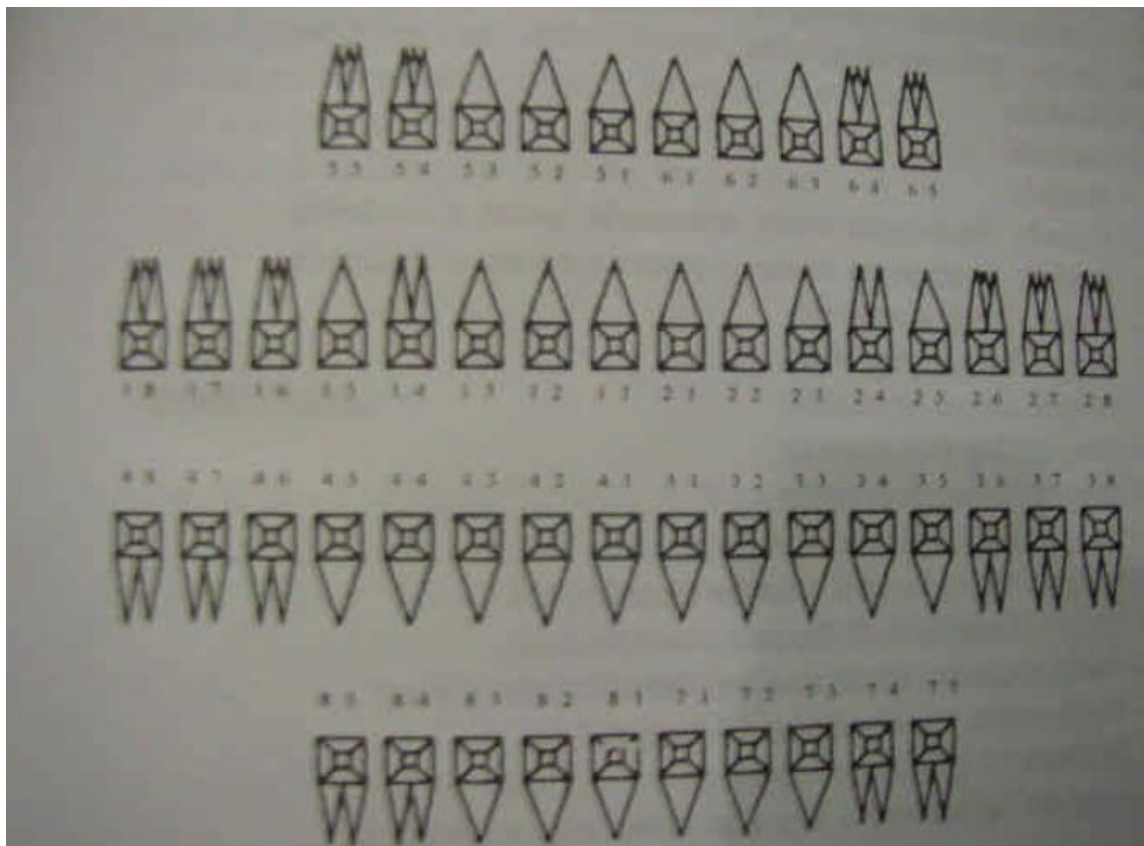
\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

**EXAME DENTAL – DESCRIÇÃO DENTE – A - DENTE**

|    |       |
|----|-------|
| 18 | _____ |
| 17 | _____ |
| 16 | _____ |
| 15 | _____ |
| 14 | _____ |
| 13 | _____ |
| 12 | _____ |
| 11 | _____ |
| 21 | _____ |
| 22 | _____ |
| 23 | _____ |
| 24 | _____ |
| 25 | _____ |
| 26 | _____ |

|    |  |
|----|--|
| 27 |  |
| 28 |  |
| 38 |  |
| 37 |  |
| 36 |  |
| 35 |  |
| 34 |  |
| 33 |  |
| 32 |  |
| 31 |  |
| 41 |  |
| 42 |  |
| 43 |  |
| 44 |  |
| 45 |  |
| 46 |  |
| 47 |  |
| 48 |  |

**ODONTOGRAMA**



**Registro de Anormalidades e Patologias**  
**Situação Periodontal – Exames Complementares**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## ANEXOS

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****1) DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ALTERAÇÕES BUCAIS DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE DE UM COMPLEXO PRISIONAL DO NORDESTE BRASILEIRO.

**Pesquisador:** Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho

**2) Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 68857417.9.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**3) DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.159.052

**4) Apresentação do Projeto:**

Projeto da Pesquisadora Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho, apresentado à Disciplina de Metodologia do Trabalho Científico como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Mestrado em Odontologia, com área de concentração em Clínica Integrada do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação do Prof. Doutor Gustavo Pina Godoy e co-orientação do Professor Doutor Arnaldo França Caldas. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e que, com base em um cálculo amostral, serão estudados 748 pessoas privadas de liberdade distribuídos proporcionalmente de acordo com a população de cada unidade prisional do Complexo Prisional do Curado, no município do Recife, sendo 320 na unidade 1 - Presídio Juiz Luis Antonio Lins de Barros (PJALLB), 214 na unidade 2 - Presídio Agente Marcelo Francisco Araújo (PAMFA) e 214 na unidade 3 - Presídio Frei

Damião de Bozzano (PFDB). Os reeducandos serão selecionados através de sorteio de acordo com as fichas cadastrais de acolhimento, examinados por um pesquisador previamente treinado e os dados cadastrados por um anotador também calibrado. Previamente, serão agendados dia e o horário para realização dos exames bucais realizados por um pesquisador calibrado previamente, utilizando-se os códigos e critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Os exames serão realizados nos próprios consultórios odontológicos instalados nas dependências das Unidades Prisionais sob boas condições de iluminação, utilizando-se odontoscópio, pinça clínica e sonda periodontal milimetrada da marca Trinity, para melhor visualização das estruturas bucais e respeitando os princípios de biossegurança. Os dados serão registrados por um anotador treinado previamente e registrados em fichas odontológicas.

#### **5) Objetivo da Pesquisa:**

Geral: •Avaliar as alterações bucais das pessoas privadas de liberdade do Complexo Prisional do Curado situado na cidade do Recife, estado de Pernambuco, Brasil.

Específicos:

- Determinar a prevalência de cárie por meio da aplicação do índice CPO-D
- Determinar a prevalência de doença periodontal por meio da aplicação do índice CPI;
- Determinar a prevalência de traumatismo dentário por meio da aplicação do índice de Andreasen;
- Identificar lesões em mucosa dos apenados estudados

#### **6) Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Quanto aos riscos, o paciente voluntário poderá sofrer constrangimentos durante a anamnese ou durante o procedimento de coleta dos dados sócio-demográficos, porém o pesquisador tentará minimizá-los através de conversas esclarecedoras em ambiente tranquilo e reservado. No que refere aos benefícios, a possibilidade de estabelecer com maior clareza projetos de promoção e prevenção em saúde bucal ao contexto em questão e ainda, benefícios diretos como melhoria na otimização da higiene oral.

#### **7) Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O presente estudo é justificado pela necessidade de contribuição, no Sistema Penitenciário, no que concerne à situação de saúde bucal da população carcerária, visto destacar acerca da escassez de trabalhos publicados, e ainda da dificuldade de propor ações as quais contribuam para a mudança da realidade precária de saúde no Sistema Penal. No que referem aos critérios de inclusão e exclusão, serão incluídos na pesquisa pessoas privadas de liberdade do Complexo Prisional do Curado situado no Município do Recife, estado de Pernambuco, Brasil, do sexo masculino com idade entre 18 e 70 anos que se dispuserem a participar do estudo. Sendo excluídos aqueles que possuem alguma deficiência física. O cronograma apresentado

está adequado e o orçamento financeiro desta pesquisa será de inteira responsabilidade do pesquisador principal. Os dados coletados nesta pesquisa (fichas clínicas e questionários), ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço indicado no TCLE, pelo período mínimo de 5 anos.

**8) Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

**9) FOLHA DE ROSTO** preenchida, assinada e carimbada nos campos de Pesquisador

Responsável e Instituição Proponente.

**10) CARTA DE ANUÊNCIA**, timbrada, assinada e carimbada pelo secretário de ressocialização do estado de Pernambuco, com referência à Resolução 466/12, bem como apresentou CARTA DE ANUÊNCIA assinada e carimbada pela responsável do Laboratório de Patologia Oral da UFPE;

**11) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** para maiores de 18 anos.

**12) CURRÍCULO LATTES** de todos os pesquisadores da referida pesquisa;

**13) PROJETO DETALHADO** adequado.

**14) TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE** assinado pelo pesquisador responsável.

**15) Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**16) Considerações Finais a critério do CEP:**

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas

frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

**17) Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                            | Arquivo                                      | Postagem               | Autor                                   | Situação |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_783031.pdf | 26/05/2017<br>09:05:17 |                                         | Aceito   |
| Outros                                                    | Gustavocurriculo.docx                        | 25/05/2017<br>20:19:16 | Fabiana Menezes<br>Teixeira de Carvalho | Aceito   |
| Outros                                                    | CartaDeAnuenciaSERES1.pdf                    | 25/05/2017<br>20:12:02 | Fabiana Menezes<br>Teixeira de Carvalho | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx                                    | 22/05/2017<br>11:51:59 | Fabiana Menezes<br>Teixeira de Carvalho | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | ProjetoCompletoMestrado.doc                  | 22/05/2017<br>11:44:09 | Fabiana Menezes<br>Teixeira de Carvalho | Aceito   |
| Outros                                                    | TermoDeCompromisso.pdf                       | 22/05/2017<br>11:43:05 | Fabiana Menezes<br>Teixeira de Carvalho | Aceito   |
| Outros                                                    | CartaDeAnuenciaPatologia.pdf                 | 22/05/2017<br>11:41:36 | Fabiana Menezes<br>Teixeira de Carvalho | Aceito   |
| Cronograma                                                | CRONOGRAMA.docx                              | 22/05/2017<br>11:26:11 | Fabiana Menezes<br>Teixeira de Carvalho | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | declaracaovinculo.pdf                        | 08/03/2017<br>22:01:55 | Fabiana Menezes<br>Teixeira de Carvalho | Aceito   |
| Folha de Rosto                                            | folhaderosto.pdf                             | 08/03/2017<br>21:58:42 | Fabiana Menezes<br>Teixeira de Carvalho | Aceito   |
| Outros                                                    | Arnaldocurriculo.docx                        | 21/02/2017<br>11:21:37 | Fabiana Menezes<br>Teixeira de Carvalho | Aceito   |
| Outros                                                    | Fabianacurriculo.docx                        | 21/02/2017<br>11:20:30 | Fabiana Menezes<br>Teixeira de Carvalho | Aceito   |
| Orçamento                                                 | ORCAMENTO.docx                               | 17/12/2016             | Fabiana Menezes                         | Aceito   |

|           |                |          |                      |        |
|-----------|----------------|----------|----------------------|--------|
| Orçamento | ORCAMENTO.docx | 15:52:03 | Teixeira de Carvalho | Aceito |
|-----------|----------------|----------|----------------------|--------|

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**18) Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 06 de Julho de  
2017

---

**19) Assinado por:**  
**LUCIANO TAVARES**  
**MONTENEGRO**  
**(Coordenador)**

## ANEXO B – NORMAS DA REVISTA DE CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA



Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));
- 1.6 – [Questões Metodológicas](#): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#);
- 1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);
- 1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

### 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de

CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

### **3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em

Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o

Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical

Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

### **4. FONTES DE FINANCIAMENTO**

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

### **5. CONFLITO DE INTERESSES**

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

### **6. COLABORADORES**

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1.

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

## **7. AGRADECIMENTOS**

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## **8. REFERÊNCIAS**

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva<sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## **9. NOMENCLATURA**

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## **10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela

Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## **PASSO A PASSO PARA SUBMISSÃO**

### **1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE**

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir.

No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

1.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

1.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 2. ENVIO DO ARTIGO

2.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

2.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

2.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

2.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço.

Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

2.7.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. **(leia mais)**

2.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

2.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

2.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

2.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

2.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

2.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

2.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

2.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

2.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

2.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

2.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

2.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

2.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

2.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

2.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

2.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

2.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### **3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO**

3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### **4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO**

4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

### **5. PROVA DE PRELO**

5.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa

Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

5.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo,

Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais

(Publicação Científica);

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba

"Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema

(<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>) no prazo de 72 horas.

©2015 | Cadernos de Saúde Pública - Escola

Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca |

Fundação Oswaldo Cruz. - Ministério da

Saúde Governo Federal | Desenvolvido por

Riocom Design

Cadernos de Saúde Pública | Reports in Public Health

Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil

Secretaria Editorial +55 21 2598-