



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MARA ILKA HOLANDA DE MEDEIROS BATISTA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE DAS MULHERES
PRIVADAS DE LIBERDADE EM UMA UNIDADE PRISIONAL
DO ESTADO DA PARAÍBA

Recife

2018

MARA ILKA HOLANDA DE MEDEIROS BATISTA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE DAS MULHERES
PRIVADAS DE LIBERDADE EM UMA UNIDADE PRISIONAL
DO ESTADO DA PARAÍBA

Tese apresentada ao 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 Doutor em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Integrada

Orientador(a): Dra. Alessandra Albuquerque
Tavares Carvalho

Recife

2018

Catálogo na fonte:

Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

B333p Batista, Mara Ilka Holanda de Medeiros.

Perfil epidemiológico de saúde das mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional do estado da Paraíba / Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista. – Recife: o autor, 2018.

84 f.; 30 cm.

Orientadora: Alessandra Albuquerque Tavares Carvalho.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de pós-graduação em Odontologia.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Epidemiologia. 2. Prisões. 3. Saúde pública. 4. Cárie dentária. I. Carvalho, Alessandra Albuquerque Tavares (orientadora). II. Título.

617.6 CDD (22.ed.)

UFPE (CCS 2018 - 288)

MARA ILKA HOLANDA DE MEDEIROS BATISTA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE DAS MULHERES
PRIVADAS DE LIBERDADE EM UMA UNIDADE PRISIONAL
DO ESTADO DA PARAÍBA

Tese apresentada ao 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 Doutor em Odontologia, área de concentração em Clínica Integrada.

Orientador(a): Dra. Alessandra Albuquerque Tavares Carvalho

Aprovada em: 22/10/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho (Orientador)
Orientadora – Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy (Examinador interno)
Examinador – Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dra. Andrea dos Anjos Pontual de Andrade Lima (Examinadora interna)
Examinador – Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dra. Keila Cristina Raposo Lucena (Examinadora externa)
Examinadora – Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ

Prof^a. Dra. Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso (Examinadora externa)
Examinadora – Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ

Dedico este trabalho à minha família que sempre esteve ao meu lado me apoiando
desde o início! Obrigada pela confiança!

Em especial à minha mãe Irla, ao meu pai Olívio, aos meus irmãos Jéssica e Pierre,
e ao meu amor Karlysson!

Amo todos vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado a oportunidade de continuar com os estudos, com essa carreira voltada para o magistério, onde descobri que é tudo que eu sempre desejei.

Agradeço a Nossa Senhora por sempre me dar forças pra lutar para conseguir conquistar os meus sonhos. Com fé e coragem lutei esses anos, encarando muitas viagens e dificuldades. Continuo em tuas mãos, Maria!

Venho também reforçar os agradecimentos a minha família, que nunca me deixou desistir e sempre esteve me ajudando em tudo que eu precisei. Minha família minha vida!

Ao meu Príncipe, meu amor, Karlysson, que por muitas vezes fui ausente, para que este sonho fosse realizado e concluído. Agradeço por estar ao meu lado nestes últimos momentos e me dando confiança e sempre elevando minha autoestima. Obrigada por ser este homem maravilhoso. Te amo.

Não posso deixar de agradecer a minha professora e orientadora Dra. Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho, que desde o início dessa empreitada confiou no meu trabalho e sempre esteve disponível para me ajudar no que foi preciso. Nunca esquecerei. Obrigada.

Minha turma do Doutorado, a galera da Paraíba que sempre viajou junto, em todas as aventuras de estrada, todos os trabalhos em grupo, divertimento e aperreios juntos! Roberta Bonan, Irla Ferreira e Eduardo Eudes! Foi maravilhoso!! Tenho todos no meu coração. Foi um prazer passar esse tempo com vocês.

E lógico, minha dupla querida, Marcília Paulino, que estamos coladas uma na outra, todas as produções, todas nossas loucuras acadêmicas, madrugadas em claro, fazendo artigos! Parceria pra sempre! Adoro você minha amiga!!

Agradeço a toda à equipe da Secretaria da Pós-Graduação em Odontologia, as queridas Oziclere Sena de Araújo, Thamires Cibelle Correia de Oliveira e dona Tânia Maria de Souza Esteves. Vocês sempre cuidaram bem da gente! Obrigada pela atenção.

Por fim, agradecer a oportunidade que a Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba, que permitiu que este estudo fosse realizado nas dependências do Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão, através da Direção e da Equipe de Saúde da Unidade a que eu pertencia como cirurgiã-dentista. Agradeço as amigas Rayka Carvalho e Solange Carvalho, que sempre me ajudaram durante todos os meus atendimentos, e aos agentes penitenciários que colaboraram realizando a escolta.

Muito obrigada!

*“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período
mais difícil da vida de alguém”.*

Dalai Lama

RESUMO

O objetivo desse estudo foi traçar o perfil epidemiológico de saúde das mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional da Paraíba. Tratou-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de natureza transversal, através da técnica direta intensiva, com abordagem quantitativa. Todas as apenadas reclusas em regime fechado na Penitenciária Feminina localizada na cidade de João Pessoa, no período de Setembro de 2016 a Outubro de 2017 participaram do estudo (n=311), sendo uma amostra censitária. A coleta de dados foi realizada utilizando um formulário construído pela examinadora. As apenadas foram submetidas a anamnese, exame físico e exame intraoral, além dos exames: Índice de experiência de cárie CPO-D, Índice de Placa Bacteriana e Índice Periodontal Comunitário (IPC). Os dados coletados foram tabulados e analisados utilizando o *software* IBM SPSS (21.0) e analisados mediante estatística descritiva e inferencial (Kolmogorov Smirnov, Kruskal-Wallis). Verificou-se prevalência de adultas jovens (média 30,28 anos), de baixa escolaridade com ensino fundamental completo (45,7%), vivendo em situação carcerária provisória (53%), com até um ano de reclusão em regime fechado (46,4%). A maioria delas é natural de João Pessoa (59%). As condições de saúde mais relatadas foram os problemas respiratórios (asma = 10,6% e sinusite = 18,6%) e doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a sífilis (8,7%). As apenadas apresentavam características comportamentais de tabagismo e uso de medicações para reduzir a ansiedade. Quanto à saúde bucal, as apenadas não apresentaram lesões em tecido mole, o índice CPOD obteve média de 13,33 e o Índice de Placa Bacteriana encontrado foi de baixa acumulação. Quanto ao Índice Periodontal Comunitário, houve sangramento em 45,3%, presença de cálculo dentário em 35,7% e de bolsa periodontal 25,7%. Conclui-se que a mulher privada de liberdade é adulta jovem, com até um ano de reclusão, em situação carcerária provisória. Possuem problemas respiratórios, infecções sexualmente transmissíveis, são na maioria tabagistas e utilizam medicações para controle da ansiedade. Não houve lesão em tecido mole, a média do CPO-D foi considerada alta; a presença de placa bacteriana foi de baixa acumulação e o IPC apresentou maior prevalência para a presença de sangramento, cálculo dentário e bolsa periodontal, respectivamente.

Palavras-chave: Epidemiologia. Prisões. Saúde pública. Cárie dentária.

ABSTRACT

The aim of this study was to trace the epidemiological profile of health of women deprived of liberty in a prison unit at Paraíba. This was an epidemiological, descriptive, cross-sectional study using a direct intensive technique with a quantitative approach. All the remand prisoners in a closed regime in the Feminine Penitentiary located in the city of João Pessoa from September 2016 to October 2017 participated in the study (n = 311). Data collection was performed using a form constructed by the examiner. The inmates were submitted to anamnesis, physical and intraoral examination, in addition to the exams: caries experience index (DMFT), Community Periodontal Index (CPI) and Bacterial Plaque Index. The data collected were tabulated and analyzed using the IBM SPSS software (21.0) and analyzed using descriptive and inferential statistics (Kolmogorov Smirnov, Kruskal-Wallis). The profile of women deprived of freedom from this study are young adults, low schooling, living in provisional prison conditions, with up to one year in prison in a closed regime. Most of them are native to Joao Pessoa. The most reported health conditions were respiratory problems, sexually transmitted diseases, mainly syphilis. They exhibit behavioral characteristics of smoking and use of medications to reduce anxiety. Regarding oral health, the distressed ones did not present lesions in soft tissue, the DMFT index had an average of 13.33 and Plaque Index found was low accumulation. As for the Community Periodontal Index, there was bleeding in 45.3%, presence of dental calculus in 35.7% and periodontal pocket 25.7. It is concluded that the woman deprived of liberty is a young adult, with up to 1 year of imprisonment, in a provisional prison situation. They have respiratory problems, sexually transmitted infections, are mostly smokers and use medications to control anxiety. There was no lesion in soft tissue, the mean DMFT was considered high; the presence of plaque with low accumulation and the IPC presented a higher prevalence for the presence of bleeding, dental calculus and periodontal pocket, respectively.

Keywords: Epidemiology. Prisons. Public Health. Dental Caries.

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REVISTA DA LITERATURA.....	14
2.1	A mulher privada de liberdade e as condições de saúde no cárcere.	17
2.2	Atuação do cirurgião dentista dentro do sistema prisional.....	19
2.3	Estudos brasileiros envolvendo a odontologia no sistema prisional.....	20
3	OBJETIVOS.....	23
3.1	Objetivo geral.....	23
3.2	Objetivos específicos.....	23
4	METODOLOGIA.....	24
4.1	Considerações éticas.....	24
4.2	Tipo de estudo.....	24
4.3	Local do estudo.....	24
4.4	Universo e Amostra.....	25
4.5	Crterios de inclusão e exclusão.....	25
4.6	Coleta de dados.....	25
4.6.1	Processo de calibração.....	26
4.6.2	Exame clínico.....	27
4.6.3	Exame extra e intrabucal.....	27
4.6.4	Avaliação da experiência de cárie dentária – Índice CPO-D.....	28
4.6.5	Índice de Placa Bacteriana.....	31
4.6.6	Condição Periodontal através do Índice Comunitário Periodontal – IPC.....	32
4.7	Análise estatística.....	35
5	ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	37
5.1	Artigo 1: Condições de saúde das mulheres que vivem no cárcere: conhecendo para cuidar.....	38
5.2	Artigo 2: Estudo da saúde bucal das mulheres privadas de liberdade de uma unidade prisional do nordeste brasileiro.....	52
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73

REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	78
APÊNDICE B – Ficha de Coleta de Dados.....	80
ANEXO A – Certidão de Aprovação do CEP.....	82
ANEXO B – Prontuário Odontológico adotado pela Unidade Prisional.....	83

1 INTRODUÇÃO

Esta é uma tese de Doutorado apresentada ao Colegiado da Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob a forma de artigo científico intitulado “Perfil epidemiológico de saúde das mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional do estado da Paraíba”. Tratou-se de um estudo transversal, do tipo censitário, onde todas as apenadas da Penitenciária Feminina de João Pessoa foram abordadas pessoalmente e examinadas em consultório odontológico, de Setembro de 2016 a Outubro de 2017.

Dentre as finalidades da pena privativa da liberdade imposta pelo poder judiciário, estão: a inibição da prática criminal, o isolamento de indivíduos socialmente perigosos e sua reabilitação. Este último parece ser o maior desafio, por diversos motivos. Condições de infraestrutura, organização e de serviços são necessários para alcançar os objetivos propostos. Na perspectiva da saúde coletiva, considerando saúde no seu conceito mais amplo, as unidades prisionais devem propiciar um ambiente favorável através de acesso à assistência à saúde, psicossocial, pedagógico, entre outros direitos previstos em leis.

O estado da Paraíba possui quatro unidades prisionais femininas contempladas com o Programa de Saúde nas Penitenciárias, que incluem o cirurgião-dentista como profissional para promover saúde bucal das apenadas. Este estudo justifica-se pela necessidade de se traçar um perfil de saúde destas pessoas que estão em reclusão, o que pode embasar a criação de novas políticas de saúde pública para esta população que se encontra à margem da sociedade.

Além do objetivo de traçar o perfil epidemiológico de saúde destas mulheres privadas de liberdade, estas foram caracterizadas quanto à situação carcerária, a idade, escolaridade, orientação sexual, presença ou ausência de doenças sistêmicas e lesões extra e intrabuciais, assim como a determinação da experiência de cárie dentária e doenças periodontais.

Foram formulados dois artigos científicos segundo a proposição deste estudo. O primeiro intitulado: **CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES QUE VIVEM NO CÁRCERE: CONHECENDO PARA CUIDAR** a ser encaminhado à revista Cadernos de Saúde Pública. Este trabalho foi um estudo epidemiológico, descritivo, observacional, de natureza transversal, que teve como propósito avaliar o perfil de

saúde geral, verificando as condições sistêmicas das mulheres privadas de liberdade. Um segundo artigo intitulado: **ESTUDO DA SAÚDE BUCAL DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE DE UMA UNIDADE PRISIONAL DO NORDESTE BRASILEIRO** a ser encaminhado à revista Ciência e Saúde Coletiva. Este estudo é do tipo transversal e descritivo com objetivo de avaliar a experiência de cárie dentária, condição periodontal e a presença de biofilme dental das mulheres reclusas em regime fechado de uma Unidade Prisional do Estado da Paraíba. Estes achados apresentam importante relevância na Odontologia e na Saúde Pública, permitindo um maior conhecimento da população estudada e um fortalecimento de políticas públicas de atenção à saúde dessa população com abordagem multiprofissional.

2 REVISTA DA LITERATURA

As pessoas são diferentes em aspectos, traços, linhas e cores. Mas são iguais em direitos. Aqueles que estão em situação de privação da liberdade tem garantido pela Constituição o direito à saúde pública¹.

Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o princípio da dignidade da pessoa humana é um valor moral e espiritual inerente à pessoa, e os indivíduos mesmo privados de liberdade devem ser tratados com humanidade e com respeito, pois as pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania^{2,3}.

O sistema penitenciário desempenha uma função histórica de punição, deixando o infrator privado de liberdade. Porém, as condições de confinamento, tais como a superlotação, condições de insalubridade, difícil acesso a meios de prevenção e higiene, dentre outros, são determinantes para a vulnerabilidade de doenças infectocontagiosas nessa população⁴.

Assim, foi criada pelo Governo Federal a portaria interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, instituindo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Este estabelece a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, para dar assistência e promover ações de prevenção em saúde para esta população em confinamento⁵.

Um dos problemas fundamentais para a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento que dificulta o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e efetiva⁶. A consequência econômica e social dessa desconformidade implicou, por parte do Governo Federal, na elaboração e pactuação de uma política que considerasse, primariamente, o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade⁷.

Assim, sob essa ótica, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o

objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde. A PNAISP nasceu da avaliação dos dez anos de aplicação do PNSSP, quando se constatou o esgotamento deste modelo, que se mostrou restrito por não contemplar em suas ações, entre outras coisas, a totalidade do itinerário carcerário – delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e, tampouco, penitenciárias federais⁷.

A população carcerária no Brasil deve receber atendimento ambulatorial, hospitalar e odontológico. Nas unidades masculinas, femininas e psiquiátricas, os presos devem ser vacinados contra doenças como a hepatite, tétano e gripe, recebem tratamento dentário, preservativos e são orientados sobre prevenção de doenças causadas pelo confinamento, como a hanseníase e a AIDS⁸.

Entende-se por população carcerária as pessoas que vivem sob privação de liberdade em penitenciárias administradas pelos órgãos públicos e financiadas pela população. Estima-se que 607.731 pessoas se encontram nesta situação no Brasil (Figura 1), que ocupa o 4º lugar no ranking de pessoas encarceradas, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, China e Rússia, em contrapartida a taxa de aprisionamento nestes países vem diminuindo ano após ano, diferentemente do Brasil que houve aumento de 33% entre 2008 e 2013, e de 575 % nos últimos 20 anos. Vale ressaltar que o mesmo estudo constatou que o encarceramento em massa de nada adiantou na diminuição dos indicadores de violência, pelo contrário, está aumentando ano após ano⁹.

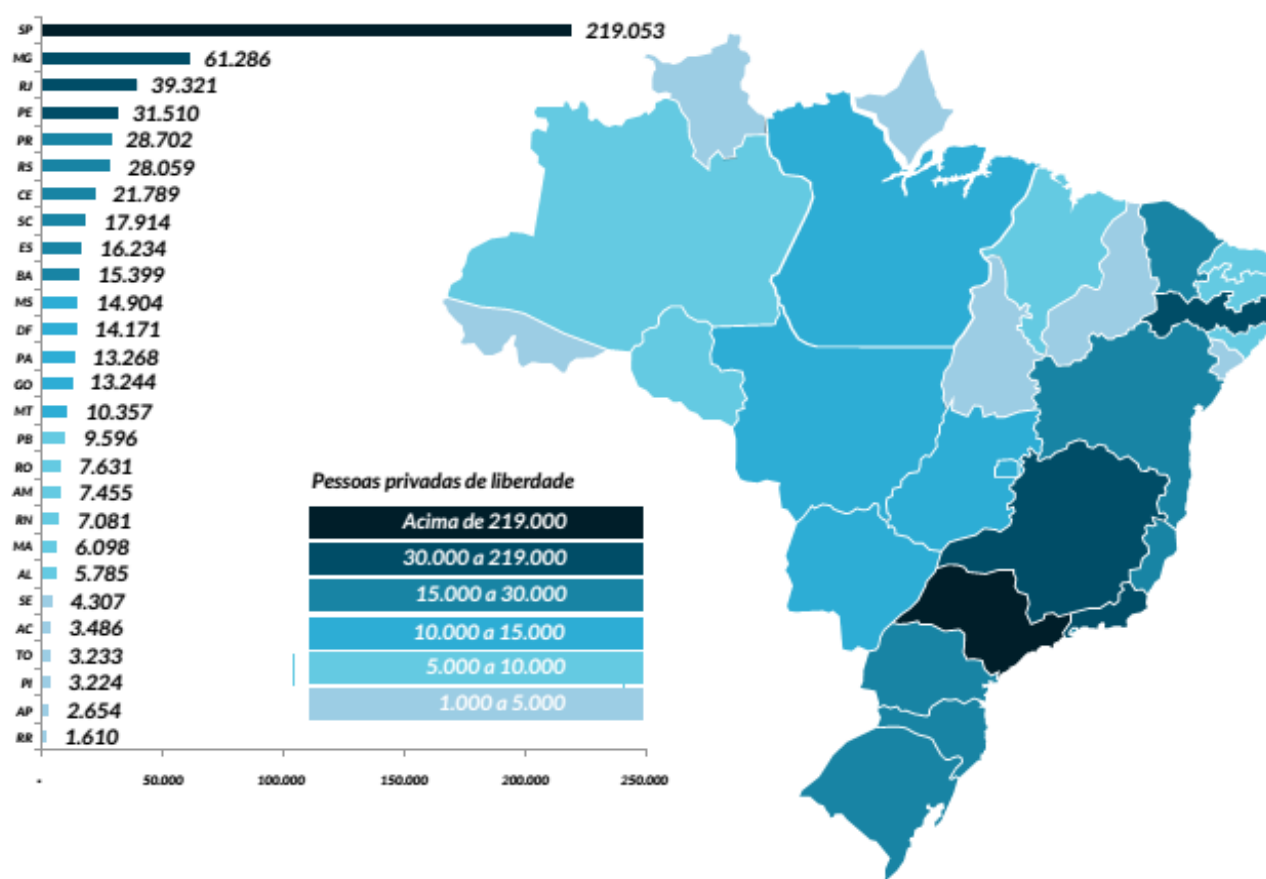
O sistema Penitenciário da Paraíba possui uma população carcerária em torno de 8.481 apenados distribuídos entre seus estabelecimentos penais, dos quais 7.913 são do sexo masculino e 568 são do sexo feminino⁹.

O estado da Paraíba está qualificado de acordo com o PNSSP para o Plano Operativo Estadual através da Portaria nº 1.163/08 publicado no D. O. U. (Diário Oficial da União) em 12 de junho de 2008, após cumprir todos os critérios exigidos para a qualificação de Estados e Municípios. A gestão deste plano é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde e a gerência dos serviços de saúde é de responsabilidade da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária. Já o financiamento fica por conta do ministério da saúde, ministério da justiça e pelo governo estadual¹⁰.

Para que seja possível a concretização da organização das ações e serviços de saúde nas prisões é fundamental a integração das instâncias da segurança pública, visto que são nessas circunstâncias que serão estabelecidos possíveis processos de trabalho, maneiras de entender a saúde e como lidar com os fluxos internos e externos, quanto ao acesso às variadas redes de serviços público¹¹.

Apesar de Leis e Tratados existirem com o intuito de aperfeiçoar a assistência aos encarcerados, é clara a ausência de operacionalização, havendo uma grande preocupação quanto à situação destas pessoas, retratando na violência e desatenção da saúde física e psíquica¹².

Figura 1 - População prisional do Brasil por unidade da Federação.



FONTE: INFOPEN, 2014.

O ambiente prisional enseja riscos de natureza física e psíquica, estendido a transmissão de doenças infecciosas. Aumenta a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outros agravos, tais quais tuberculose, contribuindo assim, para o aumento da taxa de morbimortalidade ligadas ao HIV. Isto pode estar relacionado à deficiência das

condições físicas nas cadeias e presídios, a superlotação e a insalubridade nas unidades prisionais¹³.

2.1 A mulher privada de liberdade e as condições de saúde no cárcere

A descrição de um perfil desta população mostra-se complexo. As rupturas afetivas e sociais na vida começam cedo. Boa parte das pessoas privadas de liberdade começam suas infrações na juventude, possuem baixa escolaridade, fazem uso de drogas ilícitas e perderam o vínculo familiar¹⁴.

A presença da mulher no sistema prisional brasileiro corresponde a 5,31%, todavia, em função de sua natureza, ela propende a sofrer com máxima intensidade o contexto carcerário, sendo mais acometível a obtenção de agravos à saúde do ponto de vista físico e psicológico. Portanto, é importante proporcionar uma maior atenção à promoção da saúde da mulher reeducanda, não apenas pelos próprios riscos existentes, mas pela escassez de ações preventivas ofertadas pelo sistema de saúde carcerário. É de grande importância ressaltar ações preventivas e de promoção de saúde, modificando os aspectos que põem a coletividade em posição de iniquidade e vulnerabilidade¹⁵.

Nos últimos anos, houve um significativo aumento da população sentenciada feminina, representando aproximadamente 7% da população total de indivíduos privados de liberdade. Esta situação chama a atenção para um melhor entendimento a respeito da situação na qual as mulheres enfrentam nas prisões brasileiras, isto é, ambientes superlotados e com uma estrutura defasada¹⁵.

Esse crescimento real desafia as instituições governamentais e a sociedade civil. O desafio consiste em redirecionar ações no âmbito legislativo e executivo com o intuito de organizar o Sistema na concepção do impacto de sua gestão e relações na sociedade¹⁶.

De uma forma geral a população carcerária é predominantemente jovem, as mulheres apresentam em média 31 anos de idade. Uma elevada porcentagem já tem passagem pelo juizado da infância, juventude e os condenamentos mais comuns são pelas infrações relacionadas ao tráfico de drogas^{17,18}. A população feminina sentenciada tem uma tendência a ser jovem, baixo nível socioeconômico e

educacional, antecedentes históricos de prostituição, usuárias de drogas ilícitas e hábitos etílicos^{19,20}.

As adultas presas, geralmente foram jovens que sofreram violências físicas e psicológicas, passaram pelo abandono familiar, fizeram uso de drogas ou foram inseridas no crime através de homens criminosos. As mulheres cometem menos crimes violentos e sua alta incidência no envolvimento com o tráfico de drogas muitas vezes não é apenas por escolha. Muitas destas mulheres são coagidas por seus parceiros já envolvidos com o crime²¹.

Muitas dessas mulheres nunca tiveram contato com serviços de saúde, apresentando tuberculose e hipertensão arterial não diagnosticadas ou não tratadas, HIV e outras DST^{19,20}.

O alto índice de prisões destas mulheres por razão do tráfico, também sofre influência social, uma vez que a mulher ocupa nesta prática uma posição secundária, subalterna, o que dificulta sua negociação de liberdade com a polícia, o que é ilegal, porém frequente entre os homens. As mulheres apresentam maior sentimento de solidão e são mais facilmente abandonadas pela família durante a condenação, quando comparado com os homens na mesma situação de cárcere²².

A exclusão social é um fator agravante para entrada no mundo do crime, essas mulheres ainda jovens não possuem condições de sobrevivência digna, não apresentam função laboral e muito menos perspectiva de vida²³.

Quando se fala da saúde destas pessoas no sistema carcerário, a situação de confinamento é precária, resultando em desnutrição, má higiene, superlotação de celas e falta de acesso à educação e promoção em saúde^{24,25}.

Os fatores socioeconômicos influenciam diretamente no estado de saúde e doença de um indivíduo. Dependência de drogas ilícitas, marginalização, pouca instrução e estresse pelo confinamento resultam em um desequilíbrio da saúde do apenado, aumentando o risco de adoecimento²⁶.

A admissão da saúde à mulher sentenciada corresponde a um direito civil duvidosamente visto nos centros prisionais brasileiros e que pode ser otimizado através da oferta de exames, tratamento de doenças, ações de educação e prevenção em saúde. Em função de uma legislação vigente que objetiva a prevenção do crime e a volta ao convívio social, as deficientes condições das prisões prejudicam a efetivação de tais intuitos, além de bloquear o acesso desta população à saúde de maneira integral e efetiva²⁷.

A superlotação das celas, sua fragilidade e insalubridade transformam as prisões em um espaço favorável a proliferação de epidemias e contágio de doenças. Além disso, a má-alimentação, sedentarismo, consumo de drogas, ausência de higiene e a própria situação precária das prisões contribuem para que o indivíduo retome a vida social portador de alguma doença, apresentando resistência física e saúde comprometidas²⁸.

No sistema prisional precisaria haver um caráter modificador do ser humano, por meio do afastamento social, atividade laboral e artifícios técnicos corretivos. No entanto, tais critérios têm sido inoperantes e para a população feminina tem-se refletido no cárcere suas experiências de violência passada ao longo da trajetória de vida¹³.

A população carcerária retrata altos índices de distúrbios mentais, doenças crônicas e uso de drogas, superiores aos das comunidades das quais os indivíduos se originaram. O ambiente se torna propício ao agravamento de problemas de saúde previamente existentes, além do surgimento de novos agravos²². É uma problemática de difícil resolução devido aos distintos obstáculos existentes, tais quais: variabilidade de agravos à saúde, capacidade de atendimento, a capacidade e disponibilidade das equipes de saúde e a relação hierárquica entre a unidade prisional e o Sistema Único de Saúde (SUS)²⁸.

2.2 Atuação do cirurgião dentista dentro do sistema prisional

A situação de cárcere torna-se um ambiente propício para aparecimento e evolução de epidemias. Uma equipe de saúde multidisciplinar é essencial para controle e combate do adoecimento dos presidiários²³.

Se existir mais de cem presos na unidade prisional, esta deverá possuir uma equipe técnica mínima, dispondo de médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde bucal. Esta equipe atua com carga horária de 20 horas semanais e abrange até 500 presos¹.

Para atender de forma integral os internos do sistema prisional, a atuação do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar é fundamental para a promoção da saúde bucal por meio da reabilitação oral, do diagnóstico precoce de certas doenças sistêmicas a partir do exame das manifestações orais destas, além da capacitação da

população carcerária quanto aos autocuidados com a saúde bucal, detecção precoce de manifestações virais, fúngicas e câncer de boca²⁶.

O PNSSP¹ tem como propósito contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira. Para a saúde bucal, são objetivos do cirurgião-dentista da equipe:

- Orientação sobre higiene bucal e autoexame da boca;
- Consulta odontológica – 1º consulta;
- Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão;
- Controle de placa bacteriana;
- Escariação (por dente);
- Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemi-arcada);
- Curetagem supragengival e polimento dentário (por hemi-arcada);
- Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente);
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia ou necropulpectomia em dente permanente;
- Restauração em dentes permanentes;
- Exodontia de dente permanente;
- Remoção de resto radicular;
- Tratamento de alveolite;
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência.

A meta da saúde bucal do PNSSP é alcançar 100% da população carcerária esclarecida e orientada sobre os autocuidados em higiene bucal e sobre a importância do autoexame da boca como medida preventiva e de diagnóstico precoce do câncer bucal¹. Para que esses objetivos sejam alcançados nos consultórios odontológicos, pela equipe de saúde bucal, é preciso que o Estado disponibilize os recursos necessários para a manutenção dos materiais odontológicos.

2.3 Estudos brasileiros envolvendo a odontologia no sistema prisional

Poucos são os estudos realizados em unidade prisionais no Brasil que retratam a realidade das condições de saúde bucal. Isso pode ser devido a dificuldade de se entrar numa penitenciária para realização de pesquisa científica, principalmente

no aspecto dos riscos quanto à segurança, visto que o consultório odontológico dentro da unidade é um ambiente que possui muitos instrumentos cortantes e perfurocortantes.

Prieto (2011)²⁹, em seu trabalho de conclusão de curso, realizou uma pesquisa sobre a satisfação da saúde bucal de 109 mulheres internas em centro de ressocialização da região Noroeste do estado de São Paulo. O estudo verificou que 28,4% das detentas haviam realizado consulta odontológica há mais de 1 ano, no próprio centro de ressocialização, por necessidade de extração dentária. Quanto à educação em saúde no centro, apenas 7,4% relataram receber informações referentes à saúde bucal. Poucas internas (12,9%) estavam satisfeitas quanto a saúde bucal e 89,9% delas responderam que tinham necessidade de tratamento odontológico. Foi verificado que a presença do cirurgião-dentista neste centro de reeducação era de forma esporádica.

Araújo, Reis e Almeida (2012)³⁰ traçaram um perfil epidemiológico bucal dos 114 internos do Hospital de Custódia de Americano, localizado no município de Santa Isabel, estado do Pará. Encontraram como resultados que 92,9% possuem dentes cariados, 81,6% tinham sofrido trauma dentário, 36% tinham pelo menos 8 dentes perdidos e e por isso haviam necessidade do uso de prótese.

Tetzner et al. (2012)²⁵ realizaram uma revisão da literatura com objetivo de avaliar o ambiente social do sistema prisional e sua correlação com a saúde sistêmica e bucal dos presidiários. Os autores destacaram a importância não somente no tratamento reabilitador, mas estimular a educação em saúde bucal, na promoção dos autocuidados, além do diagnóstico de doenças sistêmicas com manifestações orais.

Rodrigues et al. (2014)³¹ estudaram a perda dentária em 65 apenadas de uma unidade prisional de Campina Grande na Paraíba. Através de um corte transversal, verificaram que 29,2% das apenadas usavam algum tipo de prótese, consideradas inadequadas e 78,5% necessitavam de reabilitação protética.

Moreira e Souza (2014)³² realizaram uma pesquisa qualitativa com 11 mulheres presas na Bahia, através de entrevista semiestruturada, com objetivo de discutir as ações de saúde prestadas no sistema penitenciário. Dentre os relatos, está o atendimento odontológico que não cumpre os requisitos mínimos propostos pelo Ministério da Justiça. Percebeu-se que o atendimento em saúde no sistema penitenciário é precário, e quando se trata de saúde bucal, a assistência pode ser resumida a extrações dentária.

Cavalcanti et al. (2014)³³, em um estudo transversal envolvendo 127 presos do sexo masculino, tiveram como objetivo avaliar a experiência de cárie e o uso dos serviços odontológicos em uma unidade prisional de Guarabira na Paraíba. Encontraram a média do índice CPO-D o valor 19,72. Dentre os componentes do CPO, o componente cariado apresentou o maior valor médio (11,06+-5,37). Verificaram que 80% dos presos tiveram atendimento odontológico no último ano, sendo 80% destes atendimentos aconteceram na unidade prisional, onde foram realizados em 32% dos casos procedimentos restauradores.

Bezerra e Fernandes (2015)³⁴ objetivaram verificar o perfil social e de saúde de mulheres apenadas em uma penitenciária feminina do estado de São Paulo. Em estudo descritivo e transversal, obtiveram uma amostra de 317 mulheres encarceradas. Em seus resultados, encontraram que dentre os problemas de saúde autorreferidos, os mais apontados foram os problemas odontológicos (84,2%).

Sampaio (2015)³⁵, em seu trabalho de conclusão de curso, buscou avaliar a condição de saúde bucal das mulheres privadas de liberdade da Unidade Prisional Feminina no Complexo Penitenciário do Serrotão, em Campina Grande na Paraíba. A amostra foi composta por 64 mulheres e como resultado da experiência de cárie, verificou uma média de 18,11 sendo o componente cariado (11,25) o que mais influenciou a média do CPO-D. O problema mais relatado foi a dor de dente nos últimos 6 meses (66,7%).

Diante dos poucos estudos descritos, a falta de amostras representativas, este trabalho justifica-se com o intuito de se traçar um perfil de saúde da população feminina encarcerada em uma unidade prisional da capital do estado da Paraíba, para possibilitar a criação de novas políticas de saúde pública.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo deste estudo é traçar o perfil epidemiológico de saúde das mulheres privadas de liberdade de uma unidade prisional feminina da capital do estado da Paraíba.

3.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar as apenadas quanto à situação carcerária, tempo de reclusão, idade, escolaridade, orientação sexual, naturalidade;
- b) Verificar a prevalência de condições sistêmicas e comportamentais;
- c) Identificar a presença de lesões intrabucais;
- d) Verificar a experiência de cárie através do CPO-D;
- e) Determinar o Índice de Placa Bacteriana;
- f) Determinar o Índice Periodontal Comunitário (IPC).

4 METODOLOGIA

4.1 Considerações Éticas

Os procedimentos para a realização desta pesquisa respeitaram as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, após a obtenção da anuência da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado da Paraíba (ANEXO A). O projeto foi aprovado em 07 de Dezembro de 2015, sob protocolo do CEP: nº 683/2015 CAAE: 48845515.6.0000.5176 e Parecer Consubstanciado: 1.341.953.

4.2 Tipo de estudo

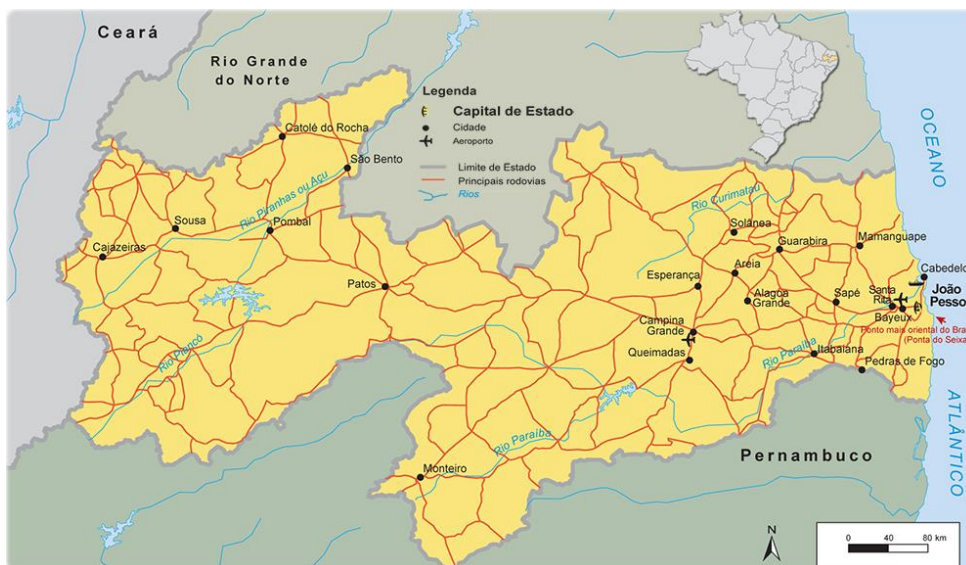
Tratou-se de um estudo epidemiológico, descritivo, observacional, de natureza transversal, através da técnica direta intensiva utilizando informações obtidas por intermédio da observação sistemática dos participantes e aplicação de entrevista, com abordagem quantitativa.

4.3 Local do estudo

Na Paraíba existem quatro unidades prisionais femininas (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Cajazeiras).

O estudo foi realizado na Unidade Prisional Feminina de João Pessoa (Segurança Máxima), situada a Rua Benevenuto Gonçalves s/n, no bairro de Mangabeira VII, na cidade de João Pessoa, na Paraíba. Trata-se do Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão, que possui sala equipada com consultório odontológico, local onde foram realizadas as consultas clínicas.

Esta foi a unidade prisional escolhida por existir maior número de mulheres privadas de liberdade e ser a referência do estado da Paraíba.



FONTE: Google Mapas

4.4 Universo e Amostra

O universo do estudo foi composto por todas as apenadas reclusas, cumprindo pena, no Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão, em regime fechado no período de Setembro de 2016 a Outubro de 2017. Como este estudo trata-se de um censo, o universo foi igual a amostra, totalizando 311 mulheres privadas de liberdade ao momento do exame.

4.5 Critérios de elegibilidade:

Foram incluídas no estudo todas as apenadas que se dispuseram a participar da pesquisa. Foi considerado perda, aquelas que, por qualquer motivo, se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou que tendo assinado o TCLE retirou a autorização a qualquer etapa do estudo (APÊNDICE A).

4.6 Coleta de dados

A avaliação sociodemográfica foi realizada através do preenchimento da ficha clínica durante a anamnese. Essa ficha foi construída pela pesquisadora e foi utilizada como prontuário padrão no serviço. Foram levantados dados referentes a

idade, escolaridade, situação carcerária, tempo de reclusão, orientação sexual e condições sistêmicas de saúde.

4.6.1 Processo de calibração

Inicialmente foram selecionadas 30 apenadas com o objetivo de realizar o procedimento de calibração da examinadora. Essas apenadas não fizeram parte da amostra. A concordância intraexaminador foi avaliada através do teste de Kappa, o qual utiliza a seguinte fórmula:

$$K = (Po - Pe) / (1 - Pe),$$

onde Po significa a proporção de concordância observada e Pe a proporção de concordância que poderia ser esperada por probabilidade. Para a interpretação dos valores de Kappa, foi proposta uma escala (Quadro 1).

Quadro 1 - Escala de valores referente ao teste de Kappa.

Abaixo de zero	concordância ruim
0,00 – 0,20	concordância fraca
0,21 – 0,40	concordância sofrível
0,41 – 0,60	concordância regular
0,61 – 0,80	concordância boa
0,81 - 0,99	concordância ótima
1,00	concordância perfeita

FONTE: Landis JR, Koch GG (1977)³⁶.

Para a avaliação da experiência de cárie utilizando o Índice CPO-D obteve-se um valor de Kappa intraexaminador igual a 0,88 (concordância ótima), na etapa de treinamento. Para a avaliação das doenças periodontais, utilizando o Índice CPI, foi obtido um valor de Kappa igual a 0,84 (concordância ótima).

4.6.2 Exame clínico

Na primeira etapa foram coletados e analisados os dados referentes à anamnese contido no prontuário odontológico construído pela examinadora (ANEXO B).

Com a colaboração dos agentes de segurança penitenciária, diariamente eram solicitadas reeducandas para dar início a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com finalidade de explicar o estudo, e mostrando quais procedimentos seriam realizados, assim como o objetivo do estudo. Após este consentimento, procedeu-se a realização do exame clínico odontológico para verificação da presença de alguma lesão extra ou intrabucal e verificar a experiência de cárie através do índice CPO-D, o Índice Periodontal Comunitário – IPC e o Índice de Placa Bacteriana. Esses dados foram preenchidos em ficha elaborada pela pesquisadora especificamente para o estudo (APÊNDICE B).

O exame clínico foi realizado nas dependências do consultório odontológico dentro da unidade penitenciária. Foi realizado por um único examinador devidamente calibrado, auxiliado por um anotador instruído para tal função, ambos obrigatoriamente paramentados, atendendo as normas gerais de biossegurança. Para o exame das superfícies bucais foram utilizadas espátulas de madeira descartáveis, espelhos bucais, sondas periodontal (WHO), devidamente esterilizadas.

4.6.3 Exame extra e intrabucal

De forma a assegurar que todas as condições fossem detectadas e diagnosticadas, o exame extrabucal foi realizado na seguinte sequência: visão geral das áreas externas de pele (cabeça, pescoço, membros); superfície perioral externa (nariz, bochechas, queixo); gânglios linfáticos (cabeça, pescoço); partes cutâneas dos lábios superiores e inferiores; linha cutâneo-mucosa de lábio e comissuras; articulação têmporo-mandibular (ATM) e região da glândula parótida³⁷.

O exame da mucosa bucal, dos tecidos moles da boca e ao redor desta, foi feito em cada apenada de forma meticulosa e sistemática obedecendo à seguinte sequência: mucosa labial e sulco vestibular (superior e inferior); porção labial das comissuras e mucosa bucal (direita e esquerda); língua (superfícies dorsal e ventral,

bordas); assoalho da boca; palato duro e mole; crista alveolar/gengiva (superior e inferior)³⁷.

Em caso de existência de alterações, as apenas seriam encaminhadas ao Serviço de Estomatologia do Centro de Especialidades Odontológicas do Estado da Paraíba (Cruz das Armas), para realização da biópsia e posterior diagnóstico histopatológico. Para o diagnóstico clínico das lesões foram utilizados os critérios da OMS.

4.6.4 Avaliação da experiência de cárie dentária – Índice CPO-D

O índice CPO é um índice recomendado pela OMS, para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações. Seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados no grupo de indivíduos em estudo³⁸.

Os códigos e critérios para a condição da coroa dentária de cada indivíduos estão descritos a seguir e resumidos no Quadro 2.

0 – Coroa Hígida

Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não foram levados em consideração. Os seguintes sinais foram codificados como hígidos:

- manchas esbranquiçadas;
- manchas rugosas resistentes à pressão da sonda OMS;
- sulcos e fissuras do esmalte manchado, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda OMS;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do 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, fissura ou superfície lisa apresentando cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda OMS foi empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerou-se

o dente hígido. Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, adotou-se, como regra de decisão, considerar o dente atacado por cárie, registrando-se cariado. Entretanto, este enfoque epidemiológico não implica admitir que há necessidade de uma restauração.

2 – Coroa Restaurada mas Cariada.

Uma ou mais restaurações, e ao mesmo tempo uma ou mais áreas que estivessem cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).

3 – Coroa Restaurada e Sem Cárie

Uma ou mais restaurações definitivas, e inexistência de cárie primária ou recorrente.

4 – Dente Perdido Devido à Cárie

Um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. No caso de dentes decíduos, aplicaria-se apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.

5 – Dente Perdido por Outra Razão

Ausência se deu por razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênicas.

6 – Selante

Um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código **1** ou **B** (cárie).

7 – Apoio de Ponte ou Coroa

Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas.

8 – Coroa Não Erupcionada

Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não incluiu dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.

T – Trauma (Fratura)

Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não houve evidência de cárie. Restaurações decorrentes de fratura coronária foram registrados como Trauma (T).

9 – Dente Excluído

Aplicado a qualquer dente permanente que não pôde ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas, dentre outros). Quando houveram 5 ou mais dentes com bandas o portador seria excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizaram os exames e, assim, não constituíram obstáculo para aproveitamento do elemento amostral.

Quadro 2 - Códigos utilizados para preenchimento da ficha de CPO-D de acordo com as condições.

CÓDIGO		CONDIÇÃO
DENTES DECÍDUOS	DENTES PERMANENTES	
A	0	Hígido
B	1	Cariado
C	2	Restaurado mas com cárie
D	3	Restaurado e sem cárie
E	4	Perdido devido à cárie
F	5	Perdido por outras razões
G	6	Selante
H	7	Apoio de ponte ou coroa
K	8	Não erupcionado
T	T	Trauma
L	9	Dente excluído

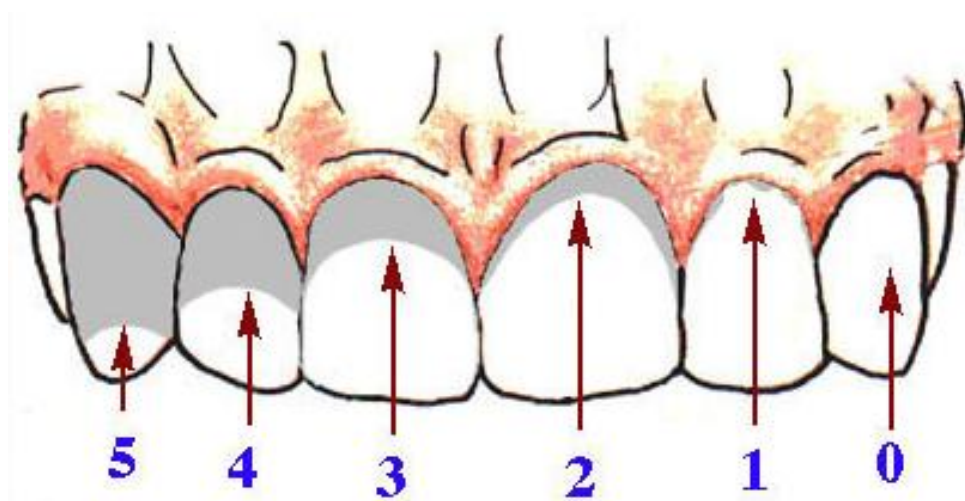
FONTE: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, Manual da Equipe de Campo, 2009³⁸.

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

4.6.5 Índice de Placa Bacteriana

O índice de Placa Bacteriana de escolha para este estudo foi o de Turesky et al. (1970)³⁹, que foi uma proposta de modificação no índice de Quigley & Hein (1962)⁴⁰. Para a avaliação foi utilizado um evidenciador de placa (Eviplak 10ml, Biodinâmica) e um espelho clínico para avaliar as faces vestibular e lingual (não restaurada) de todos os dentes, exceto os terceiros molares (Figura 2, Quadro 3).

Figura 2 - Desenho esquemático dos escores de 0 a 5 para evidenciação da placa bacteriana na superfície vestibular dos dentes.



FONTE: Quigley & Hein (1962)⁴⁰.

Quadro 3 - Escores e critérios para verificação da presença da placa bacteriana na superfície dos dentes.

ESCORE	CRITÉRIOS
0	Sem placa
1	Manchas separadas de placa na margem cervical
2	Faixa fina (até 1mm) e contínua na margem cervical
3	Faixa de placa mais espessa que 1mm mas não cobrindo mais do que 1/3 da coroa do dente
4	Faixa de placa cobrindo no mínimo 1/3, mas menos que 2/3 da coroa do dente
5	Placa cobrindo 2/3 ou mais da coroa do dente

Após o exame de todos os dentes presentes na boca, faz-se necessário realizar um cálculo de todas as superfícies evidenciadas, para se ter o valor do índice de placa. Este valor é dado através da soma dos escores obtido pelo número de faces examinadas. Valores de 0 ou 1 foram considerados de baixa acumulação de placa bacteriana e valores superiores a 2 foram considerados de elevada acumulação de placa bacteriana.

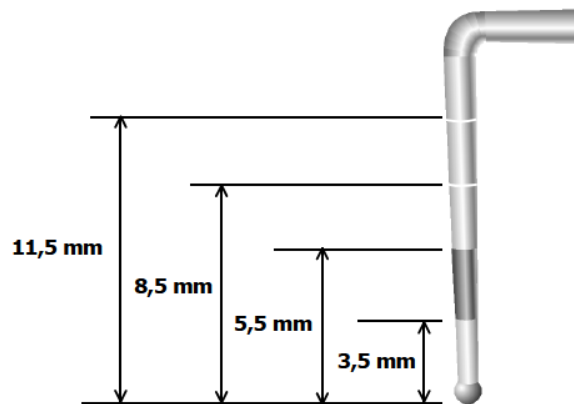
$$\text{Índice de Placa} = \frac{\text{Soma dos Escores obtidos}}{\text{Nº de faces examinadas}}$$

4.6.6 Condição Periodontal através do Índice Periodontal Comunitário – IPC

O Índice Periodontal Comunitário permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa³⁸.

Sonda OMS – Para realizar o exame utilizou-se sonda específica, denominada sonda OMS, com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5mm e 11,5 mm da ponta do instrumento.

Figura 3 - Sonda OMS, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda.



FONTE: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, Manual da Equipe de Campo, 2009³⁸.

Sextantes – A boca é dividida em sextantes definidos pelos grupos de dentes: 18 a 14, 13 a 23, 24 a 28, 38 a 34, 33 a 43 e 44 a 48.

Dentes-Índices – Foram 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.

Exame – Pelo menos 6 pontos são 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 ser iniciados na área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área mésio-vestibular. Após, inspecionam-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.

Códigos e Critérios

O registro das condições deve ser feito de forma separada para sangramento, cálculo e bolsa, do seguinte modo.

Sangramento:

0 – *Ausência*

1 – *Presença*

X – *Sextante excluído* (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)

9 – *Não examinado* (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Cálculo Dentário:

0 – *Ausência*

1 – *Presença*

X – *Sextante excluído* (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)

9 – *Não examinado* (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Bolsa Periodontal:

0 – *Ausência*

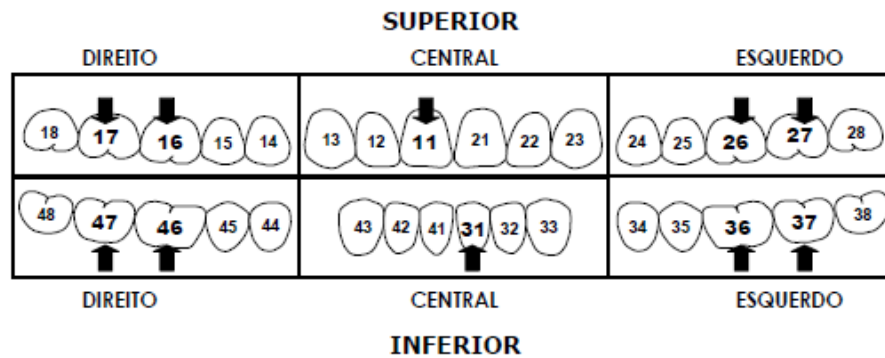
1 – *Presença de Bolsa Rasa:* Quando a marca preta da sonda fica parcialmente coberta pela margem gengival. Como a marca inferior da área preta corresponde a 3,5 mm e a superior 5,5 mm, a bolsa detectada deve estar entre 4 e 5 mm.

2 – *Presença de Bolsa Profunda:* Quando a área preta da sonda fica totalmente coberta pela margem da gengiva. Como a marca superior da área preta fica a 5,5 mm da ponta, a bolsa é de, pelo menos 6 mm.

X – *Sextante excluído* (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)

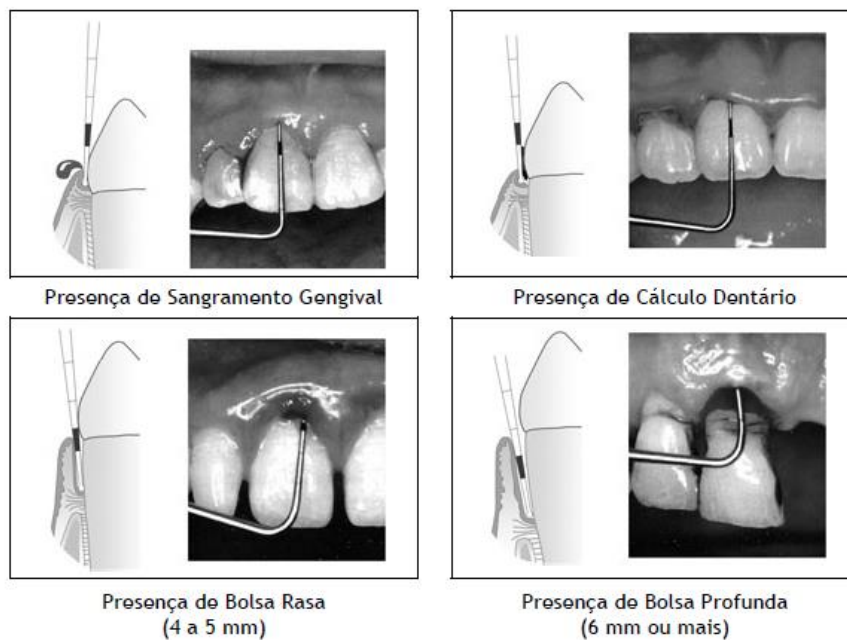
9 – *Não examinado* (quando o índice não se aplica à idade em questão).

Figura 4 - Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índices para IPC.



FONTE: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, Manual da Equipe de Campo, 2009³⁸.

Figura 5 - Exemplos de condições a serem registradas para o Índice Periodontal Comunitário (IPC).



FONTE: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, Manual da Equipe de Campo, 2009³⁸.

4.7 Análise estatística

Os dados foram inseridos em uma planilha do *software* IBM SPSS (22.0) e analisados mediante estatística descritiva (valores de frequências absolutas e

percentuais) e inferencial (Testes de normalidade, de comparação de médias e de correlação).

O teste de normalidade Kolmogorov Smirnov foi aplicado às variáveis quantitativas “tempo de reclusão”, “Índice CPOD”, “Índice de Placa”, “número de dentes cariados”, “número de dentes ausentes” e “número de dentes obturados”, verificando-se trataram-se todas de variáveis com distribuição do tipo não-normal ($p < 0,05$).

Sequencialmente procedeu-se a avaliação de diferença entre a distribuição do “tempo de reclusão” e as classificações para cada uma das seguintes variáveis: “Índice de placa”, “Presença de sangramento”, “Presença de cálculo” e “Presença de bolsa periodontal”, mediante teste de Kruskal-Wallis.

Para a verificação de diferença na distribuição das médias para o índice CPOD, número de dentes cariados, perdidos e obturados entre as categorias para escolaridade utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis (pós-teste de Mann Whitney). Para todos os testes utilizados considerou-se um nível de significância de 5%.

5

**ARTIGOS
CIENTÍFICOS**

5.1 Artigo 1

Área de Concentração: Saúde Pública

Condições de saúde das mulheres que vivem no cárcere: conhecendo para cuidar

Health conditions of women living in prison: knowing to care

Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista – Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. (marailka@hotmail.com).

Alessandra Albuquerque Tavares Carvalho – Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Universidade Federal de Pernambuco. (alessandra.atcarvalho@gmail.com)

Autor correspondente

Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista.

Rua Rita Sabino de Andrade nº35, ap. 201. Aeroclube. João Pessoa, Paraíba.

CEP: 58036-610

Email: marailka@hotmail.com

RESUMO

A população carcerária feminina vem aumentando ao longo dos anos. As mulheres privadas de liberdade têm todos os direitos sociais, que não se pode ser negado, incluindo acesso à saúde. O objetivo desse estudo foi verificar as condições de saúde e o perfil social das mulheres que estão privadas de liberdade, em regime fechado, em uma unidade prisional brasileira. Foi realizado um estudo seccional, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2016 a outubro de 2017 em um presídio feminino de segurança máxima, localizado na capital do Estado da Paraíba. A amostra foi constituída por 311 mulheres. A média de idade das mulheres foi de 30,28 anos, com idade mínima de 18 e máxima de 60 anos. O tempo de reclusão médio estimado foi de 21,59 meses, sendo 53,4% em situação carcerária provisória. Com relação à escolaridade, a prevalência foi de mulheres que completaram o ensino fundamental. Os agravos mais prevalentes referiram-se a problemas respiratórios: a sinusite (18,6%) e a asma (10,6%). Quanto às doenças sistêmicas, a hipertensão foi relatada por 14,1% das mulheres, e a diabetes por 3,9%. O uso de medicamentos para ansiedade foi detectado em 20,6% das apenadas. Conclui-se que o perfil da mulher privada de liberdade é de adultas jovens, com até 1 ano de reclusão em regime fechado, em situação carcerária provisória, com problemas respiratórios e infecções sexualmente transmissíveis. São na maioria tabagistas e utilizam medicações para controle da ansiedade. É importante ressaltar a necessidade da formulação de políticas públicas de saúde que visem melhorias e transformações da realidade das unidades prisionais, e a promoção da saúde.

Palavras Chaves: Prisões; Vulnerabilidade em Saúde; Saúde da Mulher; Perfil de Saúde; Epidemiologia Descritiva.

ABSTRACT

The female prison population has been increasing over the years. Women deprived of their liberty have all the social rights that can not be denied, including access to health. The aim of this study was to assess the health conditions and the social profile of women who are deprived of freedom, in a closed system, in a Brazilian prison unit. A cross-sectional study was conducted with a quantitative approach. Data collection was carried out from September 2016 to October 2017 in a female maximum security prison located in the state capital of Paraíba. The sample consisted of 311 women. The mean age of women was 30.28 years, with a minimum age of 18 and a maximum of 60 years. The estimated average time of imprisonment was 21.59 months, with 53.4% in temporary custody. With regard to schooling, the prevalence was of women who completed elementary school. The most prevalent injuries were respiratory problems: sinusitis (18.6%) and asthma (10.6%). As for systemic diseases, hypertension was reported by 14.1% of women, and diabetes by 3.9%. The use of medication for anxiety was detected in 20.6% of them. It is concluded that the profile of women deprived from liberty is young adults, with up to 1 year of reclusion in a closed prison, in a temporary prison situation, with respiratory problems and sexually transmitted infections. They are mostly smokers and use medications to control anxiety. It is important to emphasize the need for the formulation of public health policies aimed to improve and transform the reality of the prison units and health promotion.

Keywords: Prisons; Health Vulnerability; Women's Health; Health Profile; Epidemiology Descriptive.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde iniciou em 1995 o “Projeto de Saúde no Sistema Prisional” do qual fez parte o documento “Guia de Saúde nas Prisões”, onde normas internacionais definiram a qualidade dos cuidados a serem dedicados a reclusos. Dentre elas, destaca-se o seguinte princípio: “os presos não devem sair da prisão em pior situação de saúde do que quando nela entraram”¹.

No Brasil estima-se que 607.731 pessoas vivem sob privação de liberdade em penitenciárias administradas pelos órgãos públicos e financiadas pela população. Há um déficit de vagas no sistema penitenciário, sendo a taxa média de ocupação dos estabelecimentos de 161%, ou seja, em cada espaço concebido para custodiar 10 pessoas, existem cerca de 16 indivíduos encarcerados².

Como estratégia governamental de prestação de saúde à população carcerária, foi criada no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde^{3,4,5}.

O texto da política reafirma que as pessoas privadas de liberdade são cidadãos de direitos, e contraria a associação comumente feita em nossa sociedade entre transgressão e negação de direitos sociais⁶. Entretanto, a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade esbarra nas limitações impostas pela própria condição de confinamento, o que dificulta o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e efetiva³.

A população encarcerada brasileira ainda vive abaixo da linha mínima de dignidade, o que leva à prevalência consideravelmente elevada de casos de agravos transmissíveis e não transmissíveis, afetando diretamente os objetivos de proteção à saúde e ressocialização dos reclusos^{1,7}.

No que se refere as mulheres privadas de liberdade, compõem de 2% a 9% da população carcerária do mundo. Entre 2000 e 2014, o Brasil registrou um aumento de 567% na população carcerária feminina, com cerca de 37.308 mulheres brasileiras presas apenas em 2014⁸.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo verificar as condições de saúde das mulheres que estão privadas de liberdade, em regime fechado, em uma unidade prisional brasileira.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo seccional, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2016 a outubro de 2017 em um presídio feminino de segurança máxima, localizado na capital do Estado da Paraíba. Todas as 311 mulheres que estavam na unidade prisional, em regime fechado, foram convidadas a participar do estudo.

Realizou-se uma consulta individual onde foram dadas explicações sobre os objetivos do estudo, metodologia, riscos, inexistência de implicações em caso de participação ou recusa, garantia de confidencialidade de resultados e autonomia para desistir a qualquer momento, sem prejuízo pessoal. Aquelas que demonstraram interesse/disposição tiveram o consentimento de participação oficializado.

As variáveis coletadas fizeram referência a idade, escolaridade, tempo de reclusão e história de saúde, através do preenchimento da ficha clínica (desenvolvida pelos pesquisadores) durante a entrevista. Um único examinador realizou a coleta dos dados. Os dados foram inseridos em uma planilha do *software* IBM SPSS (22.0) e analisados mediante estatística descritiva (valores de frequências absolutas e percentuais).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, protocolo n. 683/2015 CAAE: 48845515.6.0000.5176, e autorizada pela Secretaria de Administração Penitenciária do Estado da Paraíba, em atendimento à Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de mulheres privadas de liberdade dentro de uma unidade prisional é de caráter flutuante, pois todos os dias mulheres são presas e outras são libertadas⁹. No entanto, no intervalo de tempo que o estudo foi realizado, todas as apenadas foram convidadas e aceitaram participar da pesquisa, sendo, portanto, uma pesquisa do tipo censo.

Os altos índices de violência e criminalidade em nossa sociedade refletem no aumento de prisioneiros. Os estudiosos apontam diversos e diferentes fatores relacionados à criminalidade, descrevendo-a como um fenômeno complexo que abrange fatores biológicos, genéticos, psicológicos, econômicos, culturais, dentre outros¹⁰.

A população carcerária feminina no Brasil vem aumentando devido aos envolvimento com a criminalidade, por isso é prudente traçar um perfil e descrever características de algumas peculiaridades da mulher que vive no cárcere, para que sejam criadas estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde de acordo com a realidade do grupo estudado¹¹.

Na unidade prisional onde foi realizada esta pesquisa, as apenadas são divididas de acordo com a situação carcerária (provisórias e sentenciadas). As apenadas provisórias são aquelas que estão aguardando julgamento e encontra-se em regime fechado preventivamente. Já as sentenciadas são aquelas que já estão cumprindo sua sentença. Os resultados mostram que a maioria das mulheres privadas de liberdade encontram-se em situação carcerária provisória com 53% (Tabela 1). Em um estudo semelhante, realizado numa unidade prisional feminina em Campina Grande na Paraíba, verificou-se que as apenadas já tinham sido sentenciadas (56,3%)¹². Estes resultados mostram a lentidão do sistema judiciário brasileiro, onde um grande número de apenadas ficam reclusas em situação provisória, aguardando serem sentenciadas, sendo motivo para o aumento das aglomerações dentro dos presídios¹³.

Nesse estudo a idade média das mulheres foi de 30,28 anos, com idade mínima de 18 e máxima de 60 anos. O tempo de reclusão médio estimado foi de 21,59 meses. Com relação à escolaridade, a prevalência foi de mulheres que estudaram até o ensino fundamental completo. A Tabela 1 mostra a caracterização da população de apenadas avaliadas no período do estudo. Conhecer as populações vulneráveis, como é o caso da população privada de liberdade, e garantir sua visibilidade, constitui o primeiro passo no sentido de planejar e implementar medidas de intervenção para esse grupo¹⁴.

Quando se analisou a distribuição da população por faixa etária, os resultados deste estudo mostraram que a maior prevalência foi de mulheres entre 21 a 30 anos. No Brasil, é observado que os jovens estão, cada vez mais, participantes de atos infracionais. Comumente inseridos nas camadas populares mais baixas, geralmente sem trabalho e perspectivas futuras, os jovens tornam-se alvos de cooptação por criminosos, sujeitos à violência, ao uso de drogas e à desestruturação familiar, o que aumenta a incidência de estatísticas sobre infração de pessoas nesta faixa etária¹⁵.

A influência da questão social pode ser observada na escolaridade predominante das apenadas: a maioria possuía o ensino fundamental completo 45,7%. Lermen et al. (2015)⁶ atentaram que as ações de punição estatal são majoritariamente aplicadas a uma determinada parcela populacional, as pessoas pobres, e é justamente essa parte da população que costuma ter seus direitos sociais negligenciados, inclusive o direito à educação.

Becker e Kassouf (2017)¹⁶ refletem sobre como a educação da população pode contribuir para reduzir o crime, sendo a alocação de recursos na educação uma forma de política pública de longo prazo para a redução da criminalidade. Os autores discutiram sobre um dos fatores, definido como “custo da criminalidade”. Segundo eles, o indivíduo mais educado obtém melhores oportunidades de salário e emprego, o que aumenta o “custo” caso cometa um crime, ou seja, a punição pode ser mais custosa para indivíduos mais educados, já que o encarceramento implica em tempo fora do mercado de trabalho.

Quando as preocupações estão voltadas à situação de saúde da população que vive no cárcere, identificam-se baixíssimas condições das ocupações oferecidas no sistema prisional brasileiro, o que ocasiona em superlotação e disseminação de diversos agravos à saúde¹¹. Na unidade prisional feminina estudada, os agravos mais prevalentes referiram-se a problemas respiratórios, sendo os mais relatados a sinusite (18,6%) e a asma (10,6%). Com relação às doenças sistêmicas mais comuns, hipertensão e diabetes, os resultados de prevalência foram de 14,1% e 3,9%, respectivamente. Houve ainda a constatação de alta prevalência de tabagismo entre as apenadas de 62,1% e 44% de taxa de alcoolismo. As condições de saúde e comportamentais relatadas pelas apenadas são detalhadas na Tabela 2.

Foi realizado uma pesquisa com mulheres encarceradas, na Bahia, onde foi verificado que 6,8% apresentavam hipertensão arterial, mas nenhuma referiu ter diabetes. Quanto ao tabagismo, 29,5% relataram o uso do cigarro¹⁷. Já em um estudo realizado em Campina Grande¹⁸, na Paraíba, encontrou-se um percentual bem maior para hipertensão (33,9%) e diabetes (10,2%).

As mulheres encarceradas são vulneráveis ao desenvolvimento de doenças e problemas de saúde por várias razões. Estas incluem as próprias condições das prisões, como a superlotação, o perfil social e os fatores comportamentais estabelecidos que permanecem após o encarceramento⁸. Além disso, a má-alimentação, sedentarismo, consumo de drogas e ausência de higiene contribuem para que o indivíduo retome a vida social portador de alguma doença, resistência física e saúde comprometidas¹⁹.

A tuberculose foi confirmada em 2,6% da população estudada. Esse agravo no sistema prisional tem sido descrito como uma ameaça não apenas aos prisioneiros, mas também para a comunidade com a qual eles interagem, os membros da família e os trabalhadores da prisão, durante e após o encarceramento²⁰. Em outro estudo¹⁷ foi verificado que 4,5% da população feminina encarcerada foi diagnosticada com tuberculose. No Brasil, a incidência de tuberculose no sistema prisional é 28 vezes maior do que na população geral²⁰.

No que tange ao HIV, verificou-se uma prevalência de 3,2% positivos na população estudada. No que se refere à prevalência de sífilis, encontrou-se 8,7%. Não foram identificadas mulheres que possuísem coinfeção HIV e Sífilis na amostra analisada (Tabela 2). Oliveira et al. (2013)¹⁸ realizaram um estudo na Paraíba, com 551 mulheres encarceradas, e verificou 5,1% de positividade para infecções sexualmente transmissíveis, sem especificar quais doenças. Na Bahia, Alves et al. (2017)¹⁷, numa amostra de 44 mulheres encontraram prevalência de 40,9% para o HIV e Nicolau et al. (2012)²¹ avaliaram 155 mulheres presas no Ceará, onde encontraram prevalência de sífilis em 47,6% das mulheres diagnosticadas antes de terem sido presas e 22,2% após a reclusão. Já em estudo realizado em Pernambuco com detentos foram encontrados resultados 1,19% e 3,92%, para HIV e Sífilis respectivamente²².

A prevalência de 20,6% das apenadas utilizando alguma medicação para ansiedade, também chamou atenção nesse estudo. Santos et al. (2017)²³ em uma pesquisa com 40 mulheres privadas de liberdade do Rio de Janeiro, apontaram em seus depoimentos a presença intensa de sentimentos relacionados à tristeza, dor, solidão, abandono, revolta e ansiedade. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Alves et al. (2017)¹⁷ que identificaram 20,5% de mulheres que relataram utilizar remédios controlados para reduzir a ansiedade.

É preciso atentar que a legislação penal brasileira não prevê pena de morte nem a prisão perpétua, e o sistema prisional possui falhas na reabilitação e reinserção dos prisioneiros na sociedade, o que resulta em alta taxa de reincidência, ou seja, é um ciclo que muitas vezes se repete²⁴.

É preciso ratificar que as pessoas cumprindo pena no sistema penitenciário estão privadas apenas de sua liberdade, mas não dos direitos sociais inerentes à sua condição de sujeitos de direitos⁶. É de conhecimento do poder público a alta rotatividade de internos entre presídios e comunidade, portanto, não cuidar adequadamente das populações privadas de liberdade, trazem reflexos negativos à saúde pública^{6,24}.

Não se pode negar que avanços importantes para a garantia dos direitos sociais no âmbito da saúde no sistema prisional foram conquistados ao longo dos anos⁶. Mas ainda há limitações. É importante dedicar melhor atenção à promoção da saúde da mulher apenada, não apenas pelos próprios riscos existentes, mas pela escassez de ações preventivas ofertadas pelo sistema de saúde carcerário²⁵.

Portanto, é importante ressaltar a necessidade das políticas públicas de saúde, formuladas com o objetivo de realizar melhorias e tentar transformar essa realidade das unidades prisionais. Para isso é preciso empenho daqueles que acreditam em um sistema prisional melhor e mais humanizado. Problemas de saúde nesse contexto acontecem também

por causa das péssimas condições dos presídios, de forma degradante, penalizando as pessoas que cometeram algum crime não apenas privando-as da liberdade, mas podendo ocasionar mais problemas de saúde.

CONCLUSÕES

Conclui-se que o perfil sociodemográfico das presidiárias estudadas apontou para uma maioria de adultas jovens, de baixa escolaridade, com até 1 ano de reclusão no regime fechado, em situação carcerária provisória, sendo a maior prevalência para mulheres naturais de João Pessoa e outras cidades da Paraíba. Para as condições de saúde, os problemas respiratórios foram os mais prevalentes (sinusite e asma), as condições sistêmicas que mais foram relatadas foram hipertensão e diabetes. Foi identificada alta prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (HIV e sífilis) e o tabagismo aparece como comportamento comum para mais da metade da população estudada, assim como o uso de medicação para redução da ansiedade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a oportunidade que a Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba deu para que este estudo fosse realizado nas dependências do Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão, através da Direção e da Equipe de Saúde da Unidade.

REFERÊNCIAS

1. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cien Saude Colet. 2016;21(7):2089-2099.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial n. 1, de 02 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, Brasília, DF, n. 2, Seção 1, p. 18-21, 2014a.
3. Ministério da Justiça (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Infopen. Brasília, DF, 2014b.

4. Cavalcanti AL, Rodrigues ISAA, Silveira ITM, Oliveira TBS, Pinto MAS, Xavier AFC et al. Dental Caries Experience and Use of Dental Services among Brazilian Prisoners. *Int J Environ Res Public Health*. 2014; 11, 12118-12128.
5. Pereira EL. Famílias de mulheres presas, promoção da saúde e acesso às políticas sociais no Distrito Federal, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(7):2123-2134.
6. Lermen HS, Gil BL, Cúnico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis*. 2015;25(3):905-924.
7. Filho MMS, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Cien Saude Colet*. 2016;21(7):1999-2010.
8. Silva ERP, Souza AS, Souza TGB, Tsuha DH, Barbier AR. Screening for cervical cancer in imprisoned women in Brazil. *Plos One*. 2017;12(12): e0187873.
9. Barsaglini AR, Kehrig RT, Arruda MB. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. *Saúde Soc*. 2015; 24(4):1119-1136.
10. Canazaro D, Argimon IIL. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(7):1323-1333.
11. Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Bernardo EBR, Nicolau AIO, Aquino OS, et al. Perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no Estado do Ceará. *Texto Contexto Enferm* 2013;22(1):13-21.
12. Sampaio VPR. Avaliação da condição de saúde bucal de detentas de unidade prisional. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia.
13. Nunes LM, Faceira LS. Identidade e prisão: a interface da cultura prisional no âmbito das relações sociais. *Revista Argumentos*. 2016;13(1):157-205.
14. Macedo LR, Maciel ELN, Struchiner CJ. Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007-2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(4):783-794.
15. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Cien Saude Colet*. 2006;11(2):461-471.
16. Becker KL, Kassouf AL. Uma análise do efeito dos gastos públicos em educação sobre a criminalidade no Brasil. *Economia e Sociedade*. 2017;26(1):215-242.
17. Alves JP, Brazil JM, Nery AA, Vilela ABA, Martins Filho IE. Epidemiological profile of people deprived of freedom. *J Nurs UFPE*. 2017;11(10):4036-44.

18. Oliveira LV, Costa GMC, Medeiros KKAS, Cavalcanti AL. Epidemiological profile of female detainees in the Brazilian state of Paraíba: a descriptive study. *Online braz j nurs.* 2013;12(4):892-901.
19. Almeida PRC, Soares RSC, Coura AS, Cavalcanti AL, Dutra MOM, Lima TMA. Condição de Saúde de Mulheres Privadas de Liberdade: Uma Revisão Integrativa. *Rev Bras de Ciências da Saúde.* 2015;19(1):73-80.
20. Navarro PD, Almeida IN, Kritski AL, Ceccato MG, Maciel MMD, Carvalho WS, Miranda SS. Prevalência da infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis* em pessoas privadas de liberdade. *J Bras Pneumol.* 2016;42(5):348-355.
21. Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Ferreira RCN, Pinheiro AKB. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):386-92.
22. Albuquerque ACC, Silva DM, Rabelo DCC, Lucena WAT, Lima PCS, Coelho RMCD, Tiago GGB. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014;19(7):2125-2132.
23. Santos MV, Alvez VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Guerra JVV. Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do Estado do Rio de Janeiro. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26(2):e5980015.
24. Puga MAM, Bandeira LM, Pompilio MA, Croda J, Rezende GRd, Dorisbor LFP, et al. Prevalence and Incidence of HCV Infection among Prisoners in Central Brazil. *PLoS ONE.* 2017;12(1): e0169195.
25. Damas FB. Assistência e condição de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Rev Saúde Públ Santa Cat.* 2012;5(3):6-22.

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária, tempo de reclusão e nível de instrução das mulheres privadas de liberdade (2016-2017). João Pessoa.

Variável	Frequência		Média ± DP
	n	%	
Situação carcerária			
Provisória	166	53,4	
Sentenciadas	145	46,6	
Faixa etária			
Até 20 anos	26	8,5	30,28 ± 8,18
De 21 a 30 anos	152	48,8	
De 31 a 40 anos	99	31,9	
De 41 a 50 anos	28	9	
De 51 a 60 anos	6	1,8	
Tempo de reclusão (anos)			
Até 1 ano	144	46,4	21,59 (meses) ± 20,58
De 1,1 a 3 anos	106	34,5	
De 3,1 a 5 anos	43	13,5	
De 5,1 a 8 anos	17	5,3	
Mais de 8,1 anos	1	0,3	
Nível de instrução			
Nunca estudou	15	4,8	
Fundamental Incompleto	69	22,2	
Fundamental Completo	142	45,7	
Médio Incompleto	13	4,2	
Médio Completo	67	21,5	
Superior Incompleto	1	0,3	
Superior Completo	4	1,3	
Naturalidade			
João Pessoa	183	58,8	
Outras cidades da Paraíba	102	32,7	
Outros estados	26	8,5	

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 2. Distribuição das condições de saúde e comportamentais relatadas pelas mulheres privadas de liberdade (2016-2017). João Pessoa.

FATORES		FREQUÊNCIA	
HISTÓRIA DE SAÚDE		N	%
Problema cardíaco	Sim	5	1,6
	Não	306	98,4
Hipertensão	Sim	44	14,1
	Não	267	85,9
Diabetes	Sim	12	3,9
	Não	299	96,1
Asma	Sim	33	10,6
	Não	278	89,4
Bronquite	Sim	9	2,9
	Não	302	97,1
Pneumonia	Sim	10	3,2
	Não	301	96,8
Tuberculose	Sim	8	2,6
	Não	303	97,4
Sinusite	Sim	58	18,6
	Não	253	81,4
Doença sexualmente transmissível	Sim - Sífilis	27	8,7
	Sim - HIV	10	3,2
	Sim – HPV	3	1,0
	Não	271	87,1
COMPORTAMENTAIS			
Alcoolismo prévio à prisão	Sim	138	44,4
	Não	173	55,6
Tabagismo	Sim	193	62,1
	Não	118	37,9
Total		311	100

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 3. Frequência da utilização de medicação controlada pelas mulheres privadas de liberdade (2016-2017). João Pessoa.

Frequência		
Utilização de medicação controlada para	n	%
ansiedade, estresse e depressão		
Diazepam	31	10,0
Amytril	16	5,1
Gardenal	3	1,0
Fluoxetina	2	0,6
Levosine	5	1,6
Clonazepan	7	2,3
Não utilizam	247	79,4

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

5.2 Artigo 2

ESTUDO DA SAÚDE BUCAL DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE DE UMA UNIDADE PRISIONAL DO NORDESTE BRASILEIRO

ORAL HEALTH STUDY IN WOMEN DEPRIVED OF FREEDOM AT PARAIBA STATE

Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista – Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. (marailka@hotmail.com).

Alessandra Albuquerque Tavares Carvalho – Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Universidade Federal de Pernambuco. (alessandra.atcarvalho@gmail.com)

Autor correspondente:

Mara Ilka Holanda Medeiros de Lucena

Universidade Federal de Pernambuco/ Centro de Ciências da Saúde/ Programa de Pós-graduação em Odontologia / Av. Prof. Moraes Rego, 1235- Cidade Universitária, Recife/PE

CEP 50670-901 Fone/fax: +55 (81) 2126-8836

E-mail: marailka@hotmail.com

RESUMO

O trabalho do cirurgião dentista na equipe de saúde das unidades prisionais é primordial para a assistência integral à saúde das pessoas privadas de liberdade. O objetivo desse estudo foi identificar a presença de lesões em tecido mole, verificar a experiência de cárie, a presença de placa bacteriana e a condição periodontal das mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional do nordeste brasileiro. Foi realizado um estudo seccional, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados de setembro de 2016 a outubro de 2017 em um presídio feminino. A amostra foi constituída por 311 mulheres. A média de idade das mulheres foi de 30,28 anos. O tempo de reclusão médio estimado foi de 21,59 meses. Com relação à escolaridade, a prevalência foi de mulheres que completaram o ensino fundamental. Não foi identificada nenhuma lesão em tecido mole. O índice CPOD obteve média de 13,33 e o Índice de Placa Bacteriana encontrado foi de baixa acumulação. Quanto ao Índice Periodontal Comunitário, houve sangramento em 45,3% da amostra, presença de cálculo dentário em 35,7% e bolsa periodontal em 25,7%. Conclui-se que as mulheres privadas de liberdade do estado da Paraíba possuem alto nível de experiência de cárie, saúde periodontal comprometida e baixa acumulação de placa bacteriana, portanto é necessário um olhar especial para essa população.

Palavras-chaves: Serviços de Saúde; Direitos dos Prisoneiros; Cárie Dentária; Perda de Dente

ABSTRACT

The work of the dentist in the health team of prisons is essential for comprehensive health care of persons deprived of liberty. The objective was to identify the presence of soft tissue lesions, verify the caries experience, presence of bacterial plaque and periodontal condition of women deprived of liberty in a prison unit in the Brazilian northeast. A sectional study was carried out, with a quantitative approach. Data were collected from September 2016 to October 2017 in a female. The sample consisted of 311 women. The mean age of women was 30.28 years. The estimated average time of imprisonment was 21.59 months. With regard to schooling, the prevalence was of women who completed elementary school. No soft tissue lesions were identified. The DMFT index had an average of 13.33 and Plaque Index was found low accumulation. As for the Community Periodontal Index, there was bleeding in 45.3%, presence of dental calculus in 35.7% and periodontal pocket 25.7%. It is concluded that women deprived of liberty at state of Paraíba have a high level of caries experience, compromised periodontal health and low accumulation of plaque, therefore a special look is necessary for this population.

Keywords: Health Services; Rights of Prisoners; Dental Caries; Tooth Loss

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 define que todas as pessoas em situação de privação de liberdade têm direito à saúde pública, sem distinções de aspectos, traços, linhas e cores, ou seja, todas são iguais em direitos¹. O sistema penitenciário desempenha a função histórica de punição, deixando o infrator privado de liberdade². Entretanto, as condições de confinamento, dentre elas a superlotação, condições de insalubridade, difícil acesso a meios de prevenção e higiene, culminam na vulnerabilidade a doenças infectocontagiosas³.

Para que seja possível a concretização da organização das ações e serviços de saúde nas prisões, é fundamental a integração das instâncias da segurança pública, visto que são nessas circunstâncias que serão estabelecidos possíveis processos de trabalho, maneiras de entender a saúde e como lidar com os fluxos internos e externos quanto ao acesso às variadas redes de serviços públicos^{4,5}.

A população carcerária no Brasil tem direito aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve receber atendimento ambulatorial, hospitalar e odontológico. Nas unidades masculinas, femininas e psiquiátricas, os presos são vacinados contra doenças como a hepatite, tétano e gripe, recebem tratamento dentário, preservativos e são orientados sobre prevenção de doenças causadas pelo confinamento, como a hanseníase, sífilis e a AIDS⁶.

As linhas de ação de saúde propostas pelo “Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário” são: o controle e tratamento da tuberculose e a proteção dos sadios; o controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus; o tratamento de dermatoses e a atenção à saúde bucal e à saúde da mulher⁷.

Para atender de forma integral os internos do sistema prisional, a atuação do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar é fundamental na promoção da saúde bucal por meio de reabilitação oral, do diagnóstico precoce de doenças sistêmicas a partir do exame das

manifestações orais destas, além da capacitação da população carcerária quanto aos autocuidados com a saúde bucal, detecção precoce de manifestações virais, fúngicas, bacterianas e câncer de boca⁸.

Há uma grande demanda por serviços odontológicos nas prisões, entretanto, os obstáculos para atendimento incluem indisponibilidade de profissionais, baixo orçamento para manutenção de equipamentos e materiais, além de questões de segurança, o que pode dificultar a rotina de consultas⁹.

Diante disso, esse estudo teve como objetivo verificar a experiência de cárie, identificar as condições periodontais e presença de placa bacteriana, identificar lesões de tecido mole presentes na cavidade oral, além de caracterizar as mulheres privadas de liberdade de acordo com características sociodemográficas.

MÉTODO

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, protocolo n. 683/2015 CAAE: 48845515.6.0000.5176, e autorizada pela Secretaria de Administração Penitenciária do Estado da Paraíba, em atendimento à Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Tratou-se de um estudo seccional, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2016 a outubro de 2017 em um presídio feminino de segurança máxima, localizado na capital do Estado da Paraíba. Todas as 311 mulheres que estavam na unidade prisional, em regime fechado, foram convidadas a participar do estudo.

Após o consentimento das apenadas para realização do estudo, procedeu-se a realização do exame clínico odontológico para verificação da presença de alguma lesão extra ou intrabucal

de tecido mole e verificar a experiência de cárie através do índice CPO-D, as condições de saúde periodontal através do Índice Periodontal Comunitário – IPC e o Índice de Placa Bacteriana. Esses dados foram preenchidos em ficha elaborada especificamente para a pesquisa.

O exame clínico foi realizado nas dependências do consultório odontológico, dentro da unidade penitenciária. Foi realizado por um único examinador auxiliado por um anotador instruído para tal função, ambos obrigatoriamente paramentados, atendendo as normas gerais de biossegurança.

No intuito de assegurar que todas as condições fossem detectadas e diagnosticadas, o exame extrabucal foi realizado na seguinte sequência: visão geral das áreas externas de pele (cabeça, pescoço, membros); superfície perioral externa (nariz, bochechas, queixo); gânglios linfáticos (cabeça, pescoço); partes cutâneas dos lábios superiores e inferiores; linha cutâneo-mucosa de lábio e comissuras; articulação têmporo-mandibular (ATM) e região da glândula parótida¹⁰.

O exame da mucosa bucal, dos tecidos moles da boca e ao redor desta, foi feito em cada apenada de forma meticulosa e sistemática obedecendo à seguinte sequência: mucosa labial e sulco vestibular (superior e inferior); porção labial das comissuras e mucosa bucal (direita e esquerda); língua (superfícies dorsal e ventral, bordas); assoalho da boca; palato duro e mole; crista alveolar/gengiva (superior e inferior)¹⁰. Nos casos onde fossem detectadas alterações, as apenadas seriam encaminhadas a um Serviço de Estomatologia de referência do Sistema Prisional, para realização da biópsia, diagnóstico histopatológico e tratamento das lesões.

Foi realizado o processo de calibração (Coeficiente Kappa Cohen) para um único examinador. Para a avaliação da experiência de cárie utilizando o Índice CPO-D obteve-se um valor de Kappa intraexaminador igual a 0,88 (concordância ótima). Para a avaliação das doenças periodontais, utilizando o Índice CPI, foi obtido um valor de Kappa intraexaminador igual a 0,84 (concordância ótima).

Para a verificação da experiência de cárie, o índice CPO foi escolhido por ser um índice recomendado pela OMS para mensurar e comparar a experiência de cárie dentária em populações, seu valor expressa o número de dentes cariados, perdidos e obturados no grupo de indivíduos em estudo¹⁰.

O índice de Placa Bacteriana de escolha para este estudo foi o de Turesky et al. (1970)¹¹. Para a avaliação foi necessário utilizar um evidenciador de placa (Eviplak 10ml, Biodinâmica) e um espelho clínico, visando avaliar as faces coradas (vestibular e lingual, não restauradas) de todos os dentes, exceto os terceiros molares. Os códigos utilizados foram 0 (sem placa); 1 (manchas separadas de placa na margem cervical); 2 (faixa fina de até 1mm e contínua na margem cervical); 3 (faixa de placa mais espessa que 1mm mas não cobrindo mais do que 1/3 da coroa do dente); 4 (faixa de placa cobrindo no mínimo 1/3, mas menos que 2/3 da coroa do dente); e 5 (placa cobrindo 2/3 ou mais da coroa do dente).

Para a avaliação da condição periodontal, o método escolhido foi o Índice Periodontal Comunitário que avalia quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa¹². Para realizar o exame utilizou-se sonda milimetrada (OMS-Millennium-Golgran). A boca foi dividida em sextantes, e os dentes índices utilizados para indivíduos até 19 anos foram os dentes 16, 11, 26, 36, 31 e 46. Para pessoas com 20 anos ou mais, os dentes escolhidos foram 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47. Nos casos onde nenhum dos elementos índices esteve presente, foram avaliados todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares.

Pelo menos 6 sítios periodontais foram examinados em cada um dos 10 dentes-índices. Tanto nas faces vestibulares, quanto nas faces linguais os sítios avaliados foram: mesial, médio e distal. O registro das condições foi realizado de forma separada para sangramento, cálculo e bolsa.

Os dados foram inseridos em uma planilha do *software* IBM SPSS (22.0) e analisados mediante estatística descritiva (valores de frequências absolutas e percentuais) e inferencial (Kolmogorov Smirnov, Kruskal-Wallis).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As leis protegem os direitos à saúde das pessoas privadas de liberdade. Entretanto, a situação de confinamento é precária resultando em desnutrição, superlotação de celas, má higiene e falta de acesso à educação e promoção em saúde¹³. No Brasil, são poucos os estudos sobre a saúde da população privada de liberdade, em especial no que se refere à saúde bucal da população feminina em cárcere, o que reforça a importância desse trabalho na área.

A Paraíba está qualificada de acordo com o PNSSP para o Plano Operativo Estadual desde 2008¹. A unidade prisional desse estudo é a única unidade feminina de segurança máxima do estado da Paraíba. Outras unidades femininas são anexas aos presídios masculinos, onde o número de mulheres presas é bem menor e estão localizadas no interior do estado. Portanto em todas as penitenciárias do estado existe uma equipe técnica mínima, em que o cirurgião dentista faz parte.

Sobre o perfil socioeconômico da amostra, a média de idade das mulheres apenadas foi de 30,28 anos (desvio padrão 8,18). Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos realizados por Bezerra e Fernandes (2015)¹⁴ e Rodrigues et al. (2014)¹⁵, onde verificaram a idade média 34,7 e 32,2, respectivamente. Outros estudos^{16,17,18,19,20} também estão em concordância com a presente pesquisa ao apresentarem seus resultados em faixa etária, sendo a prevalência na faixa de 21 a 30 anos. Com isso, verifica-se que adolescentes e adultas jovens estão de maneira geral envolvidas em episódios de violência, abandono familiar, uso de drogas ilícitas e ainda a cooptação pelos homens criminosos²¹.

O tempo médio de reclusão foi de 21,59 meses (desvio padrão 20,58). Este dado corrobora com o resultado encontrado em um estudo realizado em Minas Gerais¹⁷, onde 55% da amostra de mulheres presas estão com tempo de encarceramento menor que 15 anos. Outro resultado foi verificado num estudo em Campina Grande na Paraíba¹⁵, com 65 apenadas, onde o tempo médio de prisão foi 13,5 meses.

Quanto a escolaridade das mulheres privadas de liberdade, verificou-se que 72,7% tem até o ensino fundamental completo (Tabela 1). Esse resultado concorda com os estudos realizados em outros estados do Brasil^{14,15,16,17,19,20,22}. É importante ressaltar que baixos níveis de educação e o fato de não possuir trabalho contribui para o risco de a mulher ser inserida na criminalidade²³.

Na unidade prisional onde foi realizado esse estudo, é protocolo que todas as apenadas que chegam à unidade, passem pelo serviço de saúde que investiga sobre as patologias prévias à reclusão. A avaliação odontológica está incluída nesse processo. Uma triagem dentária inicial de todos aqueles que chegam ao sistema prisional é importante para registrar os principais problemas bucais existentes entre os indivíduos no momento da prisão. Isso facilita o planejamento da prevenção e a reabilitação dentária nas prisões⁹.

A cárie dentária e a doença periodontal são consideradas as mais importantes alterações em saúde bucal, porém, a distribuição e severidade variam em diferentes partes do mundo e dentro do mesmo país ou região²⁴. Então, partindo do preceito de que é necessário “conhecer para cuidar”, traçou-se o perfil da saúde oral das apenadas.

Bezerra e Fernandes (2015)¹⁴ realizaram um estudo na cidade de São Paulo, com 317 mulheres encarceradas e verificaram que o problema de saúde mais relatado pelas apenadas foram os problemas odontológicos (84,2%).

Sobre a experiência de cárie, a média do índice CPO-D encontrado foi de 13,3 (Tabela 2). Segundo a Organização Mundial de Saúde²⁵, o CPO-D de indivíduos adultos é categorizado

em cinco níveis: muito baixo (0,2 a 1,5), baixo (1,6 a 6,2), médio (6,3 a 12,7), alto (12,8 a 16,2) e muito alto ($\geq 16,3$). Portanto, para este estudo, o CPO-D das mulheres privadas de liberdade foi considerado uma prevalência alta.

Cavalcanti et al. (2014)⁹ avaliaram o índice CPO-D de 127 presos de uma unidade de reclusão masculina do mesmo estado onde esse trabalho foi desenvolvido. Entretanto, o valor médio do CPO-D foi 19,72, maior que o encontrado nesse estudo. O componente cariado foi o de maior contribuição (média $11,06 \pm 5,37$). Assim como o presente estudo, estas unidades prisionais pertencentes ao estado da Paraíba, possuem o serviço odontológico dentro da unidade para cuidados diários aos apenados e apenadas.

Nesse trabalho, o componente “dentes perdidos” foi o que mais colaborou na composição do índice CPO-D, sendo a média 6,1 dentes perdidos, considerada alta. Média de perda maior foi relatada por Rodrigues et al. (2014)¹⁵ ao realizarem um estudo com 65 mulheres reclusas em um presídio regional de Campina Grande, onde a perda média de dentes encontrada foi de 11,3 dentes.

O presente estudo encontrou uma menor média do CPO-D (13,3) quando comparado ao CPO-D médio dos indivíduos adultos avaliados no SBBRASIL 2010 em João Pessoa, na faixa etária de 35 a 44 anos (17,6)²⁶. Esse dado contradiz com o estudo de Rodrigues et al. (2014)¹⁵, que afirmaram que a condição de saúde bucal das populações encarceradas é pior do que a população em geral. No entanto, quando analisado por componente do CPO-D (cariado, perdido e obturado), o componente perdido foi o que mais influenciou sobre o valor do CPO-D, assemelhando-se aos resultados do SBBRASIL 2010²⁶.

Mesmo com a escassez de trabalhos publicados relatando as condições de saúde bucal das pessoas privadas de liberdade, Assis (2007)²⁷ destacou que dentro das unidades prisionais, o procedimento que mais é realizado é a exodontia. Esta situação pode ser considerada pelo fato que a grande maioria da população privada de liberdade possui menor nível de instrução,

o que pode justificar o processo mutilador, onde o componente perdido por extração é o mais comum.

Araújo et al. (2012)²⁸ realizaram um estudo com 114 detentos internos em um hospital de custódia no Pará, onde se verificou que 92,9% da amostra apresentava pelo menos 1 dente cariado no momento do exame e que 36% já haviam extraído mais de 8 dentes.

De acordo com a tabela 3, é possível inferir que o número de dentes cariados, perdidos e obturados variou a depender do nível de instrução, sendo que, para a condição dos dentes cariados a média foi menor para o grau de instrução mais elevado. Já para a condição de dentes perdidos essa média foi maior para quem nunca estudou assim como quem tem nível superior. Quando analisada a média de dentes obturados, verificou-se diferença entre os grupos de nível fundamental, nível médio e nível superior, sendo a maior média para o nível superior.

No tocante aos dados de saúde periodontal, o índice de placa foi baixo em 89,3% das mulheres. Já o índice periodontal comunitário da população revelou presença de Sangramento em 45,3%, Cálculo dentário em 35,7% e Bolsa periodontal em 25,7% (Tabela 4). São valores elevados, corroborando os estudos de Diouf et al. (2009)²⁹ que ao avaliarem 375 prisioneiros (ambos sexos) evidenciaram que a presença de doença periodontal é relativamente alta. Até o momento, não existe na literatura artigos que avaliaram os parâmetros clínicos periodontais em mulheres privadas de liberdade no Brasil. Para os resultados das condições periodontais de adultos na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal²⁶, verificou-se a presença de cálculo de forma mais expressiva, em 28,6% dos examinados. Além disso, 19,4% tinham bolsas periodontais.

Quando se associou as variáveis “Índice de placa”, “Cálculo Dentário” e “Bolsa periodontal” ao tempo de reclusão, diferenças estatisticamente significativas foram encontradas. O índice de placa foi pior em mulheres com um menor tempo de reclusão. E a presença de cálculo foi mais identificada em mulheres também com menor tempo de reclusão. A ausência de bolsas periodontais foi verificada em mulheres com maior tempo de reclusão

(Tabela 5). A partir desse resultado pode-se supor que a assistência odontológica dada às mulheres em reclusão nessa unidade prisional pode estar contornando problemas que elas apresentavam quando iniciaram a vida reclusa.

Mulheres sob custódia muitas vezes já são portadoras de problemas de saúde, e há uma maior precarização dessas condições no ambiente prisional, pelas dificuldades inerentes de acesso ao cuidado. No entanto, estar sob custódia pode ser uma oportunidade para atender às suas necessidades de saúde e para criar benefícios sociais, melhorando os comportamentos e ampliando a ideia do auto-cuidado, antes da reentrada na comunidade³⁰.

A atenção à saúde bucal dever ser real e não uma política com dificuldades de “sair do papel”. Em longo prazo, os registros dos procedimentos realizados durante o tempo de prisão podem permitir avaliar a efetividade dos serviços odontológicos prestados durante o encarceramento, bem como a evolução do autocuidado dentário dos pacientes⁹.

Para que as ações de assistência em saúde sejam de fato implementadas, é necessária a disponibilidade de um suporte material adequado (equipamentos, instrumentos, materiais, insumos e medicamentos). A disponibilidade de materiais e insumos para a execução das atividades pela equipe multidisciplinar de saúde nas penitenciárias contribui para a diminuição das iniquidades em saúde existentes nesse meio³¹.

Algumas limitações devem ser consideradas, como o desenho transversal, pois limita o resultado, mostrando apenas a presença ou ausência das variáveis naquele determinado momento da avaliação. A população feminina examinada neste estudo é considerada de relevância para comparação com outros estudos em mulheres privadas de liberdade de outros estados brasileiros, no que tange a saúde bucal, por se tratar de uma temática pouco estudada no Brasil. É importante a realização de mais estudos sobre as condições de saúde bucal nessa população privada de liberdade para que haja um cuidado efetivo dessas pessoas.

CONCLUSÕES

Através deste estudo, verificou-se que a maioria das apenadas são adultas jovens, de baixa escolaridade. Quanto à saúde bucal, não houve presença de lesão em tecido mole, a experiência de cárie teve média considerada alta; a presença de placa bacteriana foi considerada de baixa acumulação e o Índice Periodontal Comunitário apresentou maior prevalência para a presença de sangramento, seguido de presença de cálculo dentário e bolsa periodontal.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
2. Cartaxo R, Costa GMC, Celino SDM, Cavalcanti AL. Panorama da estrutura presidiária brasileira. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2013;26(2):266-273.
3. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(7):2031-2040.
4. Graça BC, Mariano MM, Gusmão MAJX, Cabral JF, Nascimento VF, Gleriano JS, Hattori TY, Trettel ACPT. Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018; 31(2): 1-9.
5. Jesus JO, Scarparo HB, Lermen HS. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. *Aletheia*. 2013; 41:39-52.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário. 1ª ed. Brasília, DF: SAS, 2010. 172 p. (Série E. Legislação de Saúde).
7. Mourão LF, Oliveira LB, Marques ADB, Branco JGO, Guimarães MSO, Deus SRM. Promoção da saúde de mulheres encarceradas: um relato de experiência. *Sanare*. 2015;14(1):52-57.
8. Tetzner, E. Nascimento S, Carvalho R, Tonini K. Odontologia no sistema penal. *RFO*. 2012;17(3):360-364.
9. Cavalcanti AL, Rodrigues ISAA, Silveira ITM, Oliveira TBS, Pinto MAS, Xavier AFC et al. Dental Caries Experience and Use of Dental Services among Brazilian Prisoners. *Int J Environ Res Public Health*. 2014; 11, 12118-12128.
10. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. 2013.
11. Turesky S, Gilmore ND, Glickman I. Reduced plaque formation by the chloromethyl analogue of vitamin C. *J Periodontol*. 1970; 41:41-3.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Projeto SB Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, Manual da Equipe de Campo, 2009.
13. Machado ON, Guimarães SI. A realidade do sistema prisional brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. *Revista Eletrônica de Iniciação Científica*. 2014;5(1):566-581.
14. Bezerra RCC, Fernandes RAQ. Perfil social e de saúde de mulheres apenadas de uma penitenciária da cidade de São Paulo. *Perspectivas Médicas*. 2015;26(2): 21-30.
15. Rodrigues IAA, Silveira ITM, Pinto MSA, Xavier AFC, Oliveira TBS, Paiva SM, Castro RD, Cavalcanti AL. Locked Mouths: Tooth Loss in a Women's Prison in Northeastern Brazil. *The Scientific World Journal*. 2014;ID 587469.

16. Oliveira LV, Costa GMC, Medeiros KKAS, Cavalcanti AL. Epidemiological profile of female detainees in the Brazilian state of Paraíba: a descriptive study. *Online BJN*. 2013;12(4):892-901.
17. Navarro PD, Almeida IN, Kritski AL, Ceccato MG, Maciel MMD, Carvalho WS, Miranda SS. Prevalência da infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis* em pessoas privadas de liberdade. *J Bras Pneumol*. 2016;42(5):348-355.
18. Alves JP, Brazil JM, Nery AA, Vilela ABA, Martins Filho IE. Epidemiological profile of people deprived of freedom. *Online braz j nurs*. 2017;11(10):4036-44.
19. Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Bernardo EBR, Nicolau AIO, Aquino OS, et al. Perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no Estado do Ceará. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):13-21.
20. Sampaio VPR. Avaliação da condição de saúde bucal de detentas de unidade prisional. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia.
21. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(7):2089-2099.
22. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Cien Saude Colet*. 2006;11(2):461-471.
23. Cunha EL. Ressocialização: o desafio da educação no sistema prisional feminino. *Cad. CEDES*. 2010;30(81).
24. Silva RHA, Bastos JRM, Mendes HJ, Castro RFM, Camargo LMA. Cárie dentária, índice periodontal comunitário e higiene oral em população ribeirinha. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*. 2010; 58(4): 457-462.

25. WHO – World Health Association. The WHO Oral Health Report, 2003. Continuous improvement of oral health in the 21 century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: 2003.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 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.
27. Assis RD. A realidade atual do Sistema Penitenciário Brasileiro. *Rev Cej*. 2007;39:74-78.
28. Araújo RJG, Reis ACA, Almeida APG. Análise de cárie e edentulismo da população carcerária do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do estado do Pará. *Rev bras odontol militar*. 2012;29-35.
29. Diouf M, Cissé D, Lo CM, Faye D, Faye B, Benoist HM, Souaré N. Evaluation of the need for periodontal treatment in prisons near Dakar, Senegal. *Med Trop*. 2009;69(6):587-90.
30. Brooker R, Hu W, Reath J, Abbott P. Medical student experiences in prison health services and social cognitive career choice: a qualitative study. *Medical Education*. 2018;18(3):1-9.
31. Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV, Pedraza DF, Costa GMC. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2014;18(4):586-592.

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária, tempo de reclusão e nível de instrução das mulheres privadas de liberdade durante o estudo (2016-2017). João Pessoa.

Variável	Frequência		Média ± DP
	n	%	
Faixa etária			
Até 20 anos	26	8,5	30,28 ± 8,18
De 21 a 30 anos	152	48,8	
De 31 a 40 anos	99	31,9	
De 41 a 50 anos	28	9	
De 51 a 60 anos	6	1,8	
Tempo de reclusão (anos)			
Até 1 ano	144	46,4	21,59 (meses) ± 20,58
De 1,1 a 3 anos	106	34,5	
De 3,1 a 5 anos	43	13,5	
De 5,1 a 8 anos	17	5,3	
Mais de 8,1 anos	1	0,3	
Nível de instrução			
Nunca estudou	15	4,8	
Fundamental Incompleto	69	22,2	
Fundamental Completo	142	45,7	
Médio Incompleto	13	4,2	
Médio Completo	67	21,5	
Superior Incompleto	1	0,3	
Superior Completo	4	1,3	

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 2. Estatística do CPO-D médio e seus componentes de acordo com a amostra das mulheres privadas de liberdade durante o estudo (2016-2017). João Pessoa.

Componentes CPO	Estatística	n (total)
Cariado	Média	4,7
	Desvio Padrão	4,8
	Mínimo	0
	Máximo	32
	% da média do CPO	15,8
Perdido	Média	6,1
	Desvio Padrão	6,7
	Mínimo	0
	Máximo	32
	% da média do CPO	27,0
Obturado	Média	2,4
	Desvio Padrão	3,1
	Mínimo	0
	Máximo	19
	% da média do CPO	4,5
CPO-D	Média	13,33
	Desvio Padrão	7,7
	Mínimo	0
	Máximo	32

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 3. Resultados para o teste de comparação dos valores do CPO, o número de dentes cariados, perdidos e obturados com a escolaridade das mulheres privadas de liberdade durante o estudo (2016-2017). João Pessoa.

Escolaridade		CPO	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS
Nunca estudou	Média	15,0667	3,2667 ^A	9,8667 ^A	1,9333
	N	15	15	15	15
	DP(+/-)	7,72257	2,65832	6,82293	1,86956
	Mediana	17,0000	4,0000	8,0000	1,0000
Fundamental	Média	13,1659	5,0190 ^A	6,2986 ^B	1,8626 ^E
	N	211	211	211	211
	DP(+/-)	9,07210	5,07371	7,13549	2,39545
	Mediana	12,0000	4,0000	4,0000	1,0000
Médio	Média	13,1500	4,4250 ^A	4,8000 ^C	4,0500 ^F
	N	80	80	80	80
	DP(+/-)	7,27246	4,53893	5,02500	4,30455
	Mediana	13,0000	3,0000	4,0000	2,0000
Superior	Média	18,2000	0,6000 ^D	13,2000 ^A	4,4000 ^F
	N	5	5	5	5
	DP(+/-)	7,85493	1,34164	9,25743	3,64692
	Mediana	20,0000	0,0000	8,0000	4,0000
p-valor		0,374	0,029	0,006	0,001

Teste de Kruskal-Wallis; pós teste de Mann Whitney; Sig = 5%.

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com o Índice de Placa Bacteriana e Índice Comunitário Periodontal das mulheres privadas de liberdade durante o estudo (2016-2017). João Pessoa.

Variável	Frequência		Média +- DP
	n	%	
Índice de Placa Bacteriana			
Baixa acumulação	278	89,3	1,21+-0,61
Elevada acumulação	15	4,8	
Exame prejudicado	18	5,8	
Índice Periodontal			
Comunitário			
Sangramento	141	45,3	-
Cálculo dentário	111	35,7	
Bolsa Periodontal	80	25,7	

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 5. Distribuição das médias de tempo de reclusão para as mulheres privadas de liberdade (2016-2017) de acordo com a variável de interesse e resultado para o teste de comparação de médias. João Pessoa.

Variável	Categorias	Tempo de reclusão (em meses)	p-valor
		Média (+DP)	
Índice de placa	Baixa acumulação	45,76 ($\pm$ 21,45)	0,019
	Elevada acumulação	16,87 ($\pm$ 16,97)	
Sangramento	Presença	20,34 ($\pm$ 20,07)	0,397
	Ausência	22,63 ($\pm$ 21,00)	
Cálculo	Presença	17,22 ($\pm$ 17,78)	0,013
	Ausência	24,02 ($\pm$ 21,65)	
Bolsa Periodontal	Presença de bolsa periodontal rasa	15,46 ($\pm$ 14,66)	0,020
	Presença de bolsa periodontal profunda	19,61 ($\pm$ 27,39)	
	Ausência	23,40 ($\pm$ 21,09)	

DP = Desvio-Padrão. p-valor = valor obtido para o teste de comparação de médias de Kruskal-Wallis (nível de significância de 5%).

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sociodemográfico das presidiárias estudadas apontou para uma maioria de adultas jovens, de baixa escolaridade, com até 1 ano de reclusão no regime fechado, em situação carcerária provisória, sendo a maior prevalência para mulheres naturais de João Pessoa e outras cidades da Paraíba.

Para as condições de saúde, os problemas respiratórios foram os mais prevalentes (sinusite e asma), as condições sistêmicas que mais foram relatadas foram hipertensão e diabetes. Foi identificada alta prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (HIV e sífilis) e o tabagismo aparece como comportamento comum para mais da metade da população estudada, assim como o uso de medicação para redução da ansiedade.

Quanto à saúde bucal, não houve presença de lesão em tecido mole, a experiência de cárie teve média considerada alta; a presença de placa bacteriana foi considerada de baixa acumulação e o Índice Periodontal Comunitário apresentou maior prevalência para a presença de sangramento, seguido de presença de cálculo dentário e bolsa periodontal.

Ao se comparar as médias das condições dentárias, baseado nos componentes do CPO-D, com o nível de instrução das apenadas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, observando que houve menor média de dentes cariados para quem tem maior nível e para a condição de dentes perdidos, foi maior para quem nunca estudou e quem tem nível superior.

É importante a realização de mais estudos sobre as condições de saúde bucal nessa população privada de liberdade para que haja um cuidado efetivo dessas pessoas.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
2. Guerra S, Emerique LMB. O princípio da dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial. Revista da Faculdade de Direito de Campos. 2006;7(9):379-397.
3. Vettore M, Marques R, Peres M. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrasil 2010: abordagem multinível. Rev Saúde Pública. 2013;47(3):29-39.
4. Cartaxo R, Costa GMC, Celino SDM, Cavalcanti AL. Panorama da estrutura presidiária brasileira. Rev Bras Promoc Saúde. 2013;26(2):266-273.
5. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça (BR). Portaria Interministerial nº 1777 de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. (11 ago 2003); Seção 1, 39-43.
6. Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Bernardo EBR, Nicolau AIO, Aquino OS, et al. Perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no Estado do Ceará. Texto Contexto Enferm 2013;22(1):13-21.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial n. 1, de 02 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, Brasília, DF, n. 2, Seção 1, p. 18-21, 2014a.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário. 1ª ed. Brasília, DF: SAS, 2010. 172 p. (Série E. Legislação de Saúde).

9. Ministério da Justiça (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Infopen. Brasília, DF, 2014b.
10. Paraíba (Estado). Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário. Administração Penitenciária – Saúde nos presídios: João Pessoa, 2014.
11. Jesus JO, Scarparo HB, Lermen HS. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. Aletheia. 2013; 41:39-52.
12. Fonseca, EP, Ferreira EF, Abreu MHGN, Palmier AC, Vargas AMD. Relação entre condição gengival e fatores sociodemográficos de adolescentes residentes em uma região brasileira. Cien Saude Colet. 2015;20(11):3375-3384.
13. Diouf M, Cissé D, Lo CM, Faye D, Faye B, Benoist HM, Souaré N. Evaluation of the need for periodontal treatment in prisons near Dakar, Senegal. Med Trop (Mars). 2009;69(6):587-90.
14. Lermen HS, Gil BL, Cúnico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. Physis. 2015;25(3):905-924.
15. Damas FB. Assistência e condição de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. Rev Saúde Públ Santa Cat. 2012;5(3):6-22.
16. Pimentel IS, Carvalho LFS, Carvalho SN, Carvalho CMS. Percepção de mulheres privadas de liberdade acerca da assistência à saúde no sistema penitenciário. Rev Interd. 2015;8(4):109-119.
17. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. Cien Saude Colet. 2006;11(2):461-471.
18. Canazaro D, Argimon IIL. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Publica. 2010;26(7):1323-1333.
19. Albuquerque ACC, Silva DM, Rabelo DCC, Lucena WAT, Lima PCS, Coelho RMCD, Tiago GGB. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da

Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014;19(7):2125-2132.

20. Miranda A, Merçon-de-Vargas P, Viana M. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. *Rev Saude Publica.* 2004;38(2):255-260.
21. Davim BKD, Lima CS. Criminalidade Feminina: Desestabilidade familiar e as várias faces do abandono. *Rev Transgressões.* 2016;4(2):138-157.
22. Santos MV, Alvez VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Guerra JVV. Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do Estado do Rio de Janeiro. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26(2):e5980015.
23. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2016;21(7):2089-2099.
24. Silva ERP, Souza AS, Souza TGB, Tsuha DH, Barbier AR. Screening for cervical cancer in imprisoned women in Brazil. *Plos One.* 2017;12(12):e0187873.
25. Machado ON, Guimarães SI. A realidade do sistema prisional brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. *Revista Eletrônica de Iniciação Científica.* 2014;5(1):566-581.
26. Tetzner, E. Nascimento S, Carvalho R, Tonini K. Odontologia no sistema penal. *RFO.* 2012;17(3):360-364.
27. Agnolo CMD, Belentani LM, Jardim APS, Carvalho MDB, Pelloso SM. Perfil de mulheres privadas de liberdade no interior do Paraná. *Rev baiana de Saúde Publ.* 2013;37(4):820-834.
28. Almeida PRC, Soares RSC, Coura AS, Cavalcanti AL, Dutra MOM, Lima TMA. Condição de Saúde de Mulheres Privadas de Liberdade: Uma Revisão Integrativa. *Rev Bras de Ciências da Saúde.* 2015;19(1):73-80.
29. Prieto AKC. O Conhecimento dos internos do Centro de Recuperação e Inserção Social sobre saúde bucal. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, 2011. Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

30. Araújo RJG, Reis ACA, Almeida APG. Análise de cárie e edentulismo da população carcerária do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do estado do Pará. *Rev bras odontol militar*.2012;29-35.
31. Rodrigues IAA, Silveira ITM, Pinto MSA, Xavier AFC, Oliveira TBS, Paiva SM, Castro RD, Cavalcanti AL. Locked Mouths: Tooth Loss in a Women's Prison in Northeastern Brazil. *The Scientific World Journal*. 2014;ID 587469.
32. Moreira MA, Souza HS. Vivências de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário. *O Mundo da Saúde*, 2014;38(2):219-227.
33. Cavalcanti AL, Rodrigues ISAA, Silveira ITM, Oliveira TBS, Pinto MAS, Xavier AFC et al. Dental Caries Experience and Use of Dental Services among Brazilian Prisoners. *Int J Environ Res Public Health*. 2014; 11, 12118-12128.
34. Bezerra RCC, Fernandes RAQ. Perfil social e de saúde de mulheres apenas de uma penitenciária da cidade de São Paulo. *Perspectivas Médicas*. 2015;26(2): 21-30.
35. Sampaio VPR. Avaliação da condição de saúde bucal de detentas de unidade prisional. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia.
36. Landis JR; Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-174.
37. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. 2013.
38. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Projeto SB Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, Manual da Equipe de Campo, 2009.
39. Turesky S, Gilmore ND, Glickman I. Reduced plaque formation by the chloromethyl analogue of vitamin C. *J Periodontol*. 1970; 41:41-3.
40. Quigley GA, Hein JW. Comparative cleansing efficiency of manual and power brushing. *J Am Dent Assoc*. 1962; 65:26-9.

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada,

Você está sendo convidada a participar de pesquisa intitulada “**Perfil epidemiológico de saúde das mulheres privadas de liberdade do estado da Paraíba**”, que está sendo desenvolvida pela Doutoranda Mara Ilka Holanda Medeiros Batista, da Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco e Professora do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ. Antes de decidir sobre sua participação é importante que entenda o motivo de a mesma estar sendo realizada e como ela se realizará, portanto, leia atentamente as informações que seguem e se tiver alguma dúvida, consulte a pesquisadora responsável.

Este estudo se justifica pela necessidade de se conhecer o estado de saúde bucal das participantes para possibilitar o planejamento de ações de prevenção e de tratamento para esta população. O objetivo da pesquisa é traçar o perfil epidemiológico das apenadas do sistema penitenciário do estado da Paraíba para contribuição de um novo plano de saúde pública.

Para o desenvolvimento desta pesquisa serão executados os seguintes procedimentos:

- Preenchimento de uma ficha de saúde, que conterá algumas informações registradas no prontuário odontológico individual da instituição;
- Realização de exame clínico odontológico, onde será avaliada a presença de cárie, de doença periodontal, presença de outras lesões bucais;
- Realização de um teste da saliva para identificação de fungos.

Solicito o seu consentimento para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos da área de saúde. Por ocasião da publicação dos resultados, seus dados identificáveis serão mantidos em sigilo.

São previstos riscos mínimos na sua participação neste estudo, como estresse, desconforto ou fadiga durante a realização dos exames clínicos. Para evitar ou reduzir tal desconforto, a pesquisadora será bem treinada para a execução de toda a coleta dos dados da forma mais rápida e eficiente possível.

Há também o risco de constrangimento que pode ocorrer em qualquer das etapas do estudo, mas você não é obrigada de forma alguma a concordar em participar do estudo. Os exames serão realizados sempre pela pesquisadora e na presença apenas de agentes penitenciários, exatamente como ocorre nas consultas com a dentista no presídio. Não serão anotadas informações pessoais suas, e todas as fichas clínicas serão guardadas juntas no mesmo envelope, para impedir que você seja identificada.

Caso você vier a sentir qualquer incômodo ou dano ocasionado pelo exame clínico e periodontal e a coleta de dados desta pesquisa, a mesma será imediatamente interrompida.

Como benefícios proporcionados pelo presente estudo, temos a divulgação de informações que resultarão num melhor conhecimento a respeito da saúde em geral das mulheres privadas de liberdade para que os serviços de atenção básica a saúde possam conhecer a realidade atual e para que o Estado possa criar novas políticas de saúde para esta população encarcerada.

Informamos que a sua participação é voluntária e, portanto, você não é obrigada a colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora, nem tampouco receberá nenhuma remuneração por isso. Você tem o direito de decidir não participar do estudo, ou de resolver desistir da participação no mesmo a qualquer momento, sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento.

Todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em absoluto sigilo, assegurando proteção de sua imagem, de sua privacidade e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados dessa pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas, porém sua identidade não será

divulgada nestas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer imagens ou informações que permitam a sua identificação.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual conteúdo, que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas no final por você e pela pesquisadora. Você tem direito a receber uma das vias, que ficará guardada no presídio e a outra ficará arquivada com os responsáveis pela pesquisa.

Não é previsto que você tenha nenhuma despesa na participação nesta pesquisa ou em virtude da mesma, todavia, caso você venha a ter qualquer despesa em decorrência de sua contribuição neste estudo, será plenamente ressarcido. Ressaltamos ainda que, no caso de eventuais danos acarretados pela participação no presente estudo, você será indenizado na medida do dano sofrido.

Declaramos que o desenvolvimento desta pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, especialmente aquelas contidas no item IV.3. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento deste estudo você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Prof^a Mara Ilka, que também é a cirurgiã-dentista da Unidade Prisional de João Pessoa.

CONSENTIMENTO

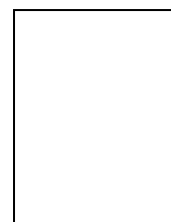
Após ter sido informado(a) sobre a finalidade da pesquisa **“Perfil epidemiológico de saúde das mulheres privadas de liberdade do estado da Paraíba”** e após ter lido os esclarecimentos prestados anteriormente no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ estou plenamente de acordo em participar do presente estudo, permitindo que os dados obtidos sejam utilizados para fins acadêmicos e científicos, estando ciente que os resultados serão publicados para difusão e progresso do conhecimento científico e que minha identidade será preservada. Estou ciente também que receberei uma via deste documento. Por ser verdade, firmo o presente.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura da Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura de Testemunha



Contato da pesquisadora responsável:

Prof^a Mara Ilka Holanda Medeiros de Lucena

Endereço: Centro de Reeducação Feminina Maria Júlia Maranhão, Rua Coronel Benvenuto Gonçalves da Costa, s/n, Mangabeira, João Pessoa-PB. CEP: 58.056-020

Telefone: (83)3238-6569

APÊNDICE B

FICHA DE COLETA DE DADOS

Nº da ficha: _____
 Idade: _____
 Naturalidade: _____
 Escolaridade: _____
 Tempo de reclusão: _____
 Orientação sexual: _____

➤ **DESCRIÇÃO DOS ACHADOS NO EXAME EXTRABUCAL**

➤ **DESCRIÇÃO DOS ACHADOS NO EXAME INTRABUCAL**

➤ **ÍNDICE CPO**

DENTE	CÓDIGO	DENTE	CÓDIGO
18		38	
17		37	
16		36	
15		35	
14		34	
13		33	
12		32	
11		31	
21		41	
22		42	
23		43	
24		44	
25		45	
26		46	
27		47	
28		48	

CPO =

➤ **ÍNDICE CPI**

DENTE	SANGRAMENTO	CÁLCULO	BOLSA
17			
16			
11			
26			
27			
37			
36			
31			
46			
47			

➤ **ÍNDICE DE PLACA**

DENTE	CRITÉRIO	DENTE	CRITÉRIO
18		38	
17		37	
16		36	
15		35	
14		34	
13		33	
12		32	
11		31	
21		41	
22		42	
23		43	
24		44	
25		45	
26		46	
27		47	
28		48	

Índice de Placa = Escore total / N° de faces examinadas

IP =

ANEXO A



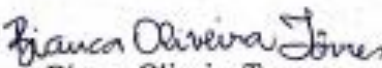
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA- UNIPÊ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- CEP/UNIPÊ

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa, em sua 86ª Reunião Ordinária realizada em 22 de setembro de 2015, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o Projeto de Pesquisa intitulado “Perfil epidemiológico de saúde das mulheres privadas de liberdade do estado da Paraíba” sob protocolo do CEP; nº 683/2015 CAAE: 48845515.6.0000.5176 e Parecer Consubstanciado: 1.341.953 do Pesquisador (a) responsável, **Maria Ilka Holanda Medeiros de Lucena**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho. A certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 07 de dezembro 2015.


Bianca Oliveira Torres
Coordenadora do CEP/UNIPÊ

Profª. Bianca Oliveira Torres
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa do UNIPÊ

ANEXO B

Prontuário odontológico adotado pela Unidade Prisional.

ATENDIMENTO DE ODONTOLOGIA

Data do atendimento: ____/____/____

Nome: _____ Idade: _____

AVALIAÇÃO GERAL				
Palpitações?	☐ Sim ☐ Não	Hepatite?	☐ Sim ☐ Não	
Pressão Alta?	☐ Sim ☐ Não	Asma?	☐ Sim ☐ Não	
Portador de Prótese?	☐ Sim ☐ Não	Bronquite?	☐ Sim ☐ Não	
Marcapasso?	☐ Sim ☐ Não	Enfisema?	☐ Sim ☐ Não	
Sopro no Coração?	☐ Sim ☐ Não	Pneumonia?	☐ Sim ☐ Não	
Doença Reumática?	☐ Sim ☐ Não	Tuberculose?	☐ Sim ☐ Não	
Falta de ar ao exercitar?	☐ Sim ☐ Não	Sinusite?	☐ Sim ☐ Não	
Pés e pernas que incham?	☐ Sim ☐ Não	Tosse com frequência?	☐ Sim ☐ Não	
Enfarte do miocárdio?	☐ Sim ☐ Não	Cicatrização difícil?	☐ Sim ☐ Não	
Sangramento prolongado?	☐ Sim ☐ Não	Diabetes?	☐ Sim ☐ Não	
Anemia?	☐ Sim ☐ Não	Perda de peso?	☐ Sim ☐ Não	
Transfusão de sangue?	☐ Sim ☐ Não	Micção frequente?	☐ Sim ☐ Não	
Doenças no sangue?	☐ Sim ☐ Não Citar:	DST?	☐ Sim ☐ Não Citar:	
Desmaios?	☐ Sim ☐ Não	Sede Intensa?	☐ Sim ☐ Não	
Tonturas?	☐ Sim ☐ Não	Vacinas em dia?	☐ Sim ☐ Não	
Convulsões?	☐ Sim ☐ Não	Traumatismo Facial?	☐ Sim ☐ Não	
Distúrbio Psiquiátrico?	☐ Sim ☐ Não	Tratamento por radiação?	☐ Sim ☐ Não	
Deficiência Mental?	☐ Sim ☐ Não	Uso de álcool?	☐ Sim ☐ Não	
Glaucoma?	☐ Sim ☐ Não	Uso de fumo?	☐ Sim ☐ Não	
Úlcera no Aparelho Digestivo?	☐ Sim ☐ Não	Hospitalização	☐ Sim ☐ Não	
Cirrose?	☐ Sim ☐ Não	Cirurgia	☐ Sim ☐ Não	
Faz Tratamento Médico?	☐ Sim ☐ Não	Grávida?	☐ Sim ☐ Não	
Alergia a medicamentos?		☐ Sim ☐ Não Citar		
Alguma outra doença que não foi citada anteriormente?				
Medicamento em uso:				
Posologia:				
Anotações complementares:				
Já fez tratamento odontológico? ☐ Sim ☐ Não				
Halitose? ☐ Sim ☐ Não		Respirador Bucal? ☐ Sim ☐ Não		
Dor	Dentes	Gengiva	Rosto	ATM
Hábitos relacionados a cavidade bucal				
Anotações complementares:				
EXAME BUCAL				
Lábios		Freios		
Assoalho		Palato		

