



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

FABIANA MENEZES TEIXEIRA DE CARVALHO

**CONDIÇÕES BUCAIS DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE DA CIDADE
DO RECIFE-PE.**

Recife
2022

FABIANA MENEZES TEIXEIRA DE CARVALHO

**CONDIÇÕES BUCAIS DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE DA CIDADE
DO RECIFE-PE.**

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

Orientador: Prof^o Dr^o Gustavo Pina Godoy

Co-orientador: Prof^o Dr^o Arnaldo de França Caldas Júnior

RECIFE

2022

Catálogo na Fonte
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

C331c Carvalho, Fabiana Menezes Teixeira de.
Condições bucais e perfil de pessoas privadas de liberdade da cidade do Recife-PE / Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho. – 2022.
156 f. : il. ; tab. ; 30 cm.

Orientador : Gustavo Pina Godoy.
Coorientador : Arnaldo de França Caldas Júnior.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Recife, 2022.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Prisões. 2. Prisioneiros. 3. Inquéritos de Saúde Bucal. I. Godoy, Gustavo Pina (Orientador). II. Caldas Júnior, Arnaldo de França (Coorientador). III. Título.

617.6 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2022-197)

FABIANA MENEZES TEIXEIRA DE CARVALHO

**CONDIÇÕES BUCAIS DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE DA CIDADE
DO RECIFE-PE.**

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

Aprovado em: 09/02/2022.

Orientador

Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Kenio Costa Lima (Examinador Externo)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof.^a Dr.^a Ana Flávia Granville Garcia (Examinadora Externa)
Universidade Estadual da Paraíba

Prof.^a Dr.^a Vânia Cavalcanti Ribeiro da Silva (Examinadora Externa)
Universidade de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Claudia Cazal Lira (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Andrea dos Anjos Pontual (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Às quatro pessoas essenciais em minha vida. Ao meu pai Teixeira, minha mãe Marilza, minha irmã Juliana e à Maria. A essas pessoas que sempre estiveram ao meu lado independente da circunstância. Ofereço todas as minhas conquistas e todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo amor incondicional. Por me guiar pelos Seus caminhos, pelo livramento dos perigos durante a pesquisa e pelas curas alcançadas do corpo e da alma.

Obrigada Senhor por me fortalecer e confiar em uma missão tão nobre.

À minha mãe! À Marilza Menezes – a personificação do amor de Deus. Uma mulher de garra e de fibra. A ela dedico os meus passos, ofereço o meu sorriso e entrego o meu mais puro sentimento. E sem ela nada disso seria possível.

À minha irmã Juliana Menezes, minha “sócia” de vida que me ensina a partilhar. Obrigada pela parceria, pela amizade e confiança, por sempre me motivar a ir muito além. Juli, você é o meu “empurrãozinho”, aquela que sempre me encoraja.

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

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

Aos meus “filhos” Malu e Barthô, pela fidelidade, companheirismo e alegria.

Obrigada por me ensinarem a ter um coração puro como dos animais.

Aos meus tios e primos da “Família Trololó” e “Carvalho Lula da Silva” pela diversidade de pensamentos e acolhimento. Obrigada por diminuir as distâncias físicas através do elo do amor.

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

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

Todo o meu carinho à Ana Sofia, aluna do PIBIC que me ajudou consideravelmente nesta pesquisa. E a todos os alunos e estagiários com quem tive a honra de dividir conhecimentos. Espero ter contribuído em suas formações.

Aos colegas da pós-graduação, pela troca de aprendizado. E em especial a Paulo Cardoso Lins pela parceria e enorme colaboração nos artigos científicos. Obrigada pelos momentos e experiências compartilhados e por terem me ensinado a ser uma pessoa melhor.

Às Universidades de Pernambuco (UPE) e Federal de Pernambuco (UFPE), instituições de ensino superior que me formaram pessoal e profissionalmente. Obrigada a todos os funcionários que se doam ao exercício da valorização da educação pública. Em tempos que a ciência brasileira tem sido subestimada e sucateada, perceber que “não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino” (Paulo Freire) é um ato de resistência e de orgulho por ter feito parte dessas instituições.

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

Ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a todos os profissionais que o compõe, verdadeiros heróis da saúde pública do Brasil. Obrigada por mostrar que saúde é direito, não é mercadoria. A sociedade brasileira será eternamente grata pela demonstração de bravura diária e amor por esse sistema universal.

Aos profissionais que fazem parte das Equipes Básicas de Saúde Prisional e que lutam bravamente pelo SUS, obrigada pelo incentivo e colaboração. A todos eles que, mesmo com tantos ataques sofridos por um governo que insiste em querer

privatizar a saúde pública, não permitiram que a tentativa da retirada dos direitos do povo impedisse de realizar um dos principais princípios norteadores do SUS: a equidade!

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

RESUMO

De acordo com os dados do SB Brasil, a população geral brasileira tem apresentado uma diminuição na necessidade de intervenção odontológica. No entanto, a literatura tem mostrado que a saúde bucal dos indivíduos privados de liberdade é de grande preocupação. Devido à necessidade de se fazer um levantamento dos principais problemas bucais prevalentes na população carcerária, o presente estudo teve como objetivo traçar um perfil de condições bucais deste segmento populacional em uma região do Brasil. Foi realizado um estudo analítico com delineamento transversal, com uma amostra calculada de 1050 pessoas privadas de liberdade, de ambos os sexos, do Município do Recife, capital do estado de Pernambuco, no Nordeste Brasileiro. Um único examinador calibrado (Kappa 0,85) e um anotador treinado avaliaram a prevalência de cárie, classificando-a em alta e baixa através do índice CPO-D. Observou-se a condição periodontal por meio da aplicação do Índice Periodontal Comunitário (CPI). O traumatismo dentário foi investigado por meio da aplicação do índice de Andreasen e foram identificadas a presença de lesões em mucosa através dos critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Na análise estatística foi considerado um erro de 5%, um Intervalo de Confiança de 95% e foram utilizados testes paramétricos e não-paramétricos para comparação das variáveis. O CPOD com valor maior que 4 foi encontrado em 86% da amostra. Quando separado os componentes do CPOD, observou-se que a maioria dos reclusos apresentavam com mais de 4 dentes cariados (54,4%), possuíam até 11 dentes perdidos (67,8%) e nenhuma restauração (54,5%). Em relação ao índice CPI, foi verificada a presença de cálculo dentário em 52% dos examinados. Os resultados mostraram que 9,7% da amostra apresentaram algum tipo de trauma nos dentes e que 7,5% dos indivíduos possuíam alguma lesão em mucosa. Os achados obtidos evidenciaram uma saúde bucal comprometida com alta prevalência de história de cárie e condição periodontal desfavorável. Existe a necessidade de atenção à saúde bucal e tratamento odontológico desses indivíduos. Este estudo contribuiu com a literatura científica no que concerne a um levantamento epidemiológico dos principais problemas bucais da população carcerária.

Palavras-chave: prisões; prisioneiros; levantamentos de saúde bucal.

ABSTRACT

According to SB Brasil data, most of the Brazilian population has shown a decrease in the need for dental intervention. However, the literature has shown that the oral health of prisoners is of great concern. Due to the need to survey the main oral problems prevalent in the prison population, the present study aimed to draw a profile of the oral conditions of this segment of the population in Brazil. A descriptive study with a cross-sectional design was carried out, with a calculated sample of 1050 people deprived of their liberty, of both sexes, from the Municipality of Recife, capital of the state of Pernambuco, in Northeast - Brazil. A single calibrated examiner (Kappa 0.85) and a trained annotator assessed the prevalence of caries, classifying it as high and low using the DMFT index. The periodontal condition was observed by applying the CPI index. Dental trauma was investigated using the Andreasen index and the presence of mucosal lesions was also assessed. In the statistical analysis, an error of 5% was considered, a Confidence Interval of 95% and parametric and non-parametric tests were used to compare the variables. The DMFT with a value greater than 4 was found in 86% of the sample. When the DMFT components were separated, it was observed that most inmates had more than 4 decayed teeth (54.4%), had up to 11 missing teeth (67.8%) and had not any restoration (54.5 %). Regarding the CPI index, the presence of dental calculus was verified in 52% of those examined. The results showed that 9.7% of the sample had some type of dental trauma and that 7.5% of the individuals had some kind of mucosal lesion. The findings obtained evidenced a compromised oral health with a high prevalence of caries history and unfavorable periodontal condition. There is a need for attention to oral health and dental treatment of these individuals. This study contributed to the scientific literature regarding an epidemiological survey of the main oral problems of the prison population.

Keywords: prisons; prisoners; oral health surveys.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Quadro resumido de estudos que exploraram a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade pelo mundo.	20
Quadro 2 –	Quadro resumido de estudos que exploraram a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade no Brasil.	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Dados sócioeconomicos e demográficos	37
Tabela 2 -	Características bucais dos pacientes examinados	38
Tabela 3 -	CPOD relacionado à idade (em anos)	39
Tabela 4 -	Associação entre o índice CPI com as variáveis estudadas	40
Tabela 5 -	Associação entre a condição de saúde periodontal com as variáveis estudadas	41
Tabela 6 -	Associação entre trauma dentário com as variáveis estudadas	42
Tabela 7 -	Associação entre o sexo com as variáveis estudadas	42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

CPFR	Colônia Penal Feminina do Recife
CPI	<i>Community Periodontal Index</i>
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
PAMFA	Presídio Agente Marcelo Francisco de Araújo
PFDB	Presídio Frei Damiao de Bozzano
PPL	Pessoas Privadas de Liberdade
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade
SUS	Sistema Único de Saúde
TD	Traumatismo Dentário
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	PREÂMBULO	15
2	INTRODUÇÃO	16
2.1	O direito à saúde	16
2.2	Saúde bucal no presídio	18
2.3	Condições bucais no contexto prisional	19
2.3.1	<i>Pesquisas de condições bucais no contexto prisional pelo mundo</i>	19
2.3.2	<i>Pesquisas de condições bucais no contexto prisional pelo Brasil</i>	22
2.4	Objetivos	24
2.4.1	<i>Objetivo Geral</i>	24
2.4.2	<i>Objetivos Específicos</i>	24
3	METODOLOGIA	25
3.1	Aspectos Éticos	25
3.2	Tipo do estudo	25
3.3	Local do estudo	25
3.4	População / amostra estudada	26
3.5	Critérios de inclusão e exclusão	27
3.6	Coleta de dados	27
3.7	Instrumento de coleta de dados	28
3.8	Análise estatística	31
4	RESULTADOS	32
5	CONDIÇÃO BUCAL DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO.	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
	APÊNDICE B - FICHA CLÍNICA	56
	APÊNDICE C - ARTIGO CIENTIFICO 2	58
	APÊNDICE D - ARTIGO CIENTÍFICO 3	66
	APÊNDICE E - ARTIGO CIENTÍFICO 4	74
	APÊNDICE F - ARTIGO CIENTÍFICO 5	91

ANEXO A -	APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	105
ANEXO B -	NORMAS DA REVISTA DO ARTIGO CIENTÍFICO 1	110
ANEXO C -	NORMAS DA REVISTA DO ARTIGO CIENTÍFICO 4	117
ANEXO D -	VERSÃO DA SUBMISSÃO PARA REVISÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO 4 SUBMETIDO	127
ANEXO E -	NORMAS DA REVISTA DO ARTIGO CIENTÍFICO 5	143
ANEXO F -	NORMAS DA REVISTA DO ARTIGO 5	144

1 PREÂMBULO

A sociedade brasileira é marcada por iniquidades sociais, as quais se tornam muito claras quando o assunto é saúde, especialmente no sistema prisional. De acordo com o Centro Internacional de Estudos Penitenciários, o Brasil possui a terceira maior população carcerária do mundo, e seu sistema de reclusão possui um grande déficit de vagas penitenciárias.^{1, 2} Desta forma, a superlotação das celas torna o ambiente propício para proliferação de doenças.^{3,4} A saúde bucal revela a importância da promoção e prevenção da saúde por meio da assistência e da capacitação dos presos quanto aos autocuidados.⁵ A “Odontologia Carcerária” é considerada uma área difícil de ser realizada e, os poucos trabalhos realizados no Brasil, mostraram que as condições bucais dos presos no país é deficiente.⁶⁻⁷

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a demanda por serviços odontológicos prisionais tem aumentado em vários países, provavelmente decorrente do aumento deste segmento populacional em todo o mundo.^{3,8} Para contribuir com a saúde dos detentos, é necessário o conhecimento das principais alterações bucais desta população.⁹ Grande parte desta parcela da população buscou a assistência odontológica presente na penitenciária em menos de um ano de reclusão, confirmando a necessidade de tratamento relatada pela maioria dos detentos e possivelmente devido a uma demanda reprimida na atenção básica no serviço público.¹⁰ A importância da saúde bucal é destacada também na promoção dos autocuidados, estimulando a educação desta população, e no diagnóstico precoce de doenças sistêmicas com manifestações bucais. Isso demonstra o grande valor da atuação interdisciplinar da equipe de saúde no sistema penal.^{11,12}

Partindo do descrito, destaca-se a importância de identificar a condição bucal da população carcerária e suas vulnerabilidades, pois é necessário o debate sobre os possíveis caminhos para a garantia do direito à saúde e a melhoria da saúde bucal dessa população. Em contrassenso com esta realidade, poucos são os estudos que abordam a condição bucal dos presos do Brasil. Como a pesquisa foi realizada no país com a terceira maior população carcerária do mundo, existe uma grande relevância no tocante à questão humanitária, de saúde pública e científica. Assim, o presente estudo objetivou realizar um levantamento dos principais agravos da saúde bucal da população carcerária masculina e feminina do Recife, capital do estado de Pernambuco, além de traçar o perfil dos apenados.

2 INTRODUÇÃO

“Se quiseres conhecer a situação socioeconômica do país, visite os porões de seus presídios.” (Nelson Mandela). A frase de Mandela retrata bem a situação de negligência que os presos brasileiros sofrem em relação aos direitos humanos. A realidade carcerária nada mais é do que a realidade da negligência estatal. Isso fica ainda mais visível quando o assunto é saúde.³

Estudos mostram que o contexto de precariedade institucional e o elevado número de pessoas com problemas de saúde vivendo em proximidade em celas superlotadas, têm repercussões muito negativas sobre suas condições de saúde física e mental.^{3,4} O perfil epidemiológico da população carcerária aponta que as prisões no Brasil se caracterizam como ambientes propícios ao desenvolvimento de enfermidades endêmicas e crônicas.¹³

Nesse contexto, partindo da premissa que o encarcerado estar privado da liberdade e não do direito à saúde, políticas públicas foram implantadas no sentido de dar acesso a essa população aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1 O direito à saúde

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentou em seu art. 2º, que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.¹⁴

Um desafio para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS é conseguir atender a camada da população excluída da sociedade brasileira. Entre estes, está a população carcerária, que, apesar da redução inédita na superlotação do sistema prisional brasileiro em 2020, aumenta proporcionalmente de forma ligeiramente acima do crescimento populacional global causando uma crise no sistema prisional.

Indivíduos encarcerados são mais vulneráveis para uma ampla gama de problemas de saúde, a maioria comumente relacionado ao alcoolismo, abuso de drogas, doenças crônicas, infecciosas, mentais, problemas psicossociais e psiquiátricos.¹⁶

A saúde de indivíduos privados de liberdade no Brasil era vista de maneira fragmentada, vertical e com pouca preocupação pelas autoridades na área, sendo as políticas desenvolvidas para este fim limitadas e focadas em doenças específicas.¹⁷ Diante das particularidades desse grupo populacional, a partir de 2014 foi evidenciada a necessidade de mudanças relacionadas aos cuidados pertinentes à assistência em saúde.¹⁸ Nessa trajetória, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade do Sistema Penitenciário (PNAISP) é um marco fundamental na garantia dos direitos sociais e humanos nas prisões.^{19,20}

A PNAISP ampliou medidas de cobertura efetiva nessa área pelo SUS. Com isso, buscou-se alcançar a universalidade, garantindo o direito de assistência com equidade e integralidade também para essa população.^{18,19} Porém, apesar dos avanços, esses indivíduos possuem piores condições de saúde do que a população em geral, refletindo-se através de uma maior prevalência de desordens mentais, doenças infecciosas e piores níveis de saúde bucal.²¹

É necessário um investimento em atenção básica para os indivíduos encarcerados, baseado na política de saúde mais atual implementada, possuindo uma equipe multiprofissional constituída por cirurgião-dentista, médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de saúde bucal e auxiliar de enfermagem. Os referidos autores afirmaram que as políticas de saúde desenvolvidas para a população carcerária foram fundamentais para a implementação de atenção de saúde para a população encarcerada, mesmo que necessite de melhorias constantes para os problemas desse sistema, como superlotação e a alta presença de doenças transmissíveis.²²

Nesse sentido, o papel do cirurgião-dentista também é fundamental no diagnóstico precoce de certas doenças sistêmicas. A falta desse profissional pode implicar em ausências de informações acerca das manifestações bucais, o que evidencia a importância da atuação multiprofissional da equipe de saúde.¹²

2.2 Desafios da atenção à saúde bucal no presídio

O período de encarceramento é uma oportunidade para educar a população carcerária acerca de boas práticas de cuidados de saúde bucal e fornecer o tratamento necessário. O tratamento das doenças deve imperativamente ser acompanhado de programas educativos de prevenção e sensibilização dos detentos. É preciso desenvolver tais estratégias, assim como apoiar a implementação de amplos programas de higiene bucal.²³

Há múltiplos desafios no fornecimento dos serviços odontológicos para pessoas privadas de liberdade. Para alcançar melhorias na saúde bucal desses indivíduos, é necessário integrar as atividades de saúde bucal na saúde geral e social no Sistema Prisional. O desenvolvimento de novos modelos de serviços de saúde bucal para detentos possibilita a criação de um novo paradigma de cuidados, baseado na saúde geral do indivíduo, com ênfase na prevenção e promoção da saúde.²⁴

Um estudo de acompanhamento nos EUA tem mostrado que é possível melhorar a saúde bucal dos detentos.²⁵ O acompanhamento da avaliação dos membros da amostra original revelou uma redução na proporção de reclusos com necessidades de tratamento urgentes.^{25,26}

Segundo Harvey *et al.* em 2005, não existe qualquer sistema padronizado que avalie as necessidades de tratamento odontológico dos detentos, e esta deficiência não parece ser atendida durante o tempo de reclusão.²⁷ No Reino Unido, em 2003, o Coordenador de Saúde Bucal lançou a "Estratégia para a modernização dos serviços odontológicos para os presos da Inglaterra".^{26,28} Os gestores das prisões relataram que houve uma melhoria acentuada nos serviços odontológicos no período de 3 anos desde a publicação da estratégia nacional. Mais da metade deles informou que a qualidade do serviço odontológico da prisão melhorou, e que duplicou o número dos presídios que incluíram uma avaliação odontológica com a avaliação geral de saúde na admissão.²⁹

Para o recluso, a condição de saúde da boca é importante, podendo converter-se num instrumento limitativo nas atividades diárias, nomeadamente para a socialização e alimentação.²⁴ Estudos mostram que boa parte da população carcerária percebe sua condição bucal como deficiente.^{24,30,31} É necessária a

incorporação de programas de saúde bucal que tenham como objetivo a correção e prevenção de doenças bucais, a fim de promover a saúde desse grupo desfavorecido de indivíduos.¹² Programas de educação também devem ser organizados em tais configurações para sensibilizá-los sobre a importância de uma boa saúde bucal.^{12,32}

2.3 Condições bucais no contexto prisional

Para elaborar programas de promoção e prevenção em saúde, é necessário o conhecimento das principais alterações bucais da população carcerária. Indivíduos privados de liberdade são considerados uma população com características únicas e desafiadoras, apresentando piores condições de saúde bucal. Os estudos indicam que a cárie dentária é aproximadamente quatro vezes mais frequente em populações prisionais quando comparada a grupos semelhantes da população. Do mesmo modo, apresentam maiores prevalências de trauma dentário e doença periodontal, o que acarreta em uma maior necessidade de assistência odontológica. Consequentemente, isto afeta a qualidade de vida desta população e dificulta a sua ressocialização.^{21,32,33}

2.3.1 *Pesquisas de condições bucais no contexto prisional pelo mundo*

A saúde bucal revela a importância da promoção da saúde por meio da reabilitação oral e da capacitação dos reeducandos quanto aos autocuidados.⁴ A “Odontologia Carcerária” tem sido interesse de estudos científicos em muitos países. O quadro 1 resume dados de pesquisas que exploraram a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade em todo o mundo.

Quadro 1 - Quadro resumido de estudos que exploraram a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade no mundo.

Autor	Ano	País	N	Idade (em anos)	CPOD		CPITN					TRAUM A	LESÃO SEM MUCOS A
							Com sangramento		Com bolsa >4mm				
Hurlen et al. ³⁴	1984	Noruega	138	Até 30	18,8		38,2%		7,0%			-	16,8%
				Mais de 30	21,7		38,5%		15,2%				
Salive et al. ³¹	1989	Estados Unidos	178	18 a 29	10,5		-		-		-	-	
				30 a 44	17,1								
				Mais de 44	22,4								
Mlxson et al. ³⁵	1990	Estados Unidos	191	20 a 34	12,9						-	-	
				35 a 44	16,4								
				Mais de 45	22,1								
Osborn et al. ³⁶	2003	Austrália	334	Até 25	13			1,8			-	-	
				25 a 40	17,6			2,3					
				Mais de 40	25,4			2,7					
Naidoo et al. ³⁷	2005	África do Sul	264	Mais de 18	15,4					-	-	-	
Nobile et al. ³⁸	2007	Itália	544	Menos de 25	5,7		0	1	Escore				
				25 a 34	8,1	14,3%	32,1%	2	3	4			
				35 a 44	10	16,8%	35,6%	50%	3,6%	0,0%			
				45 a 54	11,6	7,2%	39,2%	38,9%	7,8%	1,1%			
				Mais de 54	15,1	7,1%	15,2%	42,9%	25%	9,8%			
						-	15,4%	43,6%	25,6%	15,4%			
Heidari et al. ³⁹	2008	Inglaterra	122	Média de 36,4	13,8						-	39,3%	
Bansal et al.	2012	Índia	1393	Média	Cariados Perdidos						-	8,1%	-

				de		72,7	51,7							
Decerle et al. ⁴¹	2012	França	84	18 a 54	Ausentes									
Lázaro ⁴²	2012	Portugal	60		26%									
Reddy et al. ⁴³	2012	Índia	800	18 a 54	5,6									
Akaji ⁴⁴														
Marshman et al. ⁹	2014	Nigéria	230	15 e 66	67%									
Dayakar et al. ⁴⁵	2014	Índia	82	20 a 40	17,8									
George et al. ¹²	2015	Índia	1060	24 a 55	-									
Zajmi et al. ⁴⁶	2016	Kosovo	150	Mais de 19	3,9	Masculino	Feminino	0	1	2	3	4		
Singh et al. ⁴⁷	2016	Índia	1011	18 a 80	8,65	3,9	5,1	2,5%	47,5%	36,3%	8,7%	5%		
Vainionpää et al. ⁴⁸	2017	Finlândia	100	21 a 70	-									
Rawlani et al. ⁴⁹	2019	Índia	700	-	16,8									

Fonte: Carvalho, 2022

Apesar da saúde bucal da população carcerária ser objeto de estudo em vários países no mundo, existe uma lacuna acerca deste tema em pesquisas no Brasil.

2.3.2 Pesquisas de condições bucais no contexto prisional pelo Brasil

Grandes levantamentos nacionais já foram conduzidos no Brasil. Dados relacionados à condição bucal foram divulgados pelo Ministério da Saúde no SB Brasil em 2010.⁵⁰ Gabriel et al., em 2019, realizaram uma revisão integrativa cujo objetivo era categorizar as principais enfermidades que acometem a população prisional no Brasil e a saúde bucal foi um aspecto que se destacou como fragilizada para este segmento populacional.¹³

No entanto, na literatura científica poucas investigações de saúde bucal englobam a população carcerária. Amplas diferenças na distribuição e ocorrência das doenças periodontais são observadas, onde características regionais, socioeconômicas, fatores ambientais e comportamentais podem explicar, em parte, as disparidades encontradas nos diferentes locais pesquisados.^{3,18} O quadro 2 resume dados de pesquisas que exploraram a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade no Brasil.

Quadro 2 - Quadro resumido de estudos que exploraram a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade no Brasil

Autor	Ano	N	Idade (em anos)	CPOD		CPITN (%)					TRAUMA
						0	1	2	3	4	
Zuhl e Balejo ⁵¹	2011	83	> 18	-	-	59,4	17	1,2	4	1,2	-
Araújo, Reis e Almeida ⁵²	2013	144	> 21	Cariados 92,9%	Ausentes 36%	-	-	-	-	-	81,6%
Rodrigues e Araújo ¹⁰	2013	39	18 a 55	18,05	-	-	-	-	-	-	-
Borges e Agripino ⁵³	2015	27	19 a 34	15,28	57,14% com doença periodontal	-	-	-	-	-	-
Silva ⁽⁵⁾	2016	95	> 22	14,9	50% sangramento gengival	-	-	-	-	-	-
Soares et al. ⁽⁷⁾	2019	305	19 a 60	11,7	50% sangramento gengival	0	1	2	3	4	-
Damasceno et al. ⁵⁴	2020	239	pro ntu ário s	13,1	-	2,6	3,3	38,7	26,2	11,5	-
Carvalho et al. ⁵⁵	2021	756	18 a 60	-	-	-	-	-	-	-	10,8%

Fonte: Carvalho, 2022

Com base no exposto e diante da escassez de trabalhos com uma amostra representativa da população carcerária brasileira, o objetivo desta pesquisa foi avaliar as condições bucais da população carcerária masculina e feminina de uma capital do Nordeste Brasileiro. Além de contribuir com a literatura científica acerca do tema visando diminuir a lacuna de estudos locais sobre a saúde no sistema prisional.

2.4 Objetivos

2.4.1 *Objetivo geral*

- Avaliar a condição bucal das pessoas privadas de liberdade da cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, Brasil.

2.4.2 *Objetivos específicos*

- Determinar a prevalência de cárie por meio do índice CPO-D ⁵⁶;
- Determinar a prevalência de doença periodontal por meio do índice CPI ⁵⁷ e fatores associados;
- Determinar a prevalência de traumatismo dentário por meio do índice de Andreasen ⁵⁸ e fatores associados;
- Determinar a prevalência das lesões e/ou alterações em mucosa oral utilizando os critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁵⁹;
- Avaliar o uso de substâncias ilícitas e fatores associados entre os presos;

3 METODOLOGIA

3.1 Aspectos éticos

Os indivíduos avaliados receberam um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) informando todos os passos da pesquisa garantindo total sigilo das informações. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco parecer nº 2.608.493 (ANEXO A). Foi solicitado aos participantes da pesquisa a assinatura do referido documento. O orçamento financeiro deste estudo foi de inteira responsabilidade do pesquisador principal. Os dados coletados (fichas clínicas e questionários) ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no seguinte endereço: Rua Maria Carolina, 150/202, Boa Viagem, Recife-PE, pelo período mínimo de 5 anos.

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo analítico com delineamento transversal de associação envolvendo pessoas privadas de liberdade da cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco.

3.3 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Complexo Prisional do Curado e Colônia Penal Feminina do Recife no período de agosto de 2017 a maio de 2018.

3.4 População / amostra estudada

Os participantes da pesquisa para a população carcerária masculina foram pessoas que cumprem pena no Complexo Prisional do Curado. Um cálculo amostral foi realizado, considerando-se um erro de 5%, Intervalo de Confiança de 95%. Como não havia dados de prevalência das condições de saúde bucal de pessoas com privação de liberdade em estudos prévios para a região Nordeste, adotou-se uma prevalência estimada de alterações bucais de 20%. Essa prevalência de 20% foi utilizada com base nos resultados de estudo anterior realizado com presidiários de outro estado do Nordeste do Brasil.⁶⁰ Isso resultou em uma amostra inicial de 599 indivíduos e com o acréscimo de 20% para compensar possíveis perdas totalizou o número de 748 indivíduos.

Uma amostragem por proporcionalidade foi realizada visando incluir as três unidades prisionais (UP) do complexo do Curado. O número de indivíduos da amostra em cada UP foi calculado mantendo a representatividade em relação à população do complexo. Desta forma, foi dividido em 320 para a unidade 1 - Presídio Juiz Luis Antonio Lins de Barros (PJALLB), em 214 para a unidade 2 - Presídio Agente Marcelo Francisco Araújo (PAMFA) e em 214 para a unidade 3 - Presídio Frei Damião de Bozzano (PFDB). Essa divisão é proporcional à população apenada de cada unidade.

Os presos foram selecionados por meio do sorteio de suas fichas de registro de acolhimento, que foram preenchidas no momento de sua entrada nas unidades prisionais. Estes documentos ficavam arquivados na unidade até mesmo após seu desligamento.

Em outro momento a população carcerária da Colônia Penal Feminina foi avaliada. Uma amostra probabilística foi estudada e, por ser porta de entrada de mulheres infratoras, existem pessoas aguardando julgamento e cumprindo pena, razão pela qual a isso a população oscila em torno de 600 detentas. Um cálculo amostral foi realizado, considerando-se um erro de 5%, intervalo de confiança de 95%, adotou-se uma prevalência estimada de doenças bucais de 20%. Essa prevalência de 20% foi utilizada com base nos resultados de estudo anterior realizado com presidiários de outro estado do Nordeste do Brasil.⁶⁰ Isso resultou em uma amostra inicial de 240 indivíduos, foi adicionado um fator de correção de 1,3

para compensar as possíveis perdas, totalizando um número de 312 detentas.

Ao final, a amostra totalizou em 1050 pessoas privadas de liberdade de ambos os sexos da população carcerária do Município de Recife.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa pessoas privadas de liberdade do Complexo Prisional do Curado e da Colônia Penal Feminina, com idade entre 18 e 70 anos. Foram excluídos aqueles que possuíam alguma limitação física que implicasse na dificuldade de higienização bucal e/ou impossibilitasse seu deslocamento para a unidade de saúde prisional, visto que as unidades de saúde não possuíam acessibilidade.

3.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Projeto pelo comitê de ética e pesquisa. Previamente, foram agendados dia e horário para realização da anamnese e dos exames bucais, utilizando-se os códigos e critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A anamnese foi realizada em local silencioso e privativo para a coleta de informações sobre o estado de saúde geral. Os exames foram realizados nos próprios consultórios odontológicos instalados nas dependências das Unidades Prisionais. Para os exames foram utilizados odontoscópio, pinça clínica e sonda milimetrada CPI, recomendada pela Organização Mundial de Saúde ⁶¹, para melhor visualização das estruturas bucais respeitando os princípios de biossegurança. O processo foi realizado por uma única examinadora, a pesquisadora, previamente calibrada por profissional experiente da área ($Kappa = 0,85$). Os dados da anamnese e do exame físico foram registrados em fichas por um anotador treinado para manter a consistência dos dados (APÊNDICE B). Previamente foi realizado um estudo piloto para testar as variáveis essenciais da pesquisa, a amostra deste estudo foi excluída da amostra final deste trabalho.

3.7 Instrumento da coleta de dados

Para avaliar a experiência de cárie foi utilizado o índice CPO-D.⁵⁶ Para determinar o índice de cada indivíduo, foi levado em consideração somente avaliar condição da coroa de cada espaço dentário pela impossibilidade de realizar exames de imagem. Os espaços dentários foram analisados um por um começando pelo incisivo central superior (11) até segundo molar (17), seguindo para incisivo central superior esquerdo (21) até segundo molar esquerdo (27), seguindo para hemiarcada inferior esquerda (31 ao 37) e, concluindo com direito (41 ao 47).

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

- 0- Coroa hígida - Onde não há ocorrência de cárie. Levando em consideração alguns sinais como: manchas esbranquiçadas; áreas escuras, brilhantes, duras ou fissuradas no esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; lesões que com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.
- 1- Coroa cariada - Sulco, fissuras ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou da parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). Observando que quando coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas raiz, a OMS recomenda que o código "1" seja registrado apenas na casela correspondente à coroa.
- 2- Coroa restaurada, porém cariada - Onde uma ou mais restaurações ou área estão cariados. Sem distinção entre caries primárias ou secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a restaurações.
- 3- Coroa restaurada e sem cárie - Uma ou mais restaurações definitivas e sem presença de cárie primária ou recorrente.
- 4- Dente perdido devido à cárie - Um dente permanente foi extraído devido a cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa.
- 5- Dente perdido por outra razão - Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

- 6- Selante - Há um selante ou fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 (cárie).
- 7- Apoio de ponte ou coroa - Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Onde existir dentes extraídos e substituídos por elemento de ponte fixa são codificados na casela da condição da coroa, como 4 ou 5.
- 8- Coroa não erupcionada - Quando dente permanente ainda não foi erupcionado, atendendo a cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma dentre outros.
- T- Trauma (Fratura) - Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de carie.
- 9- Dente excluído - Aplicando a qualquer dente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.)

A condição periodontal foi avaliada com a utilização do índice CPI.⁵⁸ A boca foi dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (p. ex., comprometimento de furca, mobilidade etc.), foi pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante foi cancelado (quando houve, por exemplo, um único dente presente).

Não se considerou o terceiro molar na contagem de dentes presentes no sextante, na faixa etária de 18 e 19 anos. Caso houvesse a presença de um dente e o terceiro molar nesta faixa etária, o sextante foi excluído.

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

Pelo menos 6 pontos foram examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame foram iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área méso-vestibular. Após, inspecionou-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda foi introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, foram realizados. A força na sondagem foi

inferior a 20 gramas (recomendou-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia).

Foram os seguintes os códigos utilizados no CPI: 0 - sextante hígido; 1 - sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem); 2 - cálculo (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível); 3 - bolsa de 4 mm a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda); 4 - bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não está visível); X - sextante excluído (menos de 2 dentes presentes); 9 - sextante não examinado.⁵⁷

Ambos os índices CPOD e CPI seguiram criteriosamente o recomendado pelo manual do examinador do SB Brasil.⁵⁶ Sobre o traumatismo foi utilizado o índice de Andreasen para a classificação de fraturas dentárias.⁵⁸ As fraturas foram especificadas de acordo com a seguinte classificação: fratura apenas em esmalte; fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar; fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar; fratura corono-radicular sem exposição pulpar; fratura corono-radicular com exposição pulpar. Não foram realizados exames de imagem pois, por se tratar de uma unidade básica de saúde, as unidades de saúde prisional não possuíam aparelho de raio-x, desta forma foram excluídas as fraturas radiculares.

O diagnóstico das lesões em mucosa bucal foi estabelecido obedecendo os critérios OMS.⁵⁹ Para tanto, através da anamnese e do exame físico, foram identificadas as possíveis alterações no padrão de normalidade em localizações anatômicas como a língua, assoalho bucal, gengiva, mucosa jugal, palato duro, palato mole, mucosa interna dos lábios e lábio superior e inferior. Foram observadas a presença ou ausência de alterações de tecido mole referentes ao volume, coloração e textura de superfície, bem como possíveis sintomas relatados pelos pacientes. Nos casos em que foram identificadas alterações do padrão de normalidade sem diagnóstico clínico conclusivo, e que havia indicação de avaliação histopatológica, foi procedida a realização do procedimento de biópsia para conclusão deste diagnóstico.

3.8 Análise estatística

Os dados obtidos nessa pesquisa foram submetidos a testes estatísticos analisados com a utilização do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0. Foi realizada uma análise para avaliar as características sócio-demográficas e econômicas e a condição de saúde bucal dos detentos. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência das variáveis qualitativas. A comparação dos percentuais encontrados foi feita pelos testes Qui-quadrado, Exato de Fisher, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e a Regressão Logística Binária para comparação de proporção. Todas as conclusões foram tiradas considerando um erro de 5%.

4 RESULTADOS

Os resultados desse trabalho serão apresentados na forma de artigo científico. O artigo científico (cap. 5) será submetido à revista *Cadernos de Saúde Pública* a qual apresenta Qualis A2 na classificação CAPES para a área de Odontologia e fator de impacto 1,6 (ANEXO B).

O artigo científico (APÊNDICE C) foi publicado na revista científica *Dental Traumatology* que apresenta Qualis A2 na classificação CAPES para a área de Odontologia e fator de impacto 3,3.

O artigo científico 3 (APÊNDICE D) foi publicado na revista *Journal of Substance Use* que apresenta Qualis A3 na classificação CAPES e fator de impacto 1,2.

O artigo científico 4 (APÊNDICE E) foi submetido à revista *International Journal of Prisoner Health* que fator de impacto 1,0 (ANEXO C e D).

O artigo científico 5 (APÊNDICE F) será submetido à revista *Journal of Clinical Periodontology* que apresenta Qualis A1 na classificação CAPES para a área de Odontologia e fator de impacto 8,7 (ANEXO E).

5 CONDIÇÃO BUCAL DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO.

INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira é marcada por iniquidades sociais, as quais se tornam muito claras quando o assunto é saúde, especialmente no sistema prisional. De acordo com o Centro Internacional de Estudos Penitenciários, o Brasil possui a terceira maior população carcerária do mundo, e seu sistema de reclusão possui um grande déficit de vagas penitenciárias ^{1,2}. Desta forma, a superlotação das celas torna o ambiente propício para proliferação de doenças ³. A saúde bucal revela a importância da promoção da saúde geral por meio da assistência e da capacitação dos presos quanto aos autocuidados ⁴.

Devido ao aumento nas taxas de encarceramento, a comunidade carcerária tem atraído muita preocupação no passado recente ⁵. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a demanda por serviços odontológicos em ambientes prisionais tem aumentado em vários países ⁶. A “Odontologia Carcerária” tem sido interesse de pesquisas em alguns países, e estudos mostram que boa parte desta população percebe sua condição bucal como deficiente ^{8,9}.

Embora as pessoas na prisão sejam muitas vezes socialmente desfavorecidas e vulneráveis a uma série de problemas de saúde, há falta de informações sobre as condições de saúde bucal dos presidiários. Para contribuir com a saúde dos detentos, é necessário o conhecimento das principais alterações bucais desta população ⁵.

Pesquisas indicam que a população prisional apresenta piores condições de saúde do que a população em geral, refletindo-se através de uma maior prevalência de desordens mentais, doenças infecciosas e piores níveis de saúde bucal ^{6,7,8}. Quanto à situação de saúde bucal, estudos demonstraram que os detentos experimentam maiores necessidades de assistência, apresentando maiores prevalências de cárie, traumas dentários e doença periodontal ⁹.

No Brasil, a superlotação das celas torna o ambiente propício para restrição ou diminuição de cuidados com a higiene ⁴. A maioria da população brasileira tem apresentado uma diminuição na necessidade de intervenção odontológica ¹⁰. No entanto, isso não é observado com os detentos ^{7,8}. Existe a necessidade de melhorar a saúde bucal desta população, e para que essa atenção seja planejada e prestada,

é necessário um levantamento dos principais agravos da saúde bucal. Em contrassenso com esta realidade, são poucos os estudos prévios acerca da saúde bucal dos detentos no Brasil, em especial no Estado de Pernambuco.

Apesar da escassez de pesquisas relacionadas ao tema no Brasil, os poucos trabalhos mostraram que a condição bucal dos presos no país é deficiente. Soares et al. em 2019 avaliaram mulheres presas e verificaram que a maioria possuía a doença cárie e apresentava uma condição periodontal desfavorável ¹¹. Carvalho et al. em 2021 examinaram homens detentos, com o objetivo de avaliar a presença de traumatismo dentário e verificaram que uma pequena parcela da amostra apresentavam algum tipo de traumatismo dentário ⁵.

Com base no exposto, existe a hipótese de que pessoas em privação de liberdade possuem uma pior condição bucal. No entanto, existe uma lacuna nos estudos científicos com uma amostra representativa da população carcerária que comprove tal condição.

Diante disso, o objetivo desta pesquisa foi avaliar as condições bucais de uma amostra representativa da população carcerária masculina e feminina de uma capital do Nordeste Brasileiro. Além de contribuir com a literatura científica acerca do tema visando diminuir a escassez de estudos locais sobre a saúde no sistema prisional.

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida em concordância com a declaração de Helsinque, sendo a aprovação ética concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa local através do Parecer nº 2.159.052. Trata-se de um estudo epidemiológico analítico com delineamento transversal que envolveu detentos do Complexo Prisional do Curado o qual é composto pelas três unidades prisionais (UP) masculinas da cidade, e a Colônia Penal Feminina do Recife. Ambos ficam localizados na capital do estado de Pernambuco, no Nordeste Brasileiro.

A população carcerária masculina foi composta por pessoas que cumprem pena no Complexo Prisional do Curado. Um cálculo amostral foi realizado, considerando-se um erro de 5%, Intervalo de Confiança de 95%. Como não havia dados de prevalência das condições de saúde bucal de pessoas com privação de liberdade em estudos prévios para o Estado de Pernambuco, adotou-se uma prevalência estimada de doenças bucais de 20%. Essa prevalência foi utilizada com

base nos resultados de estudo anterior realizado com presidiários de outro estado do Nordeste do Brasil ¹². Isso resultou em uma amostra inicial de 599 indivíduos e com o acréscimo de 20% para compensar possíveis perdas totalizou o número de 748 indivíduos.

Para o Complexo Prisional Masculino, o processo de amostragem calculado previamente levou em consideração a proporcionalidade visando incluir as três UPs. O número de indivíduos da amostra em cada UP foi calculado mantendo a representatividade em relação à população do complexo. Desta forma, foi dividido em 320 indivíduos para a unidade 1, em 214 indivíduos para a unidade 2 e em 214 indivíduos para a unidade 3. Essa divisão é proporcional à população prisional de cada unidade.

Já para a população carcerária feminina, foi estudada na Colônia Penal Feminina. Por ser porta de entrada de mulheres infratoras, existem pessoas aguardando julgamento e cumprindo pena. Devido a isso a população oscila em torno de 600 detentas. Um cálculo amostral foi realizado, considerando-se um erro de 5%, intervalo de confiança de 95%, e também se adotou uma prevalência estimada de doenças bucais de 20%. Essa prevalência foi utilizada com base nos resultados de estudo anterior realizado com presidiários de outro estado do Nordeste do Brasil ¹². Isso resultou em uma amostra inicial de 240 indivíduos, sendo adicionado um fator de correção de 1,3 para compensar as possíveis perdas, totalizando um número de 312 detentas.

As pessoas privadas de liberdade foram selecionadas através de sorteio das fichas cadastrais de acolhimento, as quais eram preenchidas quando as mesmas eram acauteladas. Estes documentos ficam arquivados na unidade até mesmo após seu desligamento. Foram incluídos na pesquisa pessoas privadas de liberdade com idade entre 18 e 70 anos que se dispuseram a participar do estudo. Foram excluídos aqueles que possuíam alguma deficiência física pela dificuldade de deslocamento para a unidade de saúde prisional e/ou pela dificuldade de higienização bucal.

Para a coleta de dados, foram agendados previamente dia e horário para realização dos exames bucais. Os exames foram realizados nos próprios consultórios odontológicos instalados nas dependências das Unidades Prisionais. Para os exames foram utilizados odontoscópios, pinças clínicas e sondas periodontais milimetradas recomendada pela Organização Mundial de Saúde¹³ da marca Trinity para melhor visualização das estruturas bucais, sendo respeitados os

princípios de biossegurança. Os dados não clínicos foram coletados e anotados pela pesquisadora através do preenchimento de um questionário sócio-demográfico e da ficha de anamnese em ambiente reservado.

Um único examinador, o pesquisador, realizou a avaliação sobre os dados do exame clínico. O mesmo foi previamente calibrado (valor de Kappa = 0,85). Os dados foram registrados em fichas odontológicas por um anotador previamente treinado para manter a consistência dos dados.

Para avaliar a experiência de cárie foi utilizado o índice CPO-D. A condição periodontal foi avaliada com a utilização do índice CPI. Para essas etapas, as recomendações de procedimento propostas pela OMS e relatadas no Manual do Avaliador SB-Brasil foram cuidadosamente seguidas ¹⁴. Sobre o traumatismo, foi utilizado o índice de Andreasen para a classificação de fraturas dentais ¹⁵. As faixas etárias foram divididas obedecendo uma categorização utilizada no levantamento epidemiológico do SB Brasil ¹⁴, assim como os valores do índice CPOD.

O diagnóstico das lesões em mucosa bucal foi estabelecido obedecendo os critérios preconizados pela OMS. Para tanto, através da anamnese e do exame físico, foram identificadas as possíveis alterações no padrão de normalidade em localizações anatômicas como a língua, assoalho bucal, gengiva, mucosa jugal, palato duro, palato mole, mucosa interna dos lábios e lábio superior e inferior. Foram observadas alterações de volume, coloração e textura de superfície, bem como possíveis sintomas relatados pelos pacientes. Nos casos em que foram identificadas alterações do padrão de normalidade sem diagnóstico clínico conclusivo, e que havia indicação de avaliação histopatológica, foi realizada a biópsia e exame histopatológico para conclusão deste diagnóstico.¹⁶

Os dados obtidos nessa pesquisa foram analisados estatisticamente por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0. Para a comparação das variáveis qualitativas foram utilizados os testes Qui-quadrado, Exato de Fisher e Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Foram examinadas 1029 pessoas privadas de liberdade, distribuídas em três unidades prisionais masculinas e uma unidade feminina, observando-se a proporcionalidade do número de detentos em cada unidade.

Desta forma, na UP1 foram avaliados 315 detentos, e a UP2 e UP3 contemplaram 210 indivíduos respectivamente. Da população carcerária feminina que compõe a Colônia Penal Feminina do Recife foram avaliadas 294 detentas.

Foram excluídas da amostra 21 indivíduos (03 do sexo masculino e 18 do sexo feminino) por apresentarem alguma deficiência física ou por ser maior de 70 anos. A taxa de resposta foi de 98%.

Da amostra analisada, a maioria declarou ter renda mensal de até 1 salário mínimo e pouco mais da metade afirmaram estarem presos há mais de 1 ano. Questionados se estavam em tratamento médico, 29,6% responderam que sim e 30,1% utilizar algum tipo de medicamento. Com relação ao tabagismo e uso de drogas ilícitas, quase metade da amostra relataram fazer uso. O uso da maconha foi a mais frequente, seguido de associações de uso de mais de uma droga ilícita (tabela 1).

Tabela 1 - Dados socioeconômicos e demográficos

Variável	N (%)			
Estado Civil	Solteiro/Viúvo/Divorciado		Casado/Companheiro	
	630 (61,2%)		399 (38,8%)	
Renda Mensal	Até 1 salário mínimo		De 2 a 4 salários mínimos	Mais de 5 salários mínimos
	881 (85,6%)		144 (14%)	4 (0,4%)
Tempo de Reclusão	Até 1 ano		Mais de 1 ano	
	473 (46%)		556 (54%)	
Doença	Sim		Não	
	289 (28,1%)		740 (71,9%)	
Tratamento Médico	Sim		Não	
	305 (29,6%)		724 (70,4%)	
Uso de Medicamento	Sim		Não	
	310 (30,1%)		719 (69,9%)	
Uso de Tabaco	Sim		Não	
	507 (49,3%)		522 (50,7%)	
Uso de Drogas Ilícitas	Sim		Não	
	454 (44,1%)		575 (55,9%)	
Qual droga	Maconha	Crack	Cocaína	Associações
	4 (35,4%)	12 (1,2%)	4 (0,4%)	79 (7,7%)

Fonte: Carvalho,2022

Ao avaliar a condição bucal, pouco mais da metade apresentaram 4 ou mais dentes cariados e 67,8% até 11 dentes perdidos. Sobre a história de cárie, o índice CPOD da maioria da amostra foi igual ou maior que 4. A amostra apresentou um índice CPOD médio de 10,51. Em relação à condição periodontal, metade dos detentos apresentaram o índice CPI score 2, revelando a presença do cálculo dentário, portanto uma condição periodontal desfavorável. (tabela 2)

Um contingente de 9,7% apresentou trauma dentário, e dos pacientes que possuem essa condição, mais da metade relataram que o trauma ocorreu durante o período do cárcere. Acerca das lesões em mucosa, 77 indivíduos (7,5%) apresentaram algum tipo de agravo, entre elas o herpes labial, candidíase e úlceras traumáticas (tabela 2). Todas elas diagnosticadas através do exame clínico e encaminhadas para unidade de saúde prisional para tratamento. Foram realizadas 4 biópsias incisórias cujos resultados foram 2 casos de acantose, 2 casos de hiperplasia fibrosa inflamatória.

Tabela 2 - Características bucais dos pacientes examinados

Variável	N (%)					
		Nenhum dente cariado		Até 3 dentes cariados	4 ou mais dentes cariados	
Cariados	130 (12,6%)		339 (32,9%)	560 (54,4%)		
	Nenhum dente perdido		Até 11 dentes perdidos	Mais de 12 dentes perdidos		
Perdidos	231 (22,4%)		698 (67,8%)	100 (9,7%)		
	Nenhuma restauração		Até 3 dentes restaurados	4 ou mais dentes restaurados		
Obturados	561 (54,5%)		321 (31,2%)	147 (14,3%)		
	Igual a 0		Até 3	4 ou mais		
CPOD	33 (3,5%)		108 (10,5%)	855 (86%)		
	Hígido	Com sangramento	Com cálculo	Bolsa entre 3mm e 6mm	Bolsa maior que 6mm	Eliminado
CPI	299 (29,1%)	156 (15,2%)	536 (52,1%)	30 (2,9%)	4 (0,4%)	4 (0,4%)
	Trauma		Sim		Não	
			100 (9,7%)		929 (90,3%)	
Quando ocorreu o trauma	Antes da prisão		49 (4,8%)		Durante a prisão	
					52 (5,1%)	
	Lesões em mucosa		Sim		Não	
			77 (7,5%)		952 (92,5%)	

Fonte: Carvalho,2022

As faixas etárias foram divididas obedecendo uma categorização utilizada no levantamento epidemiológico do SB Brasil, assim como os valores do índice CPOD¹⁴. Sobre a avaliação do índice CPOD, o teste de comparação de proporção

foi significativo (p -valor $<0,05$) quando relacionado à idade, indicando que a faixa etária de 26 a 59 anos possui maior índice de cárie. Quando avaliado cada componente do índice em separado, observou-se diferença estatisticamente significativa também para a mesma faixa etária. (Tabela 3)

Tabela 3 – CPOD relacionado à idade

Variáveis	Idade (em anos)			P-valor	
	18 a 25	26 a 59	60 ou mais		
Cárie (N / %)	Nenhum dente cariado	40 (30,8%)	85 (65,4%)	5 (3,8%)	<0,001
	Até 3 dentes cariados	129 (38,0%)	207 (61,1%)	3 (0,9%)	
	4 ou mais dentes cariados	242 (43,2%)	318 (56,8%)	0 (0,0%)	
Perdidos (N / %)	Nenhum dente perdido	146 (63,2%)	85 (36,8%)	0 (0,0%)	<0,001
	Até 11 dentes perdidos	259 (37,1%)	438 (62,8%)	1 (0,1%)	
	12 ou mais dentes perdidos	6 (6,0%)	87 (87,0%)	7 (7,0%)	
Obturados (N / %)	Nenhuma restauração	259 (46,2%)	297 (52,9%)	5 (0,9%)	<0,001
	Até 3 dentes restaurados	119 (37,1%)	199 (62,0%)	3 (0,9%)	
	4 ou mais dentes restaurados	33 (22,4%)	114 (77,6%)	0 (0,0%)	
CPOD (N / %)	Igual a 0	22 (61,1%)	14 (38,9%)	0 (0,0%)	<0,001
	1 a 3	63 (58,3%)	45 (41,7%)	0 (0,0%)	
	4 ou mais	326 (36,8%)	551 (62,3%)	8 (0,9%)	

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

Fonte: Carvalho,2022

Ao se relacionar o índice CPI com a idade, observou-se uma significância na faixa etária de 26 a 59 anos com a presença de cálculo dentário. Assim como aqueles que possuíam mais de um ano de reclusão. O mesmo aconteceu com indivíduos que eram tabagistas e que faziam uso de drogas ilícitas. (tabela 4)

Relacionando o índice CPI com a presença de diabetes, foi encontrado um resultado significativo indicando condições periodontais menos favoráveis em pacientes não diabéticos. Todos os escores do índice CPI foram maiores em indivíduos que não possuíam tal condição sistêmica. (tabela 4).

Tabela 4 - Associação entre o índice CPI com as variáveis estudadas.

Variáveis		Índice CPI					P-valor
		Hígido	Com sangramento	Com cálculo	Com bolsa entre 3mm e 6mm	Com bolsa maior que 6mm	
Idade (em anos)	18 a 25 (N / %)	113 (38,4%)	42 (14,3%)	136 (43,6%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	0,029
	26 a 59 (N / %)	146 (32,1%)	53 (11,6%)	240 (52,7%)	11 (2,4%)	3 (0,7%)	
	60 ou mais (N / %)	3 (42,9%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	
Tempo de reclusão	Até 1 ano	124 (26,2%)	85 (18,2%)	245 (51,8%)	16 (3,4%)	3 (0,6%)	0,030
	Mais de 1 ano	175 (31,7%)	71 (12,9%)	291 (52,7%)	14 (2,5%)	1 (0,2%)	
	Até 1 salário mínimo	245 (27,8%)	132 (15,0%)	472 (53,6%)	26 (3,0%)	3 (0,3%)	
Renda mensal	2 a 4 salários mínimo	51 (35,4%)	24 (16,7%)	63 (43,8%)	4 (2,8%)	1 (0,7%)	0,437
	5 ou mais salários mínimo	3 (75,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Tabagismo	Sim	130 (25,7%)	69 (13,6%)	293 (57,9%)	12 (2,4%)	2 (0,4%)	0,017
	Não	169 (32,5%)	87 (16,8%)	243 (46,8%)	18 (3,5%)	2 (0,4%)	
Ingestão de Bebida Alcolóica	Sim	74 (27,9%)	40 (15,1%)	146 (55,1%)	4 (1,5%)	1 (0,4%)	0,469
	Não	225 (29,6%)	116 (15,3%)	390 (51,3%)	26 (3,4%)	3 (0,4%)	
Uso de drogas Ilícitas	Sim	133 (29,3%)	64 (14,1%)	250 (55,2%)	4 (0,9%)	2 (0,4%)	0,015
	Não	166 (29,0%)	92 (16,1%)	286 (50,0%)	26 (4,5%)	2 (0,4%)	
Diabetes	Sim	4 (33,3%)	2 (16,7%)	6 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,002
	Não	295 (29,1%)	154 (15,2%)	529 (52,3%)	30 (3,0%)	4 (0,4%)	

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

Fonte: Carvalho,2022

Na análise univariada das variáveis estudadas e a condição periodontal (favorável ou desfavorável), houve associação significativa com renda familiar mensal ($p=0,023$), tempo de reclusão ($p=0,36$) e tabagismo ($p=0,005$). A razão de chances foi calculada para essas variáveis e seus respectivos intervalos de confiança, descritos na Tabela 5. Foram excluídos do cálculo aqueles indivíduos desdentados totais pela impossibilidade de avaliação do CPI, e por este instrumento excluir sextantes desdentados.

Tabela 5 - Associação entre a condição de saúde periodontal com as variáveis estudadas.

Variável	Condição de saúde periodontal		p-valor	OR (IC à 95%)
	Favorável N(%)	Desfavorável N(%)		
Faixa Etária	18 a 25 anos	131 (31,9%)	279 (68,1%)	0,197 ⁽¹⁾
	26 a 60 anos	164 (26,9%)	444 (73,1%)	
	60 anos ou mais	4 (57,1%)	3 (42,9%)	
Renda Familiar Mensal	Até 1 salário	245 (27,9%)	633 (72,1%)	0,023 ⁽¹⁾
	2 a 4 salários	51 (35,6%)	92 (64,4%)	
	5 salários ou mais	3 (75,0%)	1 (25,0%)	
Tempo de Reclusão	Até 1 ano	124 (26,9%)	349 (73,8%)	1
	Mais de 1 ano	179 (32,2%)	377 (67,8%)	0,036
Tabagismo	Sim	131 (25,4%)	384 (74,6%)	1
	Não	177 (33,3%)	354 (66,7%)	0,005 ⁽²⁾
Ingestão de Bebidas Alcoolicas	Sim	81 (29%)	198 (71%)	1
	Não	227 (29,6%)	540 (70,4%)	0,860 ⁽²⁾
Uso de Drogas Ilícitas	Sim	134 (29,1%)	326 (70,9%)	1
	Não	174 (29,7%)	412 (70,3%)	0,843
Hipertensão	Sim	19 (28,8%)	47 (71,2%)	1
	Não	289 (29,5%)	691 (70,5%)	0,904 ⁽²⁾
Diabetes	Sim	4 (30,8%)	9 (69,2%)	1
	Não	304 (29,4%)	729 (70,6%)	0,916 ⁽²⁾
Problemas Cardiovasculares	Sim	7 (53,8%)	6 (46,2%)	1
	Não	301 (29,1%)	732 (70,9%)	0,066 ⁽³⁾
Problemas Articulares ou Reumatismo	Sim	5 (35,7%)	9 (64,3%)	1
	Não	303 (29,4%)	729 (70,6%)	0,030

(1) Através do Teste de Mann-Whitney (2) Através do Teste Qui Quadrado de Pearson. (3) Através do Teste Exato de Fisher. (*) Nível de significância 5%. (OR) Odds Ratio. (IC) Intervalo de confiança.

Fonte: Carvalho, 2022

O trauma dentário não apresentou valor significativo no teste de comparação de proporção para as variáveis citadas na tabela 6.

Tabela 6 - Associação entre o trauma dentário com as variáveis estudadas.

Variáveis	Trauma		P-valor	
	Sim (N / %)	Não (N / %)		
Tempo de reclusão	Até 1 ano	43 (9,1%)	430 (90,9%)	0,531 ⁽¹⁾
	Mais de 1 ano	57 (10,3%)	499 (89,7%)	
	18 a 25	37 (9,0%)	374 (91,0%)	
Faixa etária (em anos)	26 a 59	63 (10,3%)	547 (89,7%)	0,601 ⁽¹⁾
	60 ou mais	0 (0,0%)	8 (100%)	
Sofre de alguma doença crônica	Sim	27 (9,3%)	262 (90,7%)	0,799 ⁽²⁾
	Não	73 (9,9%)	667 (90,1%)	
Uso de medicação	Sim	28 (9,0%)	282 (91,0%)	0,669 ⁽²⁾
	Não	71 (9,9%)	647 (90,1%)	
Bebida alcoólica	Sim	24 (9,1%)	241 (90,9%)	0,673 ⁽²⁾
	Não	76 (9,9%)	688 (90,1%)	
Uso de drogas ilícitas	Sim	43 (9,5%)	411 (90,5%)	0,812 ⁽²⁾
	Não	57 (9,9%)	518 (90,1%)	
CPOD	Igual a 0	1 (2,8%)	35 (97,2%)	0,193 ⁽²⁾
	Até 3	14 (13,0%)	94 (87,0%)	
	4 ou mais	85 (9,6%)	(90,4%)	

(1) Através do Teste de Mann-Whitney (2) Através do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 os percentuais dos níveis do fator avaliado diferem significativamente).

Fonte: Carvalho,2022

O teste de comparação de proporção apresentou resultados significativos (p-valor<0,05) quando comparado o sexo com o índice CPOD, indicando uma relação do sexo masculino com o índice CPOD no valor entre 1 e 3. Ao se relacionar o sexo com a condição de saúde periodontal, foi encontrado um resultado significativo indicando condição de saúde periodontal mais favorável a indivíduos do sexo masculino. Relacionando o sexo com a presença de lesões em mucosa um resultado significativo foi encontrado indicando maior presença de lesões no sexo masculino (tabela 7).

Tabela 7 - Associação entre o sexo com as variáveis estudadas.

Variáveis	Sexo		P-valor	
	Masculino	Feminino		
CPOD	Igual a 0	27 (75,0%)	9 (25,0%)	0,002 ⁽¹⁾
	1 a 3	92 (85,2%)	16 (14,8%)	
	4 ou mais	617 (69,7%)	268 (30,3%)	
Condição Periodontal	Favorável	257 (84,8%)	46 (15,2%)	<0,001 ⁽²⁾
	Desfavorável	479 (66,0%)	247 (34,0%)	
Trauma Dentário				
Sim	78 (78,0%)	22 (22,0%)	0,131 ⁽²⁾	

Não	658 (70,8%)	271 (29,2%)	
Lesão em Mucosa			
Sim	65 (84,4%)	12 (15,6%)	0,009 ⁽²⁾
Não	671 (70,5%)	281 (29,5%)	

(1) Através do Teste de Mann-Whitney (2) Através do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 os percentuais dos níveis do fator avaliado diferem significativamente).

Fonte: Carvalho,2022

DISCUSSÃO

O Brasil ocupa o 3º lugar no ranking mundial em população carcerária. Ao estudar a condição bucal dos indivíduos privados de liberdade do Município de Recife, capital do Nordeste Brasileiro, os resultados desta pesquisa mostraram uma situação desfavorável. Quase a totalidade da amostra estudada apresentou alto índice para experiência de cárie, assim como foi verificado que pouco mais da metade destes indivíduos possuíam cálculo dentário. Além de ser identificado que 9,7% dessas pessoas sofreu algum trauma dentário e 7,5% tinha alguma lesão em mucosa.

Com o objetivo de avaliar as condições bucais desta população, o presente estudo identificou que o CPOD com valor maior que 4, considerado alto ¹⁷, esteve presente em parte considerável da amostra. Este dado confirma os divulgados no SB Brasil 2010 ¹⁰ quando comparados com a população geral e também corrobora pesquisas realizadas em outros países^{18,19,20} e no Brasil ^{11,22} com a população carcerária, onde o índice CPOD médio apresentou-se maior que 4.

Separando cada componente do CPOD, observou-se que o componente cariado apresentou maior frequência, seguido do componente perdido. Isto confirma estudos previamente realizados em populações carcerárias no Brasil e em outros países, revelando a vulnerabilidade dessa população em relação às condições bucais e à integridade física ^{15,23}.

O resultado para trauma dental encontrado nesta população foi considerado baixo quando comparado a estudos anteriores ^{10,23}. Dos indivíduos que apresentaram trauma dentário, pouco mais da metade afirmaram que o fato ocorreu durante o período do cárcere. Esse achado corrobora a sugestão de que o tempo de encarceramento esteve associado ao trauma dental devido ao maior tempo de exposição a um ambiente violento ²⁴. A faixa etária com maior frequência de traumatismo foi entre 26 e 59 anos e os dentes mais acometidos foram os incisivos centrais superiores com fraturas envolvendo esmalte e dentina. Esse resultado

confirma achados da literatura anterior e apóia o conhecido argumento de que devido à posição anatômica ântero-superior esses dentes ficam mais expostos em situações traumáticas ²⁵.

Ao investigar a presença de lesões em mucosa, os resultados do presente estudo indicaram uma baixa prevalência na amostra (menos de 10%). Este dado corrobora alguns trabalhos que apresentaram valores próximos ^{19,23}. No entanto, Rawlani et al. em 2019 observaram lesões bucais em cerca de 35% da amostra estudada ²⁶. As úlceras traumáticas foram as lesões mais prevalentes, as quais podem estar relacionadas às frequentes situações de violência física anteriormente comentadas, ou podem ser oriundas de problemas de oclusão ou de bordas cortantes de dentes, o que enfatiza a necessidade de supervisão pelo cirurgião-dentista. As úlceras traumáticas foram seguidas pelo herpes simples e candidíase, cujas lesões podem estar relacionadas à condição de baixa imunidade e estresse devido ao ambiente em que vivem, ou ao uso de antibióticos e relações sexuais sem preservativos.

Verificou-se nessa pesquisa que quase metade dos examinados relataram fazer uso de drogas ilícitas. A maioria desses usuários utilizam a maconha como principal substância ilícita. Esse dado relevante se assemelha ao verificado por outros estudos, onde foram observados números expressivos de usuários de drogas ilícitas dentro do sistema carcerário ^{19,20,27}. Este resultado mostra a vulnerabilidade desta população em relação ao acesso às substâncias ilícitas.

Em relação à condição periodontal, pouco mais da metade da amostra apresentou score 2 para o índice CPI. Este dado corrobora poucos estudos encontrados sobre o assunto, os quais afirmaram a presença do cálculo dentário como principal característica de condição periodontal na população prisional ^{11,18,20}.

No presente trabalho, aproximadamente metade da amostra afirmou ser fumante, havendo concordância com vários estudos previamente realizados ^{18,20,26}. Relacionando-se o uso do tabaco com o índice CPI, observou-se que a prevalência de um periodonto saudável foi maior em indivíduos não fumantes.

Alguns estudos encontraram valores significativos para o índice CPI em fumantes ^{28,29}. No entanto, uma pesquisa realizada em detentos por Akaji e Folaranmi em 2013, perceberam que não houve diferença significativa quando comparado o grupo de fumantes e não fumantes em relação ao índice periodontal comunitário ³⁰. Existe a suposição do presente estudo de que a quantidade de

cigarros fumados por dia e a duração do hábito contribuam com a diferença dos resultados apresentados.

Resultados significativos foram encontrados ao se relacionar o índice CPI a pessoas portadoras de diabetes. Neste estudo verificou-se que os indivíduos diabéticos apresentaram melhor situação periodontal quando comparados aos que não possuem tal condição sistêmica. Este resultado contradiz estudos previamente realizados que observaram uma associação significativa entre a condição periodontal e diabéticos³¹⁻³³. Talvez devido ao baixo número de detentos que declararam ser portador de tal condição sistêmica (N=13), não foram encontrados valores expressivos no que concerne à condição periodontal em presos diabéticos. Acredita-se que a ausência de exames que diagnostiquem a presença da diabetes nesta população no momento de ingresso na unidade prisional, seja um agravante para que muitos casos não sejam notificados, pois, ao ingressarem no sistema, os exames os quais são submetidos são para diagnósticos de Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Além disso, a literatura anterior mostra a subestimação do diabetes na população em geral.

Em relação à variável sexo, foi encontrada diferença significativa, onde os homens apresentaram condição periodontal mais favorável. Essa associação ainda é muito controversa, na qual aspectos de alterações hormonais parecem estar associados e essa desregulação tem se tornado uma área de investigação em pesquisas.^{11,34,35}

Resultados significativos foram encontrados ao se relacionar a variável sexo ao índice CPOD, observou-se que indivíduos do sexo masculino apresentam um maior índice CPOD quando comparados ao sexo feminino. Este resultado contradiz um estudo realizado por George et al.³⁶, em 2015, observaram uma condição significativa do índice CPOD para as mulheres. No entanto, outro estudo realizado em população semelhante informa que tal condição não influencia no índice CPOD.³⁷ Existe a suposição do presente estudo de que a assistência oferecida à unidade prisional feminina seja melhor organizada com oferecimento de atividades de promoção e prevenção em saúde, isso viabiliza o fluxo de acompanhamento a saúde bucal das detentas.

Apesar das limitações de um estudo transversal em estabelecer relações causais entre o cárcere e doenças bucais, este trabalho é pioneiro na detecção das principais condições bucais utilizando uma amostra significativa e representativa de

uma população carcerária brasileira. Devido à escassez de trabalhos publicados no Brasil, existe uma dificuldade de propor ações as quais contribuam para a mudança da realidade precária de saúde no Sistema Penal.

Diante dos resultados apresentados, foi verificado um diagnóstico real acerca das condições bucais de detentos de uma capital do Nordeste do Brasil. Essas descobertas servem como dados que podem contribuir com a elaboração de políticas que eliminem as iniquidades encontradas, assim como estimular novos estudos que evidenciem a vulnerabilidade dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Informações Penitenciárias: Infopen. Ministério da Justiça. Execução Penal Sistema Prisional [Internet]. 2017. Disponível em: <http://www.portalmj.gov.br>. Acessado em janeiro/2022
2. World Prison Brief (WPB). International Centre for prison studies. [Internet]. 2019. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org>. Acessado em outubro/2020
3. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(7).
4. Silva RSC. Necessidade de tratamento odontológico em apenadas e sua relação com doenças sistêmicas na penitenciária estadual feminina. Porto Velho-RO. 2016.
5. Carvalho FMT, Santos ASV, Lins-Filho PC, Vasconcelos MMVB, Caldas Júnior AF, Godoy GP. Evaluation of dental trauma in inmates of the most highly populated Brazilian prison complex. *Dent Traumatol*. 2021 Aug;37(4):583-588. doi: 10.1111/edt.12670. Epub 2021 Feb 18. PMID: 33599384.
6. Brasil. 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 2014;1:18–21*.
7. Job Neto, F. et al. Health morbidity in Brazilian prisons: a time trends study from national databases. *BMJ Open*, v.9, 2019.
8. Testa, A.; Fahmy, C. Oral health status and oral health care use among formerly incarcerated people. *J. Am. Dent. Assoc.* v.151, n.3, p. 164-173, 2020.
9. Tolentino, PHMP. et al. Tooth Extractions in Patients with Periodontal Diseases and Clinical Decision-Making Process. *Acta stomatol Croat*, v.53, n.2, p. 141-149, 2019.
10. Brasil. Projeto SB2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.: Editora MS; 2012.
11. Soares GH, Mendonça I, Michel-Crosato E, Moysés SJ, Moysés ST, Werneck RI. Impact of oral conditions on the quality of life of incarcerated women in Brazil. *Health care for women international*. 2019; 40(7-9), 776-787.
12. Cavalcanti AL, Rodrigues IS, de Melo Silveira IT, de Oliveira TB, de Almeida Pinto MS, Xavier AF, de Castro RD, Padilha WW. Dental caries experience and use of dental services among Brazilian prisoners. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Nov 25;11(12):12118-28.

13. World Health Organization (WHO). Oral health surveys, basic methods. 5 ed. 2017.
14. Brasil. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador / Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 2001.
15. Andreasen JO, Bakland LK, Flores MT, Andreasen FM, Andersson L. Traumatic dental injuries: a manual: edn. 2011.
16. World Health Organization (WHO). Oral health surveys, basic methods. 5 ed. 2017.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Cárie Dental. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Dados disponíveis em: <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em janeiro de 2022.
18. Vainionpää R, Peltokangas A, Leinonen J, Pesonen P, Laitala ML, Anttonen V. Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners. *BDJ open*. 2017; 3(1): 1-5.
19. Arora G, Humphris G, Lahti S, Richards D, Freeman R. Depression, drugs and dental anxiety in prisons: A mediation model explaining dental decay experience. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2020; 48(3), 248-255.
20. Zajmi L, Begzati A, Sejdini M, Berisha N, Krasniqi L. Oral health of lipjan convicts: Kosovo prison house. *International Journal of Dentistry*. 2018; 2018.
21. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília - DF*.1990. p. 18055.
22. Damasceno, S., Cerqueira, R., Silva, J., Soledade, K., & Borges-Paluch, L. (2020). Sistema Penitenciário E Saúde: Avaliação Das Condições Bucais De Detentos Da Região Metropolitana De Salvador, BA. *Enciclopédia Biosfera*, 17(34).
23. Singh SK, Singh P, Reddy VK, Saha S, Jagannath GV. Adverse Habits and Oral Mucosal Lesions in Prisoners of Lucknow. *J Cancer Prev Curr Res*. 2016;6(2):00197.
24. Azami-Aghdash S, Azar FE, Azar FP, et al. Prevalence, etiology, and types of dental trauma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2015, 29, 234.
25. Caldas-Júnior AF, Burgos ME. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. *Dent Traumatol*. 2001 Dec;17(6):250-3.
26. Rawlani SM, Chawla R, Rawlani S, Rathi V, Gadge R, Choube S. Estado de saúde bucal e prevalência de lesões pré-malignas em prisioneiros da Prisão Central de Amravati, Maharashtra, Índia. *Indian J Cancer*. 2019; 56:280 -1.
27. Lins-Filho PC, Carvalho FMT, Freitas JLM, FGerreira AKA, Melo MCF, Godoy GPG, Caldas Júnior AFP. Drug use pattern among non-heterosexual and transgender people detained in a female prison complex, *Journal of Substance*. 2021. Use, DOI: 10.1080/14659891.2021.1916850
28. Sumanth S, Bhat KM, Bhat GS. Periodontal health status in pan chewers with or without the use of tobacco. *Oral health & preventive dentistry*. 2008;6(3).
29. Cavalcanti AL, Rodrigues IS, Melo Silveira IT, Oliveira TB, Almeida Pinto MS, Xavier AF, Castro RD, Padilha WW. Dental caries experience and use of dental

- services among Brazilian prisoners. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Nov 25;11(12):12118-28.
30. Akaji EA, Folaranmi N. Tobacco use and oral health of inmates in a Nigerian prison. *Nigerian journal of clinical practice*. 2013;16(4).
31. Awartani FA. Evaluation of the relationship between type 2 diabetes and periodontal disease. *Saudi medical journal*. 2009;30(7):902-6.
32. Khader YS, Dauod AS, El-Qaderi SS, Alkafajei A, Batayha WQ. Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. *Journal of diabetes and its complications*. 2006;20(1):59-68.
33. Morita I, Inagaki K, Nakamura F, Noguchi T, Matsubara T, Yoshii S, et al. Relationship between Periodontal status and Levels of Glycated Hemoglobin. *J Dent Res*. 2012;91(2):161-6.
34. Martelli, F. et al. Periodontal disease and women's health. *Current Medical research and opinion*, v. 33, n.6, p. 1005-1015, 2017.
35. Rodrigues, ISAA. et al. Locked Mouths: Tooth Loss in a Women's Prison in Northeastern Brazil. *The ScientificWorldJournal*, 2014.
36. George B, John J, Saravanan S, Arumugham IM, Johny MK. Dental caries status of inmates in central prison, Chennai, Tamil Nadu, India. *Journal of natural science, biology, and medicine*. 2015;6(Suppl 1):S110.
37. Landim, J., Neta, M. C., Martins, M., Nuto, S., & Braga, J. U. (2013). Fatores demográficos e socioeconômicos associados à cárie dentária em uma comunidade nordestina de baixa renda. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF*, 18(1). <https://doi.org/10.5335/rfo.v18i1.3104>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados e comparações neste estudo, é possível afirmar que a condição de saúde bucal das pessoas privadas de liberdade do Município do Recife, capital do Estado de Pernambuco, é deficiente. O contexto de precariedade institucional, o elevado número de pessoas vivendo em ambiente insalubre, e a assistência odontológica insuficiente tem repercussões negativas sobre suas condições de saúde. Acredita-se que este trabalho contribuiu com a literatura científico-odontológica, traçando um perfil epidemiológico da população carcerária da cidade e servem como dados para futuras pesquisas na área. Os dados apresentados podem colaborar com a construção de políticas públicas de saúde bucal deste segmento populacional com a finalidade de melhoria e diminuição dos agravos encontrados. A evolução da saúde desses indivíduos contribui com o principal objetivo de um sistema penitenciário: a ressocialização.

REFERÊNCIAS

1. INFOPEN. Ministério da Justiça. **Execução penal sistema prisional, InfoPen–Estatística**. 2017. Disponível em: www.portal.mj.gov.br. Acesso em janeiro/2022.
2. WPB. World Prison Brief. **International Centre for prison studies**. [Internet]. 2019. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org>. Acesso em outubro/2020
3. SOUSA MdCP, ALENCAR NETO FJ, SOUSA PCC, COSTA SILVA CL. **Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura**. Revista Interdisciplinar. 2013;6(2):144-51.
4. MINAYO MCS, RIBEIRO AP. **Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(7).
5. SILVA RSC. **Necessidade de tratamento odontológico em apenadas e sua relação com doenças sistêmicas na penitenciária estadual feminina-PENFEM Porto Velho-RO**. 2016. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br/xmlui/handle/>. Acesso em janeiro/2022.
6. OLIVEIRA DC, FERREIRA FM, MOROSINI IAC, TORRES-PEREIRA CC, PAIVA SM, FRAIZ FC. **Impact of oral health status on the oral health-related quality of life of brazilian male incarcerated adolescents**. Oral health & preventive dentistry. 2015;13(5).
7. SOARES GH, MENDONÇA I, MICHEL-CROSATO E, MOYSÉS SJ, MOYSÉS ST, WERNECK RI. **Impact of oral conditions on the quality of life of incarcerated women in Brazil**. Health care for women international. 2019; 40(7-9), 776-787.
8. WALMSLEY R. **World prison population list: Home Office London**; 2003. Disponível em: http://www.prisonstudies.org/files/wppl_12. Acesso em janeiro/2022.
9. MARSHMAN Z, BAKER SR, ROBINSON PG. **Does dental indifference influence the oral health-related quality of life of prisoners?** Community dentistry and oral epidemiology. 2014;42(5):470-80.
10. RODRIGUES IS, ARAUJO A. **O uso de serviços odontológicos e as condições de saúde bucal de um grupo de presidiários**. 2013. Disponível em: <https://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/>. Acesso em janeiro/2022
11. TETZNER E, NASCIMENTO S, CARVALHO R, TONINI K. **Odontologia no sistema penal**. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF. 2013;17(3).
12. GEORGE B, JOHN J, SARAVANAN S, ARUMUGHAM IM, JOHNY MK. **Dental caries status of inmates in central prison, Chennai, Tamil Nadu, India**. Journal of natural science, biology, and medicine. 2015;6(Suppl 1):S110.
13. GABRIEL ACG, PINHEIRO DHP, FERNANDES LMS, WIND MM, FERREIRA VR, SILVA CTX. **Caos: o atual cenário da saúde prisional no Brasil**. Anais da 16ª Mostra de Saúde. v. 7 (2019): S. 1

14. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF.1990. p. 18055.
15. UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **Redução da população carcerária reforça importância de políticas judiciais.** Disponível em <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/05/reducao-da-populacao-carceraria-reforca-importancia-de-politicas-judiciarias.html>>. Acesso em janeiro/2022
16. PRIWE C, CARLSSON P. **Oral health status of male swedish citizens at admission to prison.** Journal of Correctional Health Care, v. 24, n.4, p.382-394, 2018.
17. FOTEDAR S, et al. **Association between oral health status and oral health-related quality of life among the prison inmate population of Kanda Model Jail, Shimla, Himachal Pradesh, India.** India Journal of Public Health, v. 60, n.2, p. 150-153, 2016.
18. JOB NETO F, et al. **Health morbidity in Brazilian prisons: a time trends study from national databases.** BMJ Open, v.9, 2019.
19. BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União nº 23, Seção 1, do dia 1º de fevereiro de 2014. p. 65.
20. LERMEN HS, GIL BL, et al. **Health in prison: analysis of health social policies targeting the Brazilian prison population.** Physis. 2015;25(3):905-24.
21. TESTA A, FAHMY C. **Oral health status and oral health care use among formerly incarcerated people.** J. Am. Dent. Assoc. v.151, n.3, p. 164-173, 2020.
22. LIMA NS, GOMES LF, OLIVEIRA BR, OLIVEIRA VR, OLIVEIRA IM. **Saúde pública, racismo e odontologia: Análise do tratamento da população carcerária negra no Sistema Único de Saúde.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 10, n. 11, pág. e433101119924, 2021. DOI: 10.33448 / rsd-v10i11.19924.
23. REIS A, MACHADO V, PIRES P, PENAFORTE H. **O significado da saúde oral para a população reclusa.** Saúde: do Desafio ao Compromisso. 2015:122.
24. NEVILLE P. **Oral health among UK prisoners.** Perspectives in public health. 2015;135(4):176-7.
25. TREADWELL HM, FORMICOLA AJ. **Improving the oral health of prisoners to improve overall health and well-being.** American Public Health Association; 2005.
26. WALSH T, TICKLE M, MILSOM K, BUCHANAN K, ZOITPOULOS L. **An investigation of the nature of research into dental health in prisons: a systematic review.** British dental journal. 2008;204(12):683-9.
27. HARVEY S, ANDERON B, CANTORE S, KING E, MALIK F, BEDI R. **Reforming prison dental services in England—a guide to good practice.** Health Educ J. 2005;4:1-39.
28. LONDON DoH. **Strategy for Modernising Dental Services for Prisoners in England.** 2003. Disponível em: <http://napduk.org/uploads/2021/03/Strategy>. Acesso em janeiro/2022.
29. MANCHESTER DTU. **Evaluation for the Impact of the National Strategy for Improving Prison Dental Services in England.** Prison Health Research Network School of Dentistry The University of Manchester 2006.

30. HEIDARI E, DICKINSON C, FISKE J. **An investigation into the oral health status of male prisoners in the UK.** Journal of Disability and Oral Health. 2008;9(1):3.
31. SALIVE ME, CAROLLA JM, BREWER TF. **Dental health of male inmates in a state prison system.** Journal of public health dentistry. 1989;49(2):83-6.
32. MOELLER L, STÖVER H, JÜRGENS R, GATHERER A, NIKOGOSIAN H, **World Health O. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health.** 2007. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file. Acesso em janeiro/2022.
33. TOLENTINO PHMP. et al. **Tooth Extractions in Patients with Periodontal Diseases and Clinical Decision-Making Process.** Acta stomatol Croat, v.53,n.2, p. 141-149, 2019.
34. HURLEN B, JACOBSEN N, HURLEN P. **Hepatitis B serum markers and oral health in a group of Norwegian male prisoners.** Acta Odontologica Scandinavica. 1984;42(1):53-8.
35. MLXSON JM, EPLEE HC, FELL PH, JONES JJ, RICO M. **Oral health status of a federal prison population.** Journal of public health dentistry. 1990;50(4):257-61.
36. OSBORN M, BUTLER T, BARNARD PD. **Oral health status of prison inmates—New South Wales, Australia.** Australian Dental Journal. 2003;48(1):34-8.
37. NAIDOO S, YENGOPAL V, COHEN B. **A baseline survey: oral health status of prisoners--Western Cape.** SADJ: journal of the South African Dental Association= tydskrif van die Suid-Afrikaanse Tandheelkundige Vereniging. 2005;60(1):24.
38. NOBILE CGA, FORTUNATO L, PAVIA M, ANGELILLO IF. **Oral health status of male prisoners in Italy.** International dental journal. 2007;57(1):27-35.
39. HEIDARI E, DICKINSON C, WILSON R, FISKE J. **Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London.** British Dental Journal. 2007;202(2):E5-E.
40. BANSAL V, SOGI GM, VEERESHA KL, KUMAR A, BANSAL S. **Dentition status and treatment needs of prisoners of Haryana state, India.** International journal of prisoner health. 2012;8(1):27-34.
41. DECERLE N, WODA A, NICOLAS E, HENNEQUIN M. **A description of oral health in three French jails.** Community dental health. 2012;29(4):274-8.
42. LÁZARO AMP. **Contribuição para o estudo da saúde oro-facial em contexto de reclusão-Avaliação num estabelecimento prisional central português.**2012. Disponível em: <https://1library.org/document/zlmnrrgy-contribuicao-contexto-reclusao-avaliacao-estabelecimento-prisional-central-portugues.html>. Acesso em janeiro/2022.
43. REDDY V, KONDAREDDY CV, SIDDANNA S, MANJUNATH M. **A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned inmates in central jails of Karnataka, India.** International dental journal. 2012;62(1):27-32.
44. AKAJI EA, ASHIWAJU MO. **Oral health status of a sample of prisoners in Enugu: A disadvantaged population.** Annals of medical and health sciences research. 2014;4(4):650-3.
45. DAYAKAR MM, SHIVPRASAD D, PAI PG. **Assessment of periodontal health status among prison inmates: A cross-sectional survey.** Journal of Indian Society of Periodontology. 2014;18(1):74.
46. ZAJMI L, BEGZATI A, SEJDINI M, BERISHA N, KRASNIQI L. **Oral health of lipjan convicts: Kosovo prison house.** International Journal of Dentistry. 2018; 2018.

47. SINGH SK, SINGH P, REDDY VK, SAHA S, JAGANNATH GV. **Adverse Habits and Oral Mucosal Lesions in Prisoners of Lucknow.** J Cancer Prev Curr Res. 2016;6(2):00197.
48. VAINIONPÄÄ R, PELTOKANGAS A, LEINONEN J, PESONEN P, LAITALA ML, ANTONEN V. **Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners.** BDJ open. 2017; 3(1): 1-5.
49. RAWLANI SM, CHAWLA R, RAWLANI S, RATHI V, GADGE R, CHOUBE S. **Estado de saúde bucal e prevalência de lesões pré-malignas em prisioneiros da Prisão Central de Amravati, Maharashtra, Índia.** Indian J Cancer. 2019;56:280-1.
50. BRASIL. Projeto SB2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.: Editora MS; 2012.
51. ZUHL CM, BALEJO RDP. **Perfil de necessidade de tratamento periodontal em carcerários e sua relação com doenças sistêmicas.** Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente. 2011;14(30):127-35.
52. 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.** Expediente Editorial. 2013;66035:29.
53. BORGES HS, AGRIPINO GG. **Saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico em apenados da cidade de Araruna/Paraíba.** 2015. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br › jspui › handle>. Acesso em janeiro/2022
54. DAMASCENO S, CERQUEIRA R, SILVA J, SOLEDADE K, & BORGES-PALUCH L. **Sistema Penitenciário E Saúde: Avaliação Das Condições Bucais De Detentos Da Região Metropolitana De Salvador, BA.** Enciclopédia Biosfera. 2020;17(34).
55. CARVALHO FMT, SANTOS ASV, LINS-FILHO PC, VASCONCELOS MMVB, CALDAS JÚNIOR AF, GODOY GP. **Evaluation of dental trauma in inmates of the most highly populated Brazilian prison complex.** Dent Traumatol. 2021 Aug;37(4):583-588. doi: 10.1111/edt.12670. Epub 2021 Feb 18. PMID: 33599384.
56. BRASIL. **Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador.** Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 2001.
57. AINAMO J, BARMES D, BEAGRIE G, CUTRESS T, MARTIN J, SARDO-INFIRRI J. **Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN).** Int Dent J. 1982;32(3):281-91.
58. ANDREASEN JO, BAKLAND LK, FLORES MT, ANDREASEN FM, ANDERSSON L. **Traumatic dental injuries: a manual.** Wiley. ed. 2011.
59. WHO. **Oral health surveys, basic methods.** World Health Organization 5 ed. 2017.
60. CAVALCANTI AL, RODRIGUES IS, MELO SILVEIRA IT, OLIVEIRA TB, ALMEIDA PINTO MS, XAVIER AF, CASTRO RD, PADILHA WW. **Dental caries experience and use of dental services among Brazilian prisoners.** Int J Environ Res Public Health. 2014 Nov 25;11(12):12118-28.

61. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Cárie Dental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Dados disponíveis em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em janeiro/2022.
62. ARORA G, HUMPHRIS G, LAHTI S, RICHARDS D, FREEMAN R. **Depression, drugs and dental anxiety in prisons: A mediation model explaining dental decay experience**. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2020; 48(3), 248-255.
63. AZAMI-AGHDASH S, AZAR FE, AZAR FP, et al. **Prevalence, etiology, and types of dental trauma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis**. Med J Islam Repub Iran. 2015, 29, 234.
64. CALDAS-JÚNIOR AF, BURGOS, ME. **A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic**. Dent Traumatol. 2001 Dec;17(6):250-3.
65. LINS-FILHO PC, CARVALHO FMT, FREITAS JLM, GERREIRA AKA, MELO MCF, GODOY GPG, CALDAS JÚNIOR AFP. **Drug use pattern among non-heterosexual and transgender people detained in a female prison complex**. Journal of Substance. 2021. Use, DOI: 10.1080/14659891.2021.1916850
66. SUMANTH S, BHAT KM, BHAT GS. **Periodontal health status in pan chewers with or without the use of tobacco**. Oral health & preventive dentistry. 2008;6(3).
67. AWARTANI FA. **Evaluation of the relationship between type 2 diabetes and periodontal disease**. Saudi medical journal. 2009;30(7):902-6.
68. KHADER YS, DAUOD AS, EL-QADERI SS, ALKAFAJEI A, BATAYHA WQ. **Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis**. Journal of diabetes and its complications. 2006;20(1):59-68.
69. MORITA I, INAGAKI K, NAKAMURA F, NOGUCHI T, MATSUBARA T, YOSHII S, et al. **Relationship between Periodontal status and Levels of Glycated Hemoglobin**. J Dent Res. 2012;91(2):161-6.
70. MARTELLI F. et al. **Periodontal disease and women's health**. Current Medical research and opinion, v. 33, n.6, p. 1005-1015, 2017.
71. RODRIGUES ISAA. et al. **Locked Mouths: Tooth Loss in a Women's Prison in Northeastern Brazil**. The ScientificWorldJournal, 2014.
72. LANDIM, J, NETA MC, MARTINS M, NUTO S, BRAGA, JU. **Fatores demográficos e socioeconômicos associados à cárie dentária em uma comunidade nordestina de baixa renda**. Revista da Faculdade de Odontologia - UPF, 2013 18(1). <https://doi.org/10.5335/rfo.v18i1.3104>

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

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

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

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

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

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

Informações:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____,

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

Local e data _____

Assinatura do participante

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

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Impressão
digital

APÊNDICE B – FICHA CLÍNICA

FICHA CLÍNICA
 Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho
 CIRURGIÃO-DENTISTA - CLÍNICO GERAL
 CRO-PE: 7577
 Rua Maria Carolina, 150/202, Boa Viagem, Recife – PE. CEP: 51020-220

Prontuário n° _____.

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____ Sexo _____ Gênero _____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Estado Civil _____ Profissão _____

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

Tempo de reclusão: _____

Motivo de reclusão: _____

FICHA DE ANAMNESE

Questionário de Saúde

Sofre de alguma doença: () Sim () Não

Qual(is) _____

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

Gravidez: Sim () Não ()

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

Qual(is): _____

Fuma? () sim () não

O que? _____

Bebe? () sim () não

O que? _____

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

Sofre de alguma das seguintes doenças ?

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

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

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

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

Hipertensão Arterial: Sim () Não ();

Higienização bucal: _____

Declaro que as informações acima prestadas são totalmente verdadeiras.

Recife, ____/____/____

Impressão
digital

Assinatura do Paciente

EXAME DENTAL – DESCRIÇÃO DENTE – A - DENTE

18 _____

17 _____

16 _____

15 _____

14 _____

13 _____

12 _____

- 11 _____
- 21 _____
- 22 _____
- 23 _____
- 24 _____
- 25 _____
- 26 _____
- 27 _____
- 28 _____
- 38 _____
- 37 _____
- 36 _____
- 35 _____
- 34 _____
- 33 _____
- 32 _____
- 31 _____
- 41 _____
- 42 _____
- 43 _____
- 44 _____
- 45 _____
- 46 _____
- 47 _____
- 48 _____

ODONTOGRAMA PARA CPOD

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

CPOD: _____

PERIOGRAMA PARA CPITN

HSD	HSC	HSE
HID	HIC	HIE

CPITN: _____

NTP: _____

Registro de Anormalidades e Patologias
Situação Periodontal – Exames Complementares

APÊNDICE C – ARTIGO CIENTÍFICO 2

Received: 20 October 2020 | Revised: 3 February 2021 | Accepted: 4 February 2021

DOI: 10.1111/edt.12670

ORIGINAL ARTICLE

Dental Traumatology | WILEY

Evaluation of dental trauma in inmates of the most highly populated Brazilian prison complex

8. Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho | Ana Sofia Vieira dos Santos |
 Paulo Cardoso Lins-Filho  | Márcia Maria Vendiciano Barbosa de Vasconcelos |
 9.  Arnaldo de França Caldas Júnior | Gustavo Pina Godoy

Federal University of Pernambuco, Recife,
 Brazil

Correspondence

Arnaldo de França Caldas Júnior, Center of
 Health Sciences, Federal University of
 Pernambuco, Recife, Av. Prof. Moraes
 Rego, 1235. Cidade Universitária,
 50670901 Recife, PE, Brasil.
 Email: caldasjr@aldea.com.br

Abstract

Background/Aim: Due to the increase in incarceration rates, the prison community has attracted much concern in the recent past. Although people in prison are often socially disadvantaged and vulnerable to a range of health problems, there is a lack of information on the oral health conditions of prisoners. Thus, the aim of this study was to survey the oral problems of a sample of the male incarcerated population of Brazil, focusing on dental trauma.

Material and Methods: The research was undertaken over a three-month period in 2017. It was a cross-sectional study of 756 prisoners of the Curado Prison Complex, located in Recife, PE. Using a previously calibrated examiner, dental trauma was measured with the Andreasen index. Etiology of dental trauma and socio-demographic data were collected with questions developed for this survey. Standard descriptive statistics were used to report frequency estimates. The chi-square test, Fisher's exact test, and Mann–Whitney U-test were used to compare groups. In addition, a binary logistic regression was performed to identify whether the studied variables could predict the occurrence of dental trauma.

Results: The prevalence of dental trauma in the sample was 10.8% and most of the cases (42.7%) occurred due to violent events. A higher frequency of violent etiology was observed in cases that occurred during imprisonment ($p = 0.037$). Individuals that suffered dental trauma during incarceration were more likely to have been incarcerated for longer periods of time ($p = 0.043$). The main type of injury found was enamel and dentin fracture without pulp exposure (68%). The most affected tooth was the upper right central incisor (40%).

Conclusion: These results underline the high prevalence of dental trauma experienced by men in prison.

KEY WORDS Adults, prison, prisoner, rehabilitation center, tooth injuries

1 | INTRODUCTION

The world prison population is growing at a rate that exceeds the rate of population growth.¹ Brazil has the third largest prison population in the world, and its penitentiary system has a large vacancy deficit,² which means the penitentiary institutes are over-populated. The impact of incarceration on health has been the subject of many studies.³ In general, the health status of prisoners is remarkably poor.^{1,3-5} The burden of infectious disease, chronic disease, and mental illness weighs heavily on the incarcerated population as a result of entrenched social disadvantages,⁶ since prisoners generally come from poor socioeconomic and socio-cultural backgrounds with low education levels.^{4,7}

Despite the impact of socioeconomic vulnerabilities on oral health,^{8,9} there is a paucity of robust population-based studies regarding the oral health status of imprisoned individuals. The information available on dental trauma (DT) is even more scarce, as shown in Table 1. Considering that the incidence of general traumatic injuries in prisoners is reported as considerably higher than it is in the general population¹⁰ and that the environment of incarceration is highly conducive to the occurrence of traumatic injuries, due to overcrowding, unhealthy conditions, and situations of physical violence,^{11,12} it is necessary to increase and update the knowledge on this subject.

DT may cause significant esthetic and functional changes in affected teeth, resulting in changes in color, tooth mobility, root resorption, pulp necrosis with infection, and tooth loss.¹³ DT is a significant public health problem, not only because of its high prevalence, but also due to the psychological, social, esthetic, and functional impacts, which may interfere with the individual's economic productivity and quality of life.¹⁴ On leaving prison, these injuries may negatively affect their social relationships and reintegration into the labor market, making it more difficult to achieve re-socialization.^{15,16}

Thus, the aim of this study was to evaluate the prevalence and etiology of DT in the male incarcerated population of a prison complex located in the Brazilian north-east and to correlate these data with the socio-economic conditions, personal behaviors, DMFT index, time of imprisonment, and age.

2 | MATERIALS AND METHODS

This study complied with all the requisites of the National Health Council Resolution 466/12 and the Declaration of Helsinki. This study was approved by the Local Research Ethics Committee,

confirmed by report No.68857417.9/0000.5208. All participants were informed about all aspects of the study prior to providing informed consent, including that they were not obliged to participate, that they were free to withdraw from the study at any time, and that their information would remain anonymous. The research was undertaken in a prison complex located in the Brazilian north-east over a three-month period in 2017.

The research participants were incarcerated men who were serving their sentence in the study location. A sample calculation was made using the formula of one proportion sample size, considering the total number of inmates, an error of 3%, and confidence interval of 95%. As there were no data on the prevalence of oral health conditions of prisoners in previous studies of the north-eastern region, an estimated prevalence of 20% of oral diseases was adopted.¹¹ This resulted in a final sample of 748 individuals including an additional 20% to compensate for possible losses.

Sampling by proportionality was performed with a view to including the three prison units (PUs) of the Curado Complex. The number of individuals in the sample in each PU was calculated to maintain the representativeness relative to the population of the complex. At the end of the research, 756 incarcerated people had been examined. The examined prisoners were divided as follows: 320 for unit 1, 214 for unit 2, and 214 for unit 3. This division was proportional to the population (number of people) imprisoned in each unit. In unit 1, 324 prisoners, and in units 2 and 3, 216 individuals were examined, each. Prisoners were randomly selected by drawing their entry record charts that were filled out when they were taken into custody or examined at the site. These documents remained filed in the unit, even after they had been released from prison.

The inmates included in the research were those from the Curado Prison Complex, aged between 18 and 70 years, who were willing to participate in the study. Excluded from the study were those who had some physical deficiency related to difficulty with performing oral hygiene and/or were transferred to the prison health unit.

The days and times for performing the clinical examinations were scheduled, using the codes and criteria recommended by the World Health Organization (WHO). The examinations were carried out in the dental offices installed in the prison units. To perform the examinations, an odontoscope, reflector light, triple syringe, and individual protective clothing were used, in compliance with the principles of biosafety.

The clinical examinations were performed by a single examiner, previously calibrated by a professional trained for this purpose. The data referring to the dental and socio-economic analyses such

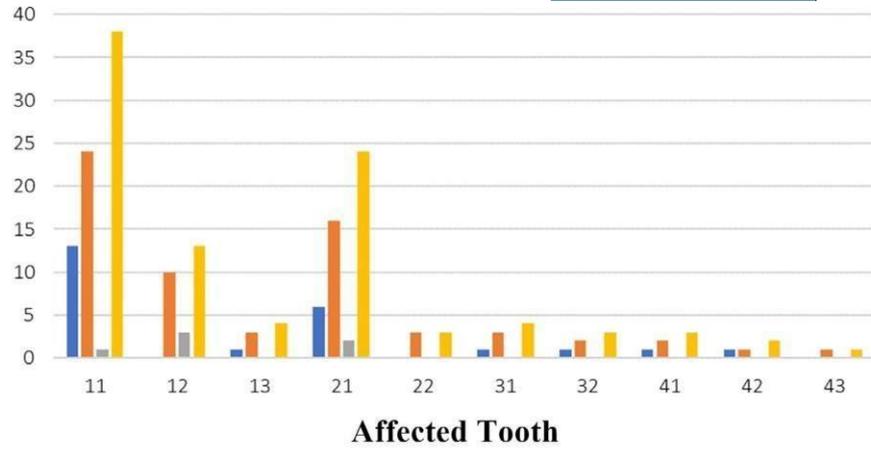
TABLE 1 Prevalence of dental traumatic injuries among prisoners

Author	Year	Country	Age Range	Sample Size	Biological Gender	Prevalence(%)
Akaji & Ashiwaju ¹²	2014	Nigeria	15-66	230	Male and Female	17.3

Oliveira et al. ¹⁶	2015	Brazil	15-19	102	Male	32.4
Ozdas et al. ⁷	2019	Turkey	16.65 ± 0.91	231	Male	11.3
Present Study	2020	Brazil	18-70	756	Male	10.8

CARVALHO ET AL.

FIGURE 1
Representative chart for the prevalence of each affected tooth and the type of dental trauma



Type of Dental Trauma:

- Enamel Fracture
- Enamel and dentin fracture with pulp involvement
- Enamel and dentin fracture with no pulp involvement
- All

TABLE 2 Socio-demographic data on dental trauma in the incarcerated population

Variables	Dental Trauma		Crude OR (95%CI)	P	Adjusted OR (95%CI)	p
	Yes (n = 82)	No (n = 674)				
Age						
18 to 30 years old	61 (12.0%)	447 (88.0%)	1.457 (0.876-2.484)	0.088*	1.671 (0.953-2.931)	0.073
31 years or older	21 (8.5%)	227 (91.5%)				
Monthly income[†]						
Up to 1	63 (10.1%)	560 (89.9%)	-	0.345**	-	0.120
2 to 4	18 (14.4%)	107 (86.6%)				
More than 5	1 (14.3%)	7 (85.7%)				
Marital Status						
Not in a relationship (Single/Widower/ Divorced)	56 (11.5%)	429 (88.5%)	1.230 (0.753-2.010)	0.465 ⁺	1.240 (0.751-2.049)	0.401
In a relationship (Married/Dating)	26 (9.6%)	245 (90.4%)				
DMF-T						
Up to 3	14 (11.3%)	110 (88.7%)	1.056 (0.573-1.944)	0.862*	0.959 (0.516-1.781)	0.895
Over 4	68 (10.8%)	564 (89.2%)				
Alcohol use						
Yes	26 (11.1%)	208 (88.9%)	1.040 (0.635-1.703)	0.876*	1.106 (0.659-1.857)	0.702
No	56 (10.7%)	466 (89.3%)				
Use of illicit drugs						
Yes	39 (10.4%)	335 (89.6%)	0.918 (0.580-1.452)	0.714*	0.807-(0.487-1.336)	0.404
No	43 (11.3%)	339 (88.7%)				
Incarceration time (months)						
Mean (SD)	29.35 (30.766)	30.51 (37.987)	-	0.490***	-	0.893
Median	19	18				

[†]In minimum wages (approximately 186 USD).

*Chi-square test.

**Fisher's exact test.

***Mann-Whitney *U*-test.

as age, illicit drug use, monthly income, and time of imprisonment were registered on dental charts by a previously trained notetaker to maintain the consistency of the data.

To evaluate trauma, the Andreasen index for classification of dental fractures was used.¹⁷ Only fractures of the crown were evaluated because there was no X-ray appliance available. Fractures were specified according to the following classification: fracture of the enamel only, fracture of both enamel and dentin without pulp exposure, and fracture of both enamel and dentin with pulp exposure. Dental caries experience was evaluated by using the DMF-T index, and for this step, the procedure recommendations proposed by WHO and reported in the SB-Brazil Assessor's Manual were carefully followed.¹⁸

The questions related to the use of alcohol and drugs were related to the period of incarceration. The monthly income was analyzed according to the national minimum wage in Brazil.

The data obtained were submitted to statistical analysis with the aid of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS—version 23.0 software program). Descriptive statistics were used to characterize the sample and obtain frequencies and means of the study variables. The sample was initially dichotomized according to the presence of DT. The chi-square and Fisher's exact tests were used for inferential analysis. The sample was then categorized according to the occurrence of DT during the incarceration period. The chi-square test, Fisher's exact test, and Mann-Whitney U-test were used to compare groups. All tests were applied considering an error of 5% and the confidence interval of 95%.

3 | RESULTS

All invited inmates agreed to participate in the study. The prevalence of DT among the 756 individuals evaluated was 10.8%. More than half of the cases (63.4%) of DT had occurred during the period of incarceration. The main injuries found were enamel and dentin fractures without pulp exposure (65 teeth, 68%), followed by fracture of enamel only (24 teeth, 25.2%). The teeth most affected were the maxillary central incisors (62, 65.2%), followed by maxillary lateral incisors (16, 16.8%) (Figure 1).

Age was categorized into two groups according to the mean frequency of the studied sample. The age of the most affected individuals ranged between 18 and 30 years, a group that consisted of 61 patients, in contrast with 21 who were older than 31 years. However, there was no statistically significant difference between the groups (Table 2).

Regarding the etiology of DT, 42.7% of the cases occurred due to violent events, 26.8% due to parafunctional habits, 17.1% due to accidental collision with objects or people, and in 13.4% of the DT cases the etiology was unknown. DT cases that occurred prior to incarceration were associated with a lower chance of a violent etiology ($p = 0.037^*$; OR = 0.337; CI 0.127 - 0.893).

Among the participants who reported regular alcohol or illicit drug

consumption, the prevalence of DT was 11.1% and 10.5%, respectively. Among the individuals who made use of some type of alcohol or drugs, no association was found between the variables, as shown in Table 2.

Regarding the association between monthly income and DT, there was no statistically significant difference between the groups, as shown in Tables 2 and 3. No association was also observed with DMF-T (Tables 2 and 3).

When DT was associated with the time of imprisonment, the incarceration time was longer for cases where DT happened during incarceration ($p = 0.043$), as shown in Table 3.

4 | DISCUSSION

This research was conducted in the prison complex with the largest population in Brazil. Up to the present time, no articles written in the English language were found with a similar research methodology on DT in an adult prison population-based sample. Despite its potential seriousness, little is known about these dental injuries in Brazil, since most of the studies have focused on patients aged under 18 years.^{11,19} The prevalence of dental trauma among the current adult male sample was 10.8%, which was lower than that observed in previous studies of imprisoned people, including a study of Brazilian male incarcerated adolescents (Table 1),¹⁶ which is expected since DT is more common among younger individuals.²⁰

Due to the hostile environment of prisons, it was expected that DT would be associated with the time of imprisonment, with the longer the time of imprisonment, the greater the chance of being involved in situations of violence, and consequently, suffering DT. Time of incarceration was a variable considered only for the cases of DT that occurred during incarceration, since this variable would not exert any influence over DT cases that occurred before imprisonment. Individuals who suffered DT during incarceration were imprisoned for longer periods, on average, than prisoners who did not suffer dental injuries during incarceration (Table 3).

Violence was the most frequent etiologic factor for DT, being the cause of 42.7% of all cases and 51.9% of the DT cases that occurred during incarceration (Table 3). According to a previous study conducted in the same municipality of the current investigation, violence was the cause of only 8% of DTs in all the patients evaluated. This retrospective study, however, was not conducted exclusively with inmates; instead, record charts from a reference hospital in the city of Recife were analyzed, and the age range was from 1 to 59 years.¹¹ A systematic review on the prevalence and etiology of DT reported that in most of the analyzed studies, violence was responsible for less than 10% of DT occurrence.²¹ This finding corroborates with the suggestion that the time of incarceration was associated with DT due to longer exposition to a violent environment.

Previous studies have suggested that socio-economic status would not influence DT.^{16,22} In addition, a recent study concluded that being

in prison seems to surpass the effect of socio-economic conditions on health outcomes.⁴ Thus, there was no statistically significant difference between different income groups regarding the occurrence of DT in the current investigation.

Despite being illegal, the consumption of psychoactive substances is common in prisons.²³ The free pass of narcotics in prisons demonstrates State negligence. Substance use by prisoners has been associated with difficulty in re-socialization²⁴ and greater involvement in situations of violence.²⁵ This could represent an increased risk for the occurrence of DT. However, in the present study, no association was observed with alcohol and illicit drug consumption during incarceration and DT occurrence, which is in agreement with a previous study carried out in a Brazilian sample.²²

The main types of injury were fracture of enamel and dentin without pulp exposure, followed by fracture of enamel only. The right maxillary central incisor was the tooth most affected, followed by the left maxillary central incisor, as shown in Figure 1. This corroborates with previous reports in the literature^{11,26} and supports the well-known argument that, due to the anatomic position of the upper central incisors, they are more exposed during traumatic situations.

Despite the result of a meta-analysis showing that the presence of caries was associated with an increased risk of trauma in permanent teeth,²⁷ no association between a high DMF-T index and DT occurrence was observed. This can be explained by the high prevalence of caries observed among the inmates regardless of DT status (Table 2).

The primary limitation of this study design is that the exposure and outcome are simultaneously assessed. Therefore, it was not possible to determine whether the dental trauma occurred during incarceration or earlier in the inmates' lives. Nevertheless, this study provides important information on the prevalence of dental trauma in the prison population in Brazil. In addition, the most important aspect of the study was the use of a representative sample of all male prisoners from the state capital and the sampling design.

5 | CONCLUSIONS

A significant proportion of individuals affected by DT were observed. In addition, a high prevalence of DT was of violent etiology, underlining the vulnerability and adverse conditions to which this population is exposed.

TABLE 3 Socio-demographic data of the inmates that suffered dental trauma during imprisonment

Variables	DT occurrence during imprisonment		Crude OR (95%CI)	p	Adjusted OR (95%CI)	p
	Yes (n = 52)	No (n = 704)				
Age						
18 to 30 years old	40 (7.9%)	468 (92.1%)	1.681 (0.865-3.265)	0.122*	1.761 (0.863-3.593)	0.120
31 years or older	12 (4.8%)	236 (95.2%)				
Monthly income[†]						
Up to 1	41 (78.8%)	582 (82.7%)	-	0.706**	-	0.427
2 to 4	11 (21.2%)	114 (16.2%)				
More than 5	0 (0%)	8 (1.1%)				
Marital Status						
Not in a relationship (Single/Widower/ Divorced)	36 (7.4%)	449 (92.6%)	1.278 (0.695-2.349)	0.429*	1.299 (0.693-2.435)	0.414
In a relationship (Married/Dating)	16 (5.9%)	255 (94.1%)				
DMF-T						
Up to 3	12 (9.7%)	112 (90.3%)	1.585 (0.807-3.117)	0.178*	1.480 (0.744-2.944)	0.263
Over 4	40 (6.3%)	592 (93.7%)				
Alcohol use						
Yes	18 (7.7%)	216 (92.3%)	1.196 (0.661-2.165)	0.554*	1.239 (0.663-2.313)	0.502
No	34 (6.5%)	488 (93.5%)				
Use of illicit drugs						
Yes	27 (7.2%)	347 (92.8%)	1.111 (0.632-1.952)	0.714*	0.938 (0.506-1.739)	0.839
No	25 (6.5%)	357 (93.5%)				
Incarceration time (months)						
Mean (SD)	1.96 (0.206)	1.93(0.262)	-	0.037***	-	0.144
Median	2.00	2.00				

[†]In minimum wages (approximately 186 USD).

*Chi-square test.

**Fisher's exact test.

***Mann-Whitney *U*-test.

AUTHOR CONTRIBUTION

Carvalho, Santos, Lins-Filho - Have made substantial contributions to acquisition of data, analysis and interpretation of data; Been involved in drafting the manuscript and given final approval of the version to be published. Caldas Junior, Vasconcelos and Godoy - Conception and design, revising the manuscript critically for important intellectual content; Agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved; Given final approval of the version to be published.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

Data available on request from the authors.

ORCID

Paulo Cardoso Lins-Filho  <https://orcid.org/0000-0002-1809-7168>

Arnaldo de França Caldas Júnior  <https://orcid.org/0000-0002-3713-7532>

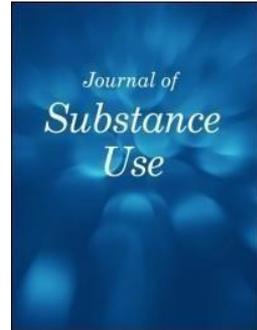
REFERENCES

- Kinner SA, Young JT. Understanding and improving the health of people who experience incarceration: an overview and synthesis. *Epidemiol Rev.* 2018;40:4–11.
- Brasil, Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN. (Justiça, M. d. (ed.). Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, 2014. Available at: URL: <http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>. Accessed September 2020.
- Massoglia M, Pridemore WA. Incarceration and health. *Annu Rev Sociol.* 2015;41:291–310.
- Lise GMH, Veerle V, Eva S, Sara JTW. The role of socioeconomic status in the relationship between detention and self-rated health among prison detainees in Belgium. *Health Soc Care Community.* 2018;11:85–94.
- Skarupski KA, Gross A, Schrack JA, Deal JA, Eber GB. The health of America's aging prison population. *Epidemiol Rev.* 2018;40:157–65.
- Makrides NS, Shulman JD. The oral health needs of the incarcerated population: steps toward equal access. *Am J Public Health.* 2017;107(Suppl. 1):S46–S47.
- Ozdas DO, Zorlu S, Karataban PK. Traumatic dental injury incidence of unseen children. *Dent Traumatol.* 2019;35:15–9.
- Cunha IP, Pereira AC, Frias AC, Vieira V, Meneghim MC, Batista MJ, *et al* Social vulnerability, and factors associated with oral impact on daily performance among adolescents. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15:173–83.
- Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC, Ambrosano GMB, *et al* Factors influencing the impact of oral health on the daily activities of adolescents, adults and older adults. *Rev Sau Pub.* 2018;52:1–9.
- Clark M, Mitchell O, Downie I. Management of maxillofacial trauma in prisoners. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2019;57:312–6.
- Caldas-Júnior AF, Burgos ME. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. *Dent Traumatol.* 2001;17:250–3.
- Akaji E, Ashiwaju M. Oral health status of a sample of prisoners in Enugu: a disadvantaged population. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4:650–3.
- Enabulele JE, Oginni AO, Sede MA, Oginni FO. Pattern of traumatized anterior teeth among adult Nigerians and complications from late presentation. *BMC Res Notes.* 2016;9:70–6.
- Lam R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. *Aust Dental J.* 2016;61(Suppl. 1):4–20.
- Arhakis A, Athanasiadou E, Vlachou C. Social and psychological aspects of dental trauma, behavior management of young patients who have suffered dental trauma. *Open Dent J.* 2017;11:41–7.
- Oliveira DC, Ferreira FM, Morosini IAC, Torre-Pereira CC, Paiva SM, Fraiz FC. Impact of oral health status on the oral health-related quality of life of Brazilian male incarcerated adolescents. *Oral Health & Prev Dent.* 2015;13:417–25.
- Andreasen JO, Bakland LK, Flores MT, Andreasen FM, Andersson L. *Traumatic Dental Injuries: A Manual*, 3rd, edn. 2011.
- Brasil Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Available at: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SBBrazil_2010.pdf. Accessed September 2020.
- Martins VM, Sousa RV, Rocha ES, Leite RB, Paiva SM, Graville-Garcia AF. Dental trauma among Brazilian schoolchildren: prevalence, treatment and associated factors. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2012;13:232–7.
- Born CD, Jackson TH, Koroluk LD, Divaris K. Traumatic dental injuries in preschool-age children: Prevalence and risk factors. *Clin Exp Dent Res.* 2019;5:151–9.
- Azami-Aghdash S, Azar FE, Azar FP, Rezapour A, Moradi-Joo M, Moosavi A, *et al* Prevalence, etiology, and types of dental trauma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran.* 2015;29:234–47.
- Jorge KO, Oliveira-Filho PM, Ferreira EF, Oliveira AC, Vale MP, Zazar PM. Prevalence and association of dental injuries with socioeconomic conditions and alcohol/drug use in adolescents between 15 and 19 years of age. *Dent Traumatol.* 2012;28:136–41.
- Mendes MS, Quintana MI, Moreira FG, Taborada JG, Mari JJ, Andreoli SB. Drug-related disorders and the criminal and clinical background of the prison population of São Paulo State. Brazil. *PLoS One.* 2014;9:1–8.
- Chamberlain A, Nyamu S, Aminawung J, Wang EA, Shavit S, Fox AD. Illicit substance use after release from prison among formerly incarcerated primary care patients: a cross-sectional study. *Addict Sci Clin Pract.* 2019;14:7–15.
- Friedmann PD, Melnick G, Jiang L, Hamilton Z. Violent and disruptive behavior among drug-involved prisoners: relationship with psychiatric symptoms. *Behav Sci Law.* 2008;26:389–401.
- Brunner F, Krastl G, Filippi A. Dental trauma in adults in Switzerland. *Dent Traumatol.* 2009;25:181–4.
- Soares TR, Fidalgo TKS, Quirino AS, Ferreira DM, Chianca TK, Risso PA, *et al* Is caries a risk factor for dental trauma? A systematic review and meta-analysis. *Dent Traumatol.* 2017;33:4–

APÊNDICE D – ARTIGO CIENTÍFICO 3



Journal of Substance Use



ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/jjsu20>

Drug use pattern among non-heterosexual and transgender people detained in a female prison complex

Paulo Cardoso Lins-Filho, Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho, Jaciel Leandro de Melo Freitas, Andressa Kelly Alves Ferreira, Maria Cecília Freire de Melo, Gustavo Pina Godoy & Arnaldo de França Caldas Jr

To cite this article: Paulo Cardoso Lins-Filho, Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho, Jaciel Leandro de Melo Freitas, Andressa Kelly Alves Ferreira, Maria Cecília Freire de Melo, Gustavo Pina Godoy & Arnaldo de França Caldas Jr (2021): Drug use pattern among non-heterosexual and transgender people detained in a female prison complex, Journal of Substance Use, DOI: [10.1080/14659891.2021.1916850](https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1916850)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1916850>



Published online: 30 Apr 2021.



<https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1916850>



Drug use pattern among non-heterosexual and transgender people detained in a female prison complex

Paulo Cardoso Lins-Filho^a, Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho^a, Jaciel Leandro de Melo Freitas^b,

Andressa Kelly Alves Ferreira^a, Maria Cecília Freire de Melo^a, Gustavo Pina Godoy^b, and Arnaldo de França Caldas Jr^b

^aDentistry, Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil; ^bPost Graduation Programme in Dentistry, Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil

AI ABSTRACT

R^e
A^c **Objective:** to investigate through a cross-sectional study the prevalence and pattern of tobacco, alcohol, and illicit drugs use among non-heterosexual and transgender inmates of a female prison complex in the city of Recife, PE

K
S^e **Methods:** a representative sample of 294 inmates was assessed, aged between 18 and 63 years old as female

Results: 227 reported to be strictly heterosexual while 67 reported involvement in non-heterosexual practices. The prevalence of tobacco use was higher among non-heterosexual inmates (80.6%; $p < .01$), as well as illicit drugs (58.2%; $p < .001$). Among transgenders a higher prevalence of tobacco (92%; $p < .01$), alcohol (36%; $p < .01$), and illicit drugs (72%; $p < .001$) use was observed when compared to cisgender inmates. The consumption of tobacco and alcohol was higher among illicit drugs users (84.9% and 26.9%, respectively). Regarding the illicit drugs use pattern, the most used substance among inmates was marijuana, regardless of sexual orientation or gender identity

Conclusions: the present findings demonstrate a greater risk of non-heterosexual incarcerated individuals for substance use, which reflects the vulnerability of these individuals in the prison environment, indicating the need for debate and create public policies toward reducing inequities for this population, assuring them fundamental rights to health and maintenance of human dignity.

Introduction

According to the latest National Penitentiary Information Survey (NPIS) published in 2017, Brazil had an average prison occupancy rate of 197.4% in June 2016, showing a total deficit of 358.663 vacancies in view of a prison population of 726.712 people (Brazil, 2014, 2020). Data from the Violence Monitor, a joint effort of the Center for the Study of Violence and the Brazilian Public Security Forum, reveals that in 2019, even with the increase in the number of cells in prisons, there was still a deficit of 288.4 thousand vacancies to accommodate the prison population that exceeds 704 thousand people. The state of São Paulo alone houses more than 30% of the entire prison population in the country, however the state of Pernambuco registers one of the biggest discrepancies between the number of places in prisons and the total number of prisoners, presenting an overcrowding rate of 178.6% (Santos, 2020).

Inside the prison system, there is an over-representation of groups in a state of social vulnerability. According to NPIS, 75% of the prison population did not have access to secondary

education and less than 1% completed higher education. Furthermore, 64% of the prison population is composed of black people, thus, a discrepancy is observed with the composition of the Brazilian population, which, in 2015, was composed of 53% black people, for the age group of 18 years or more (legal penal age in Brazil) (Brazil, 2014).

The Brazilian prison population demographic profile reflects a historical process of minorities marginalization, arising from the lack of inclusive public policies, which culminate in low education, little prospects, and perpetuation of the culture of violence (Brazil, 2014; Soares Filho & Bueno, 2016). The incarceration punitivist eagerness associated with inequity in access to inclusive public policies enhances perceived social vulnerabilities. Thus, the social disparities observed among minorities tend to be repeated or even worsen in the prison context (Gois et al., 2012). Non-heterosexual sexual identities are historically segregated by a patriarchal and heteronormative society and are sometimes conditioned by precarious labor relations, prostitution, drug use, family abandonment, and the

commission of crimes that leads to incarceration (Rocha et al., 2013). The incarceration rates of non-heterosexuals can be up to 3 times higher than that observed among heterosexuals (Meyer et al., 2017).

Within the prison system, aspects of sexual and reproductive health should be considered as social, civil, and political rights. Access to health services, whether preventive or medical treatment, must be ensured, as well as ensuring the autonomy of individuals regarding the experience of their sexuality, without discrimination, neglect, or exposure to violence. In Brazil, the Law 7.210/1984, which deals with the Criminal Enforcement Law guarantees fundamental rights for individuals under the custody of the State, in addition, the Federal Constitution of 1988 offers a range of rights through actions and public services for all Brazilians or foreigners in Brazilian territory, including incarcerated individuals (Brazil, 2013, 2020).

The Brazilian Ministry of Health, considering sexual orientation and gender identity as social determinants of health and aiming to reduce health inequities in this groups, prepared the National Policy for Integral Health for Gays, Lesbians, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals. This policy presents efforts by the government and the civil society in health promotion and care, prioritizing the reduction of inequalities due to sexual orientation and gender identity, as well as combating homophobia, lesbophobia and transphobia, and discrimination in the institutions and services of the Brazilian Unified Health System (Brazil, 2013). However, only in 2014 an official document was prepared addressing the needs of the incarcerated non-heterosexual population. The resolution no.1 of April 15, 2014 was signed between the National Council on Criminal Policy and the National Council to Combat Discrimination, this document contains rules for the reception of sexual and gender minorities in prisons in the country. Among these rules is the offer of specific living spaces for gays and transvestites in male prisons. The resolution also provides for the right to intimate visits, comprehensive health care, and educational training (Brazil, 2013). However, only 21% of Brazilian prison units have wings for sexual minorities, and most of these wings are overcrowded, the scarcity of statistical data on this part of the prison community reflects the negligence to which they are subjected inside or outside the prison (Brazil, 2020).

Only 40% of incarcerated non-heterosexual individuals in Brazil have a visitor registered in the penal institution's records, stressing that the family visit register does not necessarily imply the same number of visits that actually occur, that means that the proportion of people who actually receive a visit is even smaller (Brazil, 2020). This type of data reiterates the situation of family abandonment and social segregation suffered by these groups, in addition to the lack of a consolidated support network that facilitates social reintegration (Brazil, 2020; Rocha et al., 2013). Marginalized social identities are particularly vulnerable to suffering from insufficient social support and have higher rates of use of alcohol and other narcotics when compared to the general population (Brazil, 2020). The high prevalence of alcohol and drug abuse, a greater vulnerability to suffering sexual violence, and psychological stress, in addition to a higher risk of committing suicide

attempts, observed in non-heterosexual individuals when compared to heterosexuals has been associated with the experience of social stigmatization (Marshall et al., 2016; Read & McCrae, 2016; Yap et al., 2019). Therefore, health actions addressing incarcerated non-heterosexual individuals must consider that this groups, even before incarceration, generally lived in a situation of socioeconomic vulnerability (Rocha et al., 2013). In addition, sexuality and gender identity may be influenced by the confinement experience. Women could enact both different gender and sexual identities in search of satisfying their affective and erotic desires while under the duress of incarceration (Castro Madariaga et al., 2017). Gender identity and sexual orientation are independent components of a person's sexual identity, women who identify with the masculine gender (transgender men) may or may not exhibit non-heterosexual behavior, as well as women who identify with the female gender (cisgender women) may or not engage in sexual practices with individuals of the same biological sex (Roselli, 2018). Despite the complexity, few studies address this topic, especially from the perspective of social determination of health, and how sexuality and gender identity in the prison environment can influence health-related behaviors.

Identifying the behavioral patterns of prisoners, their vulnerabilities, and inequities inflicted is essential to foster the debate on possible paths for guaranteeing the right to health and the provision of health care in the prison system, as opposed to the deficiencies envisioned in the resocialization process (Barsaglini, 2016; Gois et al., 2012). Thus, the present study aimed to perform an epidemiological survey on the pattern of substances use of institutionalized non-heterosexual and transgender individuals in a female prison complex in the state of Pernambuco, Brazil.

Methods

This study complied with all requisites of the National Health Council Resolution 466/12 and the Declaration of Helsinki. This study was approved by the local Research Ethics Committee, confirmed by report No. 2.608.493.

A descriptive study was carried out with a cross-sectional design, in the municipality of Recife, capitol of the state of Pernambuco. The research participants were incarcerated people who were serving their sentence in the study location. A sample calculation was made, considering an error of 5%, Confidence Interval of 95%, and Test Power of 80%. As there were no data on the prevalence of substance use among female prisoners in previous studies of the Brazilian northeastern region, an estimated prevalence of 20% was adopted (Santos et al., 2014). This resulted in an initial sample of 240 individuals, a correction factor of 1.3 was added to compensate for possible losses, totaling a number of 312 individuals.

Prisoners were recruited drawing their entry record charts that were filled out when they were taken into custody or examined at the site. These documents remained filed in the unit, even after they had been released from prison. A semi-structured questionnaire was answered with the aid of a previously trained interviewer. In this study, substance use was defined as using alcohol, tobacco, or drugs at least once a month (Khalooei et al., 2016). The monthly income was analyzed

according to the national minimum wage in Brazil. All participants were informed about all aspects of the study prior to providing informed consent, including that they were not obliged to participate, that they were free to withdraw from the study at any time, and that their information would remain anonymous.

Sexuality and gender identity are complex subjects, various factors, such as environmental, biological, psychological, and sociological can influence sexuality in society, and these factors are further complicated by the experience of incarceration (Castro Madariaga et al., 2017). In view of the complexity of these subjects, especially in the prison context, for the present study, inmates who self-reported sexual practices with same-sex partners were considered non-heterosexual, while individuals who self-reported noncompliance with biological sex and identified themselves as male were considered transgender.

The data obtained in this research were submitted to statistical analysis with the aid of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – version 23.0 software program). Descriptive statistics were used to characterize the sample and obtain the frequencies and means of the study variables. Chi-square test was performed for inferential analysis. All tests were applied considering an error of 5% and the confidence interval of 95%.

Results

Of the 312 individuals, there was a sample loss of 18, which were excluded due to non-completion or incomplete filling of the form, resulting in a final sample of 294 individuals. The sample evaluated was aged between 18 and 63 years. The majority (91.5%) declared themselves to be female while 8.5% declared to identify themselves as male individuals. Regarding sexual orientation, 77.2% reported having strictly heterosexual behavior while 22.8% reported involvement in non-heterosexual practices before or after the incarceration period. Most non-heterosexual inmates (68.7%) were in a relationship while 60.8% of heterosexual inmates were single. More than 90% of inmates had an average monthly income of up to 1 minimum wage (approximately 180 USD). The non-heterosexual incarceration time was on average longer than that observed for heterosexual inmates, and the mean age of non-heterosexual inmates

was lower, as shown in Table 1.

Most of the sample (82.3%) was taking at least one substance (tobacco, alcohol, or illicit drug) at the time of the study. Smoking was the most common habit (65.6%), followed by illicit drug use (31.6%), and alcohol consumption (15.3%). Only 1% of the inmates reported using cocaine, 1.7% crack, 26.9% marijuana, and 2% reported the association of more than one type of illicit drug.

Prevalence of illicit substance use was 40.9% among smokers and 13.9% in nonsmokers ($p < .001$). The frequency of alcohol consumption among smokers and nonsmokers was 75.6% and 24.4%, respectively (ns). The frequency of alcohol consumption in illicit drug users and non-users was 26.9% and 10%, respectively ($p < .001$), as shown in Table 2.

Based on the sexual orientation of the detainees, it was

possible to observe that the use of tobacco was more frequent in the non-heterosexual group (80.6%, $p < .003$, OR 0.380, CI 0.196–0.737), as well as the consumption of illicit drugs (58.2%, $p < .001$, OR 0.224, CI 0.126–0.398), as shown in Table 3. Among transgenders, it was observed an over three times higher chance of alcohol consumption ($p < .01$), and over six times higher chance of tobacco ($p < .01$) and illicit drugs ($p < .001$) use when compared to cisgender individuals, as shown in Table 4.

The pattern of illicit drug use did not differ between heterosexual and non-heterosexual inmates, as can be seen in Figure 1.

Discussion

The incarceration rate of non-heterosexual groups is higher than the observed among heterosexuals (Meyer et al., 2017). In a study carried out in six US cities, the rate of incarceration historic among non-heterosexual individuals under the age of 30 was 49%, among individuals over 30 this rate rises to 73% (Brinkley-Rubinstein et al., 2018). Considering an incarcerated female sample, the prevalence of non-heterosexual behavior can range between 35.7% to 42.1% (Meyer et al., 2017). In this study, self-reported non-heterosexual behavior was observed in 22.8% of the sample, the lower prevalence maybe associated with deteriorating conditions of dignity and security in Brazilian prisons, since according to the Brazilian Ministry of Women, Family and Human Rights, more reliable monitoring of non-heterosexual behavior occurs when individuals are confident about their security and belief in the preservation of their integrity in the face of the externalization of this behavior (Brazil, 2020).

The mean age was lower among non-heterosexual inmates, which may be associated with early marginalization, leading to involvement in illegal activities. As previously discussed, sexual minorities tend to experience greater social segregation and to inmates was 80.6% and 92% when considered transgender inmates, being these rates higher than the observed among heterosexual (61.2%) and cisgender (63.2%) inmates, and also higher than the prevalence of smoking habits for non-incarcerated non-heterosexual women reported by the literature ranging from 19 to 22.5% (Li et al., 2018).

Besides to tobacco, the consumption of alcohol and illegal substances among sexual minorities has been reported to be higher than that observed among heterosexual groups (Chaudhry & Reisner, 2019; Newcomb et al., 2019; Rapiet et al., 2019). Individuals who use these types of substances

et al., 2018). These data corroborate the findings of the present study, in which the smoking prevalence observed among non-heterosexual receive less family and social support, which exposes these individuals to marginalized conditions (Rocha et al., 2013). The lack of family support may also be associated with a higher rate of involvement in affective relationships by non-heterosexuals, since an affective relationship can supply the need for support in the face of the adverse condition of incarceration, in addition, the fact that the prison is strictly female favors the emergence of same-sex

relationships (CastroMadariaga et al., 2017).

Smoking is a habit more frequent among sexual minorities than in their heterosexual counterparts, it means that non-heterosexual women are at greater risk of using tobacco products compared to strictly heterosexual women (Corlisset et al., 2014; Heffner et al., 2019; Hoffman et al., 2018; Li et al., 2018). Among institutionalized adults, the prevalence of smoking is more than twice as high when compared to individuals not deprived of liberty (Kennedy et al., 2016; Richmond et al., 2012; Spaulding prior to incarceration tend to persist with the habit during incarceration (Caravaca-Sanchez et al., 2015; Hernandez- Vasquez et al., 2018; Strang et al., 2006) which helps to establish the maintenance of sexual practices with same-sex partners as a risk factor for the use of alcohol and drugs within incarceration (Baltieri, 2014; United Nations [UN], 2009). These data corroborate the findings of the present investigation, where a higher prevalence was observed among non-heterosexual interns for the use of illicit drugs (58.2%), when considering transgender individuals, an aggravation of these habits was observed, with a higher prevalence for alcohol (36%) and illicit drugs (72%) consumption (Table 4).

The consumption of alcohol and tobacco was higher among illicit drugs users (Table 2), which demonstrates a consumption pattern where there is an association of substances, deepening the social and health consequences attributed to the use of these drugs. Substance use is reported as one of the factors associated with the difficulty of individuals to achieve resocialization (Chamberlain et al., 2019). Our findings demonstrate that non-heterosexual and transgender people detained are more likely to use tobacco, alcohol, and illicit drugs, which can deepen the marginalization conditions already suffered by these people.

The primary limitation of this study design is that bias of information was expected regarding the self-report of illicit drugs use. The guarantee of anonymity and the use of a private room to collect information were factors that contributed to the control of this bias. Furthermore, the most important aspect of the study was the use of a representative sample of all female prisoners from the state capital and the sampling design. All research regarding the health of prisoners is valid and important, considering that there are not many studies that explore this topic, due to the marginalized situation in which this population lives. Thus, further studies providing evidence on the vulnerability and adverse conditions to which this population is exposed are encouraged in order to raise consciousness and foment policy strategies toward reducing health inequities, attending to the physical and mental health, and social welfare needs of incarcerated women.

The present findings demonstrate that the vulnerability of sexual and gender minorities to the use of psychoactive substances is also a reality inside prison institutions, indicating the need for debate and the creation of public policies that protect these groups and guarantee their fundamental rights to health and maintenance of human dignity.

Table 1. Sample's sociodemographic data according to sexual orientation.

	Sexual orientation		p-value*	OR	CI
	Heterosexual(N = 227)	Non-Heterosexual(N = 67)			
Age					
Up to 30 years old	122 (53.7%)	51 (76.1%)	.001	0.365	0.196/0.677
Over 30 years old	105 (46.3%)	16 (23.9%)			
Marital Status					
In a relationship	89 (39.2%)	46 (68.7%)	>.001	3.396	1.900/6.072
Not in a relationship	138 (60.8%)	21 (31.3%)			
Monthly income					
Up to 1	205 (90.3%)	63 (94%)	.465	0.595	0.197/1.781
Over 1	22 (9.7%)	4 (6%)			
Incarceration Time					
Up to 12 months	171 (75.3%)	36 (53.7%)	.001	2.629	1.491/4.636
Over 12 months	56 (24.7%)	31 (46.3%)			
Gender Identity					
Female	227 (100%)	42 (62.7%)	<.001	1.595	1.326/1.919
Male	0 (0%)	25 (37.3%)			

‡in minimum wages (approximately 180 USD)

*Chi-Square test.

Table 2. Association of substances among Illicit drug users.

	Illicit Drugs		p-value*	OR	CI
	Yes (N=93)	No (N=201)			
Tobacco					
Yes	79 (84.9%)	114 (56.7%)	>0.001	4.306	2.286/8.111
No	14 (15.1%)	87 (43.3%)			
Alcohol					
Yes	25 (26.9%)	20 (10%)	>0.001	3.327	1.736/6.387

*Chi-Square test

Table 3. Prevalence of drug use according to inmate's sexual orientation.

	Sexual orientation		p-value*	OR	CI
	Heterosexual (N = 227)	Non-Heterosexual (N = 67)			
Tobacco					
Yes	139 (61.2%)	54 (80.6%)	.003	0.380	0.196/0.737
No	88 (38.8%)	13 (19.4%)			
Alcohol					
Yes	31 (13.7%)	14 (20.9%)	.176	0.599	0.297/1.206
No	196 (86.3%)	53 (79.1%)			
Illicit Drugs					
Yes	54 (23.8%)	39 (58.2%)	<.001	0.224	0.126/0.398
No	173 (76.2%)	28 (41.8%)			

*Chi-Square test

Table 4. Prevalence of drug use according to inmate's gender identity.

	Gender Identity		p-value*	OR	CI
	Cisgender (N = 269)	Transgender (N = 25)			
Tobacco					
Yes	170 (63.2%)	23 (92%)	.003	6.697	1.546/29.011
No	99 (36.8%)	2 (8%)			
Alcohol					
Yes	36 (13.4%)	9 (36%)	.006	3.641	1.497/8.856
No	233 (86.6%)	16 (64%)			
Illicit Drugs					
Yes	75 (27.9%)	18 (72%)	<.001	6.651	2.670/16.571
No	194 (72.1%)	7 (28%)			

*Chi-Square test

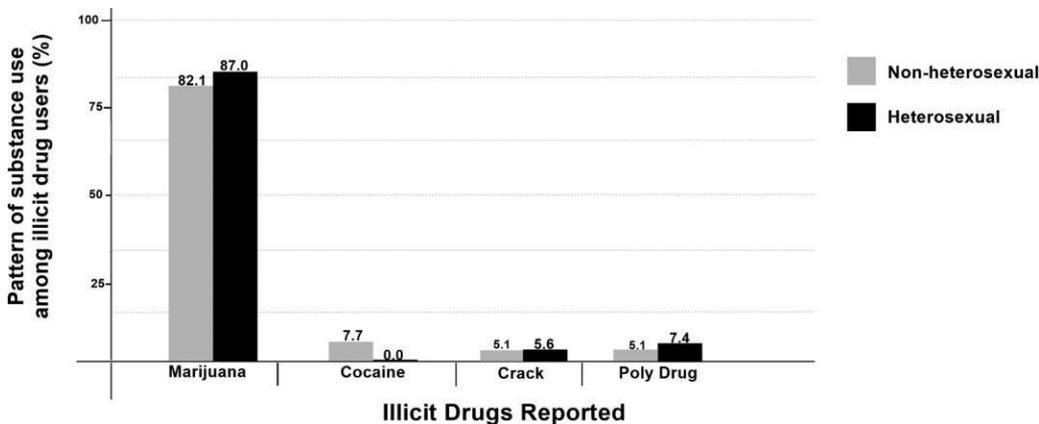


Figure 1. Pattern of substance use among prisoners who self-reported illicit drugs use.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) for scholarship granting.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the author(s).

ORCID

Paulo Cardoso Lins-Filho  <http://orcid.org/0000-0002-1809-7168>

References

- Baltieri, D. A. (2014). Predictors of drug use in prison among women convicted of violent crimes. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 24(2), 113–128. <https://doi.org/10.1002/cbm.1883>
- Barsaglini, R. (2016). From the Plan to the Health Policy in the prison system: Differentials, advances, limits, and challenges. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 26(4), 1429–1439. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300019>
- Brazil. (2013). *Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Ministério da Saúde.
- Brazil. (2014). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN*. Departamento Penitenciário Nacional.
- Brazil. (2020). *LGBT nas prisões do Brasil: Diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento*. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.
- Brinkley-Rubinstein, L., Peterson, M., Arnold, T., Nunn, A. S., Beckwith, C. G., Castonguay, B., Junious, E., Lewis, C., Chan, P. A., & Brandelli Costa, A. (2018). Knowledge, interest, and anticipated barriers of pre-exposure prophylaxis uptake and adherence among gay, bisexual, and men who have sex with men who are incarcerated. *PLoS One*, 13(12), e0205593. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205593>
- Caravaca-Sanchez, F., Falcon Romero, M., & Luna, A. (2015). Prevalence and predictors of psychoactive substance use among men in prisons. *Gaceta sanitaria*, 29(5), 358–363. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.06.005>
- Castro Madariaga, F. A., Gómez Garcés, B. E., Carrasco Parra, A., & Foster, J. (2017). Sexuality behind bars in the female central penitentiary of Santiago, Chile: Unlocking the gendered binary. *Nursing Inquiry*, 24(1), e12183. <https://doi.org/10.1111/nin.12183>
- Chamberlain, A., Nyamu, S., Aminawung, J., Wang, E. A., Shavit, S., & Fox, A. D. (2019). Illicit substance use after release from prison among formerly incarcerated primary care patients: A cross-sectional study. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0136-6>
- Chaudhry, A. B., & Reisner, S. L. (2019). Disparities by sexual orientation persist for major depressive episode and substance abuse or dependence: Findings from a national probability study of adults in the United States. *LGBT Health*, 6(5), 261–266. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0207>
- Corliss, H. L., Rosario, M., Birkett, M. A., Newcomb, M. E., Buchting, F. O., & Matthews, A. K. (2014). Sexual orientation disparities in adolescent cigarette smoking: Intersections with race/ethnicity, gender, and age. *American Journal of Public Health*, 104(6), 1137–1147. <https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301819>
- Gois, S. M., Santos Junior, H. P., Silveira, M. D., & Gaudêncio, M. M. (2012). Beyond bars and punishments: A systematic review of prison health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1235–1246. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500017>
- Heffner, J. L., Mull, K. E., Watson, N. L., McClure, J. B., & Bricker, J. B. (2019). Long-term smoking cessation outcomes for sexual minority vs. non-minority smokers in a large randomized, controlled trial of two web-based interventions. *Nicotine & Tobacco Research*, 22(9), 1596–1604. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz112>
- Hernandez-Vasquez, A., Nunez, S., Santero, M., Grendas, L., Huarez, B., Vilcarromero, S., Casas-Bendezú, M., Braun, S., Cortés, S., & Rosselli, D. (2018). Risk factors associated with drug use before imprisonment in Peru. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 20(1), 11–20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6279185/pdf/2013-6463-sanipe-20-01-11.pdf>
- Hoffman, L., Delahanty, J., Johnson, S. E., & Zhao, X. (2018). Sexual and gender minority cigarette smoking disparities: An analysis of 2016 behavioral risk factor surveillance system data. *Preventive Medicine*, 113, 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.05.014>
- Kennedy, S. M., Sharapova, S. R., Beasley, D. D., & Hsia, J. (2016). Cigarette smoking among inmates by race/ethnicity: Impact of excluding African American young adult men from national prevalence estimates. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(Suppl 1), S73–78. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.05.014>

doi.org/10.1093/ntr/ntv157

Khalooei, A., Mashayekhi-Dowlatabad, M., Rajabalipour, M. R., & Iranpour, A. (2016). Pattern of substance use and related factors in male prisoners. *Addiction & Health*, 8(4), 227–234. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5554802/pdf/AHJ-08-227.pdf>

Li, J., Haardörfer, R., Vu, M., Windle, M., & Berg, C. J. (2018). Sex and sexual orientation in relation to tobacco use among young adult college students in the US: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18(1), 1244. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6150-x>

Marshall, B. D., Socias, M. E., Kerr, T., Zalazar, V., Sued, O., & Aristegui, I. (2016). Prevalence and correlates of lifetime suicide attempts among transgender persons in Argentina. *Journal of Homosexuality*, 63(7), 955–967. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1117898>

2015.1117898

Meyer, I. H., Flores, A. R., Stemple, L., Romero, A. P., Wilson, B. D., & Herman, J. L. (2017). Incarceration rates and traits of sexual minorities in the United States: National inmate survey, 2011–2012. *American Journal of Public Health*, 107(2), 267–273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303576>

Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2019). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 645–659. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>

Rapier, R., McKernan, S., & Stauffer, C. S. (2019). An inverse relationship between perceived social support and substance use frequency in socially stigmatized populations. *Addictive Behaviors Reports*, 20(10), 100188. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100188>

Read, M., & McCrae, N. (2016). Preventing suicide in lesbian, gay, bisexual, and transgender prisoners: A critique of U.K. Policy. *Journal of Forensic Nursing*, 12(1), 13–18. <https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000104>

Richmond, R. L., Butler, T. G., Indig, D., Wilhelm, K. A., Archer, V. A., & Wodak, A. D. (2012). The challenges of reducing tobacco use among prisoners. *Drug and Alcohol Review*, 31(5), 625–630. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00435.x>

Rocha, R. M. G., Pereira, D. L., & Dias, T. M. (2013). O contexto do uso de drogas entre travestis profissionais do sexo. *Saúde E Sociedade*, 22(2), 554–565. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200024>

Roselli, C. E. (2018). Neurobiology of gender identity and sexual orientation. *Journal of Neuroendocrinology*, 30(7), e12562. <https://doi.org/10.1111/jne.12562>

Santos, M. M., Quintana, M. I., Moreira, F. G., Taborda, J. G. V., Mari, J. J., & Andreoli, S. B. (2014). Drug-related disorders and the criminal and clinical background of the prison population of São Paulo State, Brazil. *PLoS One*, 19; 9(11), e113066. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113066>

Santos, T. (2020). *Os dados sobre o sistema prisional e suas dissonâncias*.

Brazilian Public Security Forum. <http://forumseguranca.org.br/tag/sis-tema-prisional/>

Soares Filho, M. M., & Bueno, P. M. M. G. (2016). Demography, vulnerabilities and right to health to Brazilian prison population. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 1999–2010. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>

81232015217.24102015

Spaulding, A. C., Eldridge, G. D., Chico, C. E., Morisseau, N., Drobeniuc, A., Fils-Aime, R., Day, C., Hopkins, R., Jin, X., Chen, J., & Dolan, K. A. (2018). Smoking in correctional settings worldwide: Prevalence, bans, and interventions. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 82–95. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxy005>

Strang, J., Gossop, M., Heuston, J., Green, J., Whiteley, C., & Maden, A. (2006). Persistence of drug use during imprisonment: Relationship of drug type, recency of use and severity of dependence to use of heroin, cocaine, and amphetamine in prison. *Addiction*, 101(8), 1125–1132. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01475.x>

United Nations. (2009). *Handbook on prisoners with special needs*. Yap, L., Simpson, P., Richters, J., Donovan, B., Grant, L., & Butler, T.

(2019). Disclosing sexuality: Gay and bisexual men’s experiences of coming out, forced out, going back in and staying out of the ‘closet’ in prison. *Culture, Health & Sexuality*, 22(11), 1222–1234. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1668963>

APÊNDICE E – ARTIGO CIENTÍFICO 4

Title: Pattern of illicit substance use and related factors among inmates of a highly populated Brazilian prison complex

Running Title: Pattern of illicit substance use in inmates

Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho¹, Paulo Cardoso Lins-Filho¹, Marcos Antônio de Souza Lima², Ana Sofia Vieira dos Santos³, Thaíse Urbano Caldas², Gustavo Pina Godoy⁴, Arnaldo de França Caldas Jr⁵.

1. Dentistry PhD Student at Universidade Federal de Pernambuco;
2. Forensic Sciences MSc student at Universidade de Pernambuco;
3. Dentistry MSc student at Universidade Federal de Pernambuco;
4. Professor at Universidade Federal de Pernambuco;
5. Professor at Universidade Federal de Pernambuco and Universidade de Pernambuco.

Corresponding Author:

Arnaldo de França Caldas Júnior, PhD

Estrada de Aldeia, Km 13, Prive Portal de Aldeia, Aldeia, Camaragibe, Pernambuco, Brasil.

E-mail: caldasjr@aldeia.com.br

Conflict of Interest Statement: The authors have no conflicts of interest to declare.

Abstract

Purpose: This study aimed to assess the pattern of illicit substance use and associated factors among male inmates of a highly populated Brazilian prison complex. **Design:** a cross-sectional study was carried out with a population-based sample of 756 adult male prisoners. A semi-structured questionnaire was answered with the aid of a previously trained interviewer. Chi-square tests and binary logistic regression were used to data assessment. **Findings:** 49.5% of the inmates reported use during imprisonment. Marijuana was the most common drug among illicit drug

users (77.8%), followed by crack and cocaine (1.9% and 0.3%, respectively). Over 20% of drug users presented polydrug consumption pattern. The consumption of illicit substances was associated with prisoner's gender identity ($p = 0.047$), marital status ($p < 0.001$), age ($p < 0.001$), income ($p < 0.001$), tobacco and alcohol consumption ($p < 0.001$, for both correlations). Smoking, alcohol consumption, younger age and not being in a relationship were associated with an increased risk of consuming illicit drugs during imprisonment. **Originality:** In view of the massive Brazilian prison population, it is necessary to investigate the health conditions and habits of this population, the present study is part of the scarce literature that investigates the patterns of illicit substance use using a significant and representative sample of a Brazilian prison population. **Social implications:** In addition, it demonstrated the State's inefficiency in controlling the circulation and use of drugs inside the prison and in establishing public policies aimed at promoting health and targeting addiction.

Keywords: Drug Habituation; Prison; Prisoner.

Introduction

The use of illicit drugs continues to pose a substantial threat to global health. In 2018, approximately 5.3% of the global population aged 15–64 years had used drugs at least once in the previous year, representing an increase of past-year prevalence of drug use by approximately 30% since 2009. Over the past two decades, drug use has increased dramatically more rapidly in developing countries, such as Brazil, than in developed countries (United Nations, 2020). Individuals who use illicit drugs are

susceptible to severe health and social consequences such as mortality, morbidity, and criminality. The Global Burden of Disease Study estimated that, globally, in 2019, there were over 128.000 deaths and 5 million years of “healthy” life lost because of drugs use disorders (UW, 2019).

Most of the causes of incarceration worldwide are due to drug-related crimes, especially drug trafficking. The way countries manage and direct public policies addressing this issue determines the success in re-socializing individuals involved in these types of crimes. For this reason, in 2006, the Brazilian government reformulated public policies aimed at managing the issue of illicit drugs by, for example, punishing possession of drugs without deprivation of liberty, but not decriminalizing it, in addition to extinguishing detention and proposing alternative penalties, ranging from verbal warnings to the provision of community service for individuals caught carrying drugs for their own consumption. However, even if only those considered drug-traffickers should be arrested, the decision on who should be considered a drug-trafficker remains with the police authority that made the arrest. Although the Brazilian public ministry and judiciary are responsible for interpreting this decision, this can happen long after imprisonment (Ornell et al., 2020).

Despite bans, health and law professionals are regularly alarmed by the availability and use of illicit substances in jail (Rousselet et al., 2019). Drug users are over-represented in prisons and substance abuse is highly prevalent in prisoners, posing as one the most important health problems affecting incarcerated persons. According with the United Nation’s World Drug Report 31% of inmates admits having

used drugs during incarceration at least once (United Nations, 2020). However, reliable data on drug use patterns among prisoners are scarce and difficult to interpret, due to the paucity of robust population-based studies and, in addition, the fear of confidentiality breaches, which can influence prisoners' responses, resulting in biased data.

The importance of research on the health of marginalized populations cannot be understated. It is imperative to study these vulnerable people needs to develop interventions to minimize individual and societal harm given the repercussions of drug use on the health of prisoners, and the association of substance use with violence among inmates, factors that may harm the resocialization process, the main objective of incarceration (Ryan et al., 2019). Thus, the present study aimed to assess the pattern of illicit substance use and associated factors among male inmates of a highly populated Brazilian prison complex.

Methods

This study complied with all the requisites of the National Health Council Resolution 466/12 and the Declaration of Helsinki. This study was approved by the local Research Ethics Committee, confirmed by report N°.2.159.052. An observational study was carried out with a cross-sectional design, in the municipality of Recife, capitol of the state of Pernambuco. The participants were male inmates of the Curado Prison Complex, one of the largest in population in Brazil, which houses and consists of three prison units (PU).

A sample calculation was made, considering an error of 5%, Confidence Interval of 95%, and Test Power of 80%. As there were no data on the prevalence of substance use among male prisoners in previous studies of the Brazilian northeastern region, an estimated prevalence of 20% was adopted (Mendes dos Santos et al., 2014). This resulted in an initial sample of 599 individuals, with an additional 20% to compensate for possible losses, totaling 748 participants.

Sampling by proportionality was performed in view to including the three prison units (PUs) of the Curado Complex. The number of individuals in the sample in each PU was calculated to maintain the representativeness relative to the population of the complex. Therefore, the prisoners were divided as follows: 320 for PU 1, 214 for PU 2, and 214 for PU 3. This division was proportional to the population (number of people) imprisoned in each unit. At the end of the research, a total of 756 incarcerated people had been interviewed. In unit 1, 324 prisoners, in units 2 and 3, 216 individuals were interviewed, each.

Prisoners were recruited drawing their entry record charts that were filled out when they were taken into custody. These documents remained filed in the unit, even after they had been released from prison. A semi-structured questionnaire was answered with the aid of a previously trained interviewer. In this study, illegal drug use was considered for illegal substance consumption at least once a month (Khalooei et al., 2016). The monthly income was analyzed according to the national minimum wage in Brazil.

The inmates included in the research were those aged between 18 and 70 years, who were willing to participate in the study. Excluded from the study were those who had been transferred to the prison health unit. All participants were informed about all aspects of the study prior to providing informed consent, including that they were not obliged to participate, that they were free to withdraw from the study at any time, and that their information would remain anonymous.

The data obtained in this Research were submitted to statistical analysis with the aid of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS - version 23.0 software program). Descriptive statistics were used to characterize the sample and obtain frequencies and means of the study variables. Chi-square test was used to compare groups. Finally, the variables that showed significant correlation in the dichotomous analysis test, were adjusted in a binary logistic regression model, to identify whether the studied variables were predictors of illicit drugs use during imprisonment. All tests were applied considering an error of 5% and the confidence interval of 95%.

Results

Among the 756 prisoners assessed, 82.4% reported receiving up to 1 minimum wage, 62% had been in prison for more than 1 year, 64.2% was not in a relationship, and only 2.8% identified themselves as female, as shown in table 1.

Regarding the self-perceived health status, 75.63% of prisoners declared themselves healthy, less than 30% reported being under some type of medical

treatment or using prescribed medication. Smoking and alcohol use were observed in 42.7% and 31% of participants, respectively.

Table I. Sociodemographic data, drug use prevalence and health status of incarcerated population

Variables	N (%)
Gender identity	
Male	735 (97.2%)
Female	21 (2.8%)
Marital status	
Not in a relationship (Single/Widower/Divorced)	485 (64.2%)
In a relationship (Married/Dating)	271 (35.8%)
Monthly income†	
Up to 1	623 (82.4%)
Over 1	133 (17.6%)
Prison time	
Up to 1 year	287 (38%)
Over 1 year	469 (62%)
Self-reported Health Status	
Healthy	569 (75.63%)
Ill	187 (24.7%)
Under Medical Treatment	
Yes	210 (27.8%)
No	546 (72.2%)
Use of prescription drugs	
Yes	209 (27.6%)
No	547 (72.4%)
Use of tobacco	
Yes	323 (42.7%)
No	433 (57.3%)
Use of alcohol	
Yes	234 (31%)
No	522 (69 %)
Use of illicit drugs	
Yes	374 (49.5%)
No	382 (50.5%)

†In minimum wages (approximately 200 USD)

About the use of illicit drugs, 49.5% of the inmates reported use during imprisonment. Marijuana was the most common drug among illicit drug users (77.8%), followed by distance for crack and cocaine (1.9% and 0.3%, respectively). Polydrug use pattern was reported by 20.1% of drug users. An association was identified between the consumption of illicit substances and the prisoner's gender

identity ($p = 0.047$), marital status ($p < 0.001$), age ($p < 0.001$), income ($p < 0.001$), tobacco and alcohol consumption ($p < 0.001$, for both correlations), as shown in table 2.

Table II. Correlation of socioeconomic data and health status with use of illicit drugs.

Variables	Illicit drugs use		P-value	OR (IC)
	YES	NO		
Gender identity				
Male	359 (48.8%)	376 (51.2%)	0.047*	0.382 (0.147- 0.995)
Female	15 (71.4%)	6 (28.6%)		
Age				
Up to 27	245 (61.4%)	154 (38.6%)	<0.001*	2.812 (2.093 – 3.778)
Over 27	129 (36.1%)	168 (63.9%)		
Marital status				
Not in a relationship (Single/Widower/Divorced)	271 (55.9%)	214 (44.1%)	<0.001*	2.066 (1.524 – 2.799)
In a relationship (Married/Dating)	103 (38%)	228 (62%)		
Monthly income†				
Up to 1	326 (52.3%)	297 (47.7%)	0.001*	1.944 (1.320 - 2.863)
2 to 4	48 (36.1%)	85 (63.9%)		
Prison time				
Up to 1 year	145 (50.5%)	142 (49.5%)	0.654	1.070 (0.789 - 1.436)
Over 1 year	229 (48.8%)	240 (51.2%)		
Self-reported Health Status				
Healthy	285 (50.1%)	284 (49.9%)	0.557	0.905 (0.650 – 1.260)
Ill	89 (47.6%)	98 (52.4%)		
Undergoing Medical Treatment				
Yes	102 (48.6%)	108 (51.4%)	0.808	0.951 (0.692- 1.308)
No	272 (49.8%)	274 (50.2%)		
Use of prescription drugs				
Yes	101 (48.3%)	108 (51.7%)	0.745	0.939 (0.682 - 1.291)
No	273 (49.9%)	274 (50.1%)		
Use of tobacco				
Yes	230 (42.7%)	93 (28.8%)	<0.001*	4.963 (3.629 - 6.788)
No	144	289 (66.7%)		

	(33.3%)			
Use of alcohol				
Yes	166 (70.9%)	68 (29.1%)	<0.001*	3.685 (2.644- 5.137)
No	208 (39.8%)	314 (60.2%)		

***Statistically significant (Chi-square test)**

Individuals who use more than one type of illicit drug were more likely to present a negative self-perception of their health status when compared to individuals who use only one illicit substance ($p = 0.007$), in addition to using more prescribed medications ($p = 0.006$) and being more under medical treatments ($p = 0.006$). Polydrug use pattern inmates were also more likely to smoking and alcohol consumption ($p < 0.001$, for both correlations), as shown in table 3.

Table III. Association of socioeconomic data and health status with the pattern of illicit drugs use.

Variables	Pattern of illicit drugs use		p-value	OR (IC)
	One type (n=299)	Polydrug (n=75)		
Gender identity				
Male	294 (98.3%)	65 (86.7%)	<0.001*	9.046 (2.991- 27.357)
Female	5 (1.7%)	10 (13.3%)		
Age				
Up to 27	198 (66.2%)	47 (62.7%)	0.588	1.168 (0.690 – 1.976)
Over 27	101 (33.8%)	28 (37.3%)		
Marital status				
Not in a relationship (Single/Widower/Divorced)	213 (71.2%)	58 (77.3%)	0.315	0.726 (0.400 – 1.317)
In a relationship (Married/Dating)	86 (28.8%)	17 (22.7%)		
Monthly income†				
Up to 1	259 (86.6%)	67 (89.3%)	0.571	0.773 (0.346 – 1.730)
2 to 4	40 (13.4%)	8 (10.7%)		
Prison time				
Up to 1 year	115 (38.5%)	30 (40%)	0.895	0.938 (0.559 - 1.573)
Over 1 year	184 (61.5%)	45 (60%)		
Self-reported Health Status				
Healthy	237 (79.3%)	48 (64%)	0.007*	0.465

III	62 (20.7%)	27 (36%)		(0.269 – 0.805)
Undergoing Medical Treatment				
Yes	72 (24.1%)	30 (40%)		0.476 (0.279- 0.810)
No	227 (75.9%)	45 (60%)	0.006*	
Use of prescription drugs				
Yes	71 (23.7%)	30 (40%)		0.467 (0.274 - 0.796)
No	228 (73.6%)	45 (60%)	0.006*	
Use of tobacco				
Yes	157 (52.5%)	73 (97.3%)		0.030 (0.007 - 0.126)
No	142 (47.5%)	2 (2.7%)	<0.001*	
Use of alcohol				
Yes	108 (36.1%)	58 (77.3%)		0.166 (0.092- 0.299)
No	191 (63.9%)	17 (22.7%)	<0.001*	

*Statistically significant (Chi-square test)

Binary logistic regression resulted in a statistically significant model for the variables use of tobacco, use of alcohol, age, and marital status. Where tobacco and alcohol consumption habits, being aged under 27 and not being in a relationship were associated with an increased risk of consuming illicit drugs during imprisonment. The variables that describe this relationship are shown in table 4.

Table IV. Binary logistic regression according to use of illicit drugs

	Variables in the equation							95% IC for OR	
	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	OR	Lower	Upper	
	Use of tobacco	1.192	0.184	41.825	1	>0.001	3.293	2.295	4.726

Use of Alcohol	0.714	0.202	12.500	1	>0.001	2.042	1.375	3.034
Age (Up to 27)	0.908	0.165	30.462	1	>0.001	2.481	1.797	3.425
Marital status (Not in a relationship)	0.484	0.172	7.896	1	0.005	1.623	1.158	2.276
Constant	-1.769	0.189	87.337	1	>0.001	0.171		

Discussion

It is well-known that the prevalence of drug use among prison populations is remarkably high worldwide (Mendes dos Santos et al., 2014). A recent systematic review reported a prevalence ranging 16 to 51% among male prisoners (Fazel et al., 2017). In the present study the prevalence found was 49.5%. A higher prevalence of drug use is found among prison inmates than among the general population (Kanato, 2008), however, the lack of robust population-based studies on illicit drug consumption behavior among imprisoned or even general population on the northeast region of Brazil impairs a more concise comparison between the prevalence of this habit.

Smoking and alcohol consumption was higher among illicit drugs users (table 2). Polydrug users showed a higher prevalence of tobacco and alcohol consumption when compared to prisoners who use only one type of illicit substance (table 3). In addition, smokers and alcohol-drinkers were over 3-fold and 2-fold more likely to use drugs during incarceration, respectively (table 4). These findings demonstrate a consumption pattern where there is an association of substances, deepening the social and health consequences attributed to the use of these drugs. Substance use is reported as one of the factors associated with the difficulty of individuals to achieve resocialization (Chamberlain et al., 2019).

In the present investigation lower income and younger age were associated with higher prevalence of illicit drugs consumption. These findings connect the problem of drug use in the Brazilian prisons with the inequalities of the Brazilian society, where the peripheral and less-favored youth are commonly criminalized and incarcerated (Gama-Araujo et al., 2020). Our data demonstrate how ingrained the social issue is the in illegal drug's use in the country and corroborate with the 2020' World Drug Report that associates the observed increase in drugs use in developing countries, commonly marked by social inequalities, by the proliferation of these habits among young people, which represent a more significant portion of the population in these countries than in developed nations (Nations, 2020).

The lack of opportunities, social support network, a well-structured family and access to basic items such as education and health are sometimes associated with early involvement in crime (Soares Filho and Bueno, 2016), just as these same

factors have previously been associated with the use of illegal substances (Baptiste-Roberts and Hossain, 2018), therefore, the management of the problem of illicit drugs consumption must go through the debate and elaboration of public policies that reduce social inequalities and create opportunities and life perspectives to the peripheral young people, so that it is possible for them to detach themselves from the reality of crime and addictions to which they are exposed.

Sexual and gender identity minorities are often stigmatized and conditioned to a reality of social exclusion that can lead to crime and drug addiction (Chaudhry & Reisner, 2019). Few studies address this topic, especially from the perspective of social determination of health, and how sexuality and gender identity in the prison environment can influence health-related behaviors (Brinkley-Rubinstein et al., 2018). Our findings revealed that the use of illicit drugs among transgender prisoners was greater than 70%. This prevalence may be even greater, given the underreporting of non-heterosexual behavior or gender identity that we believe to have happened since according to the Brazilian Ministry of Women, Family and Human Rights, more reliable monitoring of non-heterosexual behavior and gender identity occurs when individuals are confident about their security and belief in the preservation of their integrity in the face of the externalization of this behavior (BRASIL, 2020), what is not expected in the Brazilian prison environment that is marked by violence.

Prisoners exhibit several medical and mental health conditions at higher rates compared to those of the general population (Yu et al., 2015). The current study examined perceived health status by prisoners during incarceration and its

association with drugs use, a largely neglected topic. More than 75% of prisoners reported being healthy, less than 30% claimed to be using prescription medications or being under medical treatment. However, among Polydrug consumption individuals the perception of a state of healthiness drops to 64% and the use of prescribed medications and the need to undergo medical treatment goes up to 40%. These findings reflect the degree of the health status degradation associated with a more aggressive pattern of illicit drugs consumption, which corroborate previous studies that associate the use of drugs with higher levels of medical comorbidities and lower self-perceived health status (Aden et al., 2015; Ignatyev et al., 2019; Yu et al., 2015).

Our findings showed that 62% of individuals who were in a relationship were not using illicit substances while more than half of single inmates (55.9%) claimed to use drugs. Being out of an affective relationship represented a 1.6-fold greater risk of making use of illegal substances during imprisonment. This fact may be associated with a greater perception of social and emotional support found by individuals who were in an affective relationship, since previous studies conducted with prisoners identified these factors as protective against substance abuse in prison (Caravaca-Sánchez & García-Jarillo, 2020; Nargiso et al., 2014).

The primary limitation of this study design is that bias of information was expected regarding the self-report of illicit drugs use. The guarantee of anonymity and the use of a private room to collect information were factors that contributed to the control of this bias.

Conclusions

The prevalence of illicit drug use by male prisoners was high. Polydrug use pattern often accompanies the consumption of alcohol and tobacco. These findings reflect the need to direct public policies toward a better management of the issue of illicit drugs in prison, aiming to minimize the harm on prisoner's life, health, and re-socialization that these behaviors can pose.

References

- Aden, B., Dunning, A., Nosyk, B., Wittenberg, E., Bray, J. W., & Schackman, B. R. (2015). Impact of Illicit Drug Use on Health-Related Quality of Life in Opioid-Dependent Patients Undergoing HIV Treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 70(3), 304-310. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000768>
- Baptiste-Roberts, K., & Hossain, M. (2018). Socioeconomic Disparities and Self-reported Substance Abuse-related Problems. *Addict Health*, 10(2), 112-122. <https://doi.org/10.22122/ahj.v10i2.561>
- Brazil. (2020). *LGBT nas prisões do Brasil: Diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento*. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.
- Brinkley-Rubinstein, L., Peterson, M., Arnold, T., Nunn, A. S., Beckwith, C. G., Castonguay, B., Junious, E., Lewis, C., & Chan, P. A. (2018). Knowledge, interest, and anticipated barriers of pre-exposure prophylaxis uptake and adherence among gay, bisexual, and men who have sex with men who are incarcerated. *PLoS One*, 13(12), e0205593. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205593>
- Caravaca-Sánchez, F., & García-Jarillo, M. (2020). Perceived social support, resilience, and consumption of psychoactive substances amongst inmates in prisons. *Rev Esp Sanid Penit*, 22(2), 75-79. <https://doi.org/10.18176/resp.00013>
- Chamberlain, A., Nyamu, S., Aminawung, J., Wang, E. A., Shavit, S., & Fox, A. D. (2019). Illicit substance use after release from prison among formerly incarcerated primary care patients: a cross-sectional study. *Addict Sci Clin Pract*, 14(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0136-6>
- Chaudhry, A. B., & Reisner, S. L. (2019). Disparities by Sexual Orientation Persist for Major Depressive Episode and Substance Abuse or Dependence: Findings from a

National Probability Study of Adults in the United States. *LGBT Health*, 6(5), 261-266. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0207>

University of Washington – UW. (2019). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). Available at: <http://www.healthdata.org/gbd/2019> (accessed 10 may 2021)

Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739. <https://doi.org/10.1111/add.13877>

Gama-Araujo, I. S., Bezerra Filho, J. G., Kerr, L., Kendall, C., Macena, R. H. M., Mota, R. S., Ferreira, M., & Pires Neto, R. d. J. (2020). Physical violence inside female prisons in Brazil: prevalence and related factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 623-632.

Ignatyev, Y., Baggio, S., & Mundt, A. P. (2019). The Underlying Structure of Comorbid Mental Health and Substance Use Disorders in Prison Populations. *Psychopathology*, 52(1), 2-9. <https://doi.org/10.1159/000495844>

Kanato, M. (2008). Drug use and health among prison inmates. *Curr Opin Psychiatry*, 21(3), 252-254. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282fc985c>

Khalooei, A., Mashayekhi-Dowlatabad, M., Rajabalipour, M. R., & Iranpour, A. (2016). Pattern of Substance Use and Related Factors in Male Prisoners. *Addict Health*, 8(4), 227-234.

Mendes dos Santos, M., Quintana, M. I., Moreira, F. G., Taborda, J. G., Mari Jde, J., & Andreoli, S. B. (2014). Drug-related disorders and the criminal and clinical background of the prison population of Sao Paulo State, Brazil. *PLoS One*, 9(11), e113066. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113066>

Nargiso, J. E., Kuo, C. C., Zlotnick, C., & Johnson, J. E. (2014). Social support network characteristics of incarcerated women with co-occurring major depressive and substance use disorders. *J Psychoactive Drugs*, 46(2), 93-105. <https://doi.org/10.1080/02791072.2014.890766>

United Nations - UN (2020). World Drug Report 2020. Vienna Retrieved from https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_1.pdf

Ornell, F., Stock, B. S., Scherer, J. N., Ornell, R., Ligabue, K. P., Narvaez, J. C. M., Dalbosco, C., Dotta, R. M., Telles, L. B., Pechansky, F., von Diemen, L., & Kessler, F. H. P. (2020). High rates of incarceration due to drug trafficking in the last decade in southern Brazil. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42, 153-160.

Rousselet, M., Guerlais, M., Caillet, P., Le Geay, B., Mauillon, D., Serre, P., Chameau, P. Y., Bleher, Y., Mounsande, S., Jolliet, P., & Victorri-Vigneau, C. (2019). Consumption of psychoactive substances in prison: Between initiation and

improvement, what trajectories occur after incarceration? COSMOS study data. *PLoS One*, 14(12), e0225189. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225189>

Ryan, J. E., Smeltzer, S. C., & Sharts-Hopko, N. C. (2019). Challenges to Studying Illicit Drug Users. *J Nurs Scholarsh*, 51(4), 480-488. <https://doi.org/10.1111/jnu.12486>

Soares Filho, M. M., & Bueno, P. M. M. G. (2016). Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1999-2010.

Yu, S. S., Sung, H. E., Mellow, J., & Koenigsmann, C. J. (2015). Self-perceived health improvements among prison inmates. *J Correct Health Care*, 21(1), 59-69. <https://doi.org/10.1177/1078345814558048>

APÊNDICE F – ARTIGO CIENTÍFICO 5

CONDIÇÃO DE SAÚDE PERIODONTAL E FATORES ASSOCIADOS EM PRESOS DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

RESUMO

Objetivo: Avaliar o estado de saúde periodontal e fatores associados em presidiários do Nordeste do Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo analítico transversal de base populacional carcerária com amostra de 1046 pessoas que abrange a população carcerária de uma capital do Nordeste do Brasil. Os participantes foram entrevistados e examinados por um único pesquisador previamente calibrado ($Kappa = 0,85$). Foram coletados dados sociodemográficos, comportamentais e sistêmicos, bem como seu estado de saúde periodontal, usando o índice periodontal comunitário (CPI). Os dados coletados foram apresentados descritivamente por meio de distribuições absolutas e percentuais. Na análise estatística foi considerado um erro de 5%, um Intervalo de Confiança de 95% e foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher para verificar a associação entre as variáveis. Para analisar se as variáveis estudadas são preditoras de condições periodontais desfavoráveis, foi realizada uma regressão logística binária. **Resultados:** Constatou-se que a maioria dos participantes tinha idade entre 18 e 30 anos, era do sexo masculino, relatou renda familiar mensal de até 1 salário mínimo e estava preso há um tempo entre 1 e 26 meses. Quanto ao CPI, a presença de cálculo dentário foi o achado mais prevalente na amostra estudada. Foi encontrada associação significativa entre condição periodontal desfavorável (sangramento gengival, presença de cálculo e bolsas periodontais) e sexo, renda familiar mensal e tabagismo. A variável sexo apresentou resultado significativo para condição periodontal desfavorável ao ser realizado o modelo de regressão logístico. **Conclusão:** Os reclusos apresentavam uma condição periodontal desfavorável. As variáveis sexo, renda mensal familiar e tabagismo são condições clínicas importantes que necessitam de maiores investigações nessa população.

Palavras-chave: Saúde de Minorias. Prisioneiros. Saúde Bucal. Doenças Periodontais.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the periodontal health status and associated factors in inmates in the Northeast of Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional analytical study of a population-based prison with a sample of 1046 people covering the prison population of a capital city in the Northeast of Brazil. Participants were interviewed and examined by a single previously calibrated researcher (Kappa = 0.85). Sociodemographic, behavioral and systemic data, as well as their periodontal health status, were collected using the community periodontal index (CPI). The collected data were presented descriptively through absolute and percentage distributions. In the statistical analysis, an error of 5%, a Confidence Interval of 95% were considered and Pearson's Chi-square and Fisher's exact tests were used to verify the association between the variables. To analyze whether the variables studied are predictors of unfavorable periodontal conditions, a binary logistic regression was performed. **Results:** It was found that most participants were between 18 and 30 years old, were male, reported a monthly family income of up to 1 minimum wage and had been in prison for between 1 and 26 months. As for the CPI, the presence of dental calculus was the most prevalent finding in the studied sample. A significant association was found between unfavorable periodontal status (bleeding gums, presence of calculus and periodontal pockets) and gender, monthly family income and smoking. The sex variable presents a significant result for unfavorable periodontal condition when using the logistic regression model. **Conclusion:** The inmates had an unfavorable periodontal condition. The variables gender, monthly family income and smoking are important clinical conditions that require further investigation in this population.

Keywords: Minority Health. Prisoners. Oral Health. Periodontal Diseases.

INTRODUÇÃO

Em 2014, a formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional ampliou as medidas de cobertura efetivas nessa área pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, buscou-se alcançar a universalidade do SUS, garantindo o direito ao cuidado com equidade e integralidade também para essa população. No entanto, apesar dos avanços, esses indivíduos apresentam piores condições de saúde do que a população geral, o que se reflete em maior prevalência de transtornos mentais, doenças infecciosas e piores condições de saúde bucal (BRASIL, 2014; JOB NETO et al., 2019; TESTA e FAHMY, 2020).

Em relação à saúde bucal, estudos tem demonstrado que os presos apresentam maior necessidade de assistência, com maior prevalência de cárie, traumatismo dentário e doença periodontal. Dentre as desordens que acometem o periodonto, as principais são a gengivite e a periodontite, que apresentam como sinais clínicos sangramento gengival, perda de inserção, bolsas periodontais, mobilidade dentária e como sua consequência mais grave, a perda dentária, considerada um marco da desigualdade em saúde. RODRIGUES et al., 2014; TOLENTINO et al., 2019; TESTA e FAHMY, 2020; DE CARVALHO et al., 2021).

Estudos demonstram que a gravidade da doença periodontal depende de condições ambientais modificáveis e não modificáveis e fatores de risco do hospedeiro. Os presos apresentam uma combinação de baixo nível socioeconômico e comportamentos prejudiciais à saúde, como tabagismo, uso de drogas ilícitas, além de má nutrição, que são fatores potenciais que influenciam a gravidade da doença periodontal (VAINIONPÄÄ et al, 2017; COSTA et al., 2020 ; TESTA e FAHMY, 2020).

Grandes pesquisas nacionais já foram realizadas no Brasil e dados relacionados à prevalência de doenças periodontais foram divulgados pelo Ministério da Saúde no SB Brasil em 2010 (BRASIL, 2010). No entanto, na literatura científica, poucas investigações em saúde bucal abrangem a população carcerária de forma representativa. Observam-se grandes diferenças na distribuição e ocorrência das

doenças periodontais, onde fatores regionais, socioeconômicos, ambientais e comportamentais podem explicar, em parte, as disparidades encontradas nos diferentes locais pesquisados. (SOUZA et al., 2013; JOB NETO et al., 2019).

Dada a importância do tema e a escassez de estudos sobre a condição periodontal de presidiários, este artigo se propõe a avaliar a condição de saúde periodontal e fatores associados nesses indivíduos do Nordeste Brasileiro.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico com delineamento transversal envolvendo indivíduos encarcerados de todos os presídios da cidade de Recife, capital do estado de Pernambuco no Nordeste do Brasil. Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Declaração de Helsinque, revisada em 2013 e aprovada pelo Comitê de Ética local, por meio do parecer nº 2.608.493. Todos os indivíduos que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Este artigo foi elaborado de acordo com as recomendações do STROBE (Fortalecimento do Relatório de Estudos Observacionais em Epidemiologia).

Os presos foram selecionados por meio do sorteio de suas fichas de registro de acolhimento, que foram preenchidas no momento de sua entrada nas unidades prisionais. Foram incluídas na pesquisa detentos do Complexo Prisional do Curado e do Presídio Feminino do Recife, com idade entre 18 e 70 anos, que se dispuseram a participar do estudo. Foram excluídos aqueles que apresentavam deficiência física ou qualquer outra condição que implicasse em dificuldade de higiene bucal e/ou deslocamento até a unidade de saúde prisional, além dos totalmente desdentados.

Para a população carcerária masculina, foi realizado um cálculo amostral, considerando um erro de 5%, Intervalo de Confiança de 95% e um Poder de Teste de 80%. Foi realizada uma amostragem estratificada proporcional ao tamanho de cada unidade prisional (UP) do complexo do Curado. A amostra foi calculada para cada UP, mantendo a representatividade em relação à população do complexo, resultando em 753 pessoas. Em relação à população carcerária feminina, foram

estudadas 293 pessoas. Por fim, a amostra de presos foi composta por 1.046 indivíduos.

As variáveis demográficas e socioeconômicas avaliadas foram sexo (masculino e feminino), faixa etária (18-30 anos e 31-70 anos), renda familiar mensal (até 1 salário mínimo e 2 ou mais salários mínimos) e tempo de reclusão (de 1 a 26 meses e 27 ou mais meses). As variáveis comportamentais foram tabagismo atual (sim ou não), consumo de álcool (sim ou não), uso atual de drogas ilícitas (sim ou não). Variáveis sobre estado geral de saúde (sistêmico) foram coletadas por meio de autorrelato, incluindo informações sobre diagnósticos médicos de hipertensão arterial, diabetes mellitus, problemas articulares ou reumatismo e doenças cardiovasculares. As variáveis da condição periodontal foram avaliadas pelo índice periodontal comunitário (CPI) e categorizadas como favorável (saudável) ou desfavorável (presença de sangramento, cálculo dentário, bolsas periodontais rasas e bolsas periodontais profundas).

Para avaliar a condição de saúde periodontal, os indivíduos selecionados para a pesquisa foram examinados nos consultórios odontológicos instalados nas dependências da UP por um único examinador, previamente calibrado (valor de Kappa = 0,85). Foi utilizado um espelho clínico plano e uma sonda milimetrada periodontal, recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) da marca Trinity. As informações foram registradas em formulários específicos por um anotador previamente treinado para manter a consistência dos dados.

O CPI é um índice que permite avaliar a saúde, sangramento e presença de cálculo ou bolsa periodontal. Para este estudo, as recomendações do manual do examinador do SB Brasil, foram cuidadosamente seguidas. Portanto, a boca foi dividida em sextantes, sendo os dentes índices avaliados em cada sextante e foram examinados pelo menos 6 pontos. Os códigos utilizados no CPI foram 0 para o sextante saudável; 1 - sextante com sangramento; 2 – presença de cálculo (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível); 3 - bolsa de 4 a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda); 4 - bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não é visível) (BRASIL, 2001). Para análise estatística, o estado

periodontal foi classificado em favorável (código 0) e desfavorável (códigos 1, 2, 3 e 4).

Os dados foram apresentados de forma descritiva por meio de distribuições absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. Para verificar a associação entre as variáveis estudadas, foram utilizados o teste do qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. Foi construído um modelo de regressão logística binária, no qual foram consideradas apenas as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada. A margem de erro adotada foi de 5% e intervalo de confiança de 95%. Todos os cálculos estatísticos foram realizados com o auxílio do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 23.0.

RESULTADOS

A média de idade da amostra variou de 18 a 70 anos (média = $29,19 \pm 8,31$ anos). Ressalta-se que a maioria dos participantes tinha idade entre 18 e 30 anos (65%), era do sexo masculino (72%), tinha renda familiar mensal de até 1 salário mínimo (84,9%) e estava privado de liberdade em um período de 1 a 26 meses (71,5%) (Tabela 1).

Em relação às variáveis comportamentais, as pessoas que relataram fumar foram 49,2%, as que relataram consumir álcool 26,7% e o uso de drogas ilícitas foi 44% da amostra pesquisada. Em relação à saúde geral (condição sistêmica), 6,3% relataram diagnóstico de hipertensão arterial, 1,2% de diabetes mellitus e problemas cardiovasculares e 1,3% referiram problemas articulares ou reumatismo, conforme tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra estudada.

Variável	N	%
Faixa Etária		
18 a 30 anos	680	65%
31 a 70 anos	366	35%
Sexo		
Masculino	753	72%
Feminino	293	28%

Renda Familiar Mensal*		
Até 1 salário mínimo	888	84,9%
2 ou mais salários mínimos	158	15,1%
Tempo de Reclusão (Meses)		
1 a 26 meses	748	71,5%
27 ou mais meses	298	28,5%
Tabagismo*		
Sim	515	49,2%
Não	531	50,8%
Ingestão de Bebidas Alcoólicas*		
Sim	279	26,7%
Não	767	73,3%
Uso de Drogas Ilícitas*		
Sim	460	44%
Não	586	56%
Hipertensão*		
Sim	66	6,3%
Não	980	93,7%
Diabetes*		
Sim	13	1,2%
Não	1033	98,8%
Problemas Cardiovasculares*		
Sim	13	1,2%
Não	1033	98,8%
Problemas Articulares ou Reumatismo*		
Sim	14	1,3%
Não	1032	98,7%
Condição Periodontal		
Hígido	308	29,4%
Presença de Sangramento	161	15,4%
Presença de Cálculo Dentário	543	52%
Bolsas rasas (4 a 5mm)	30	2,9%
Bolsa Profundas (6mm ou mais)	4	0,3%

(*) Variáveis auto declaradas.

A condição periodontal foi avaliada através do índice CPI. Verificou-se que a maioria dos participantes apresentou cálculo dentário (52%), seguido de ausência de alterações periodontais - saudável (29,4%), presença de sangramento (15,4%),

presença de bolsas de 4 a 5mm (2,9%) e bolsas profundas de 6mm ou mais (0,3%), como mostra a Tabela 1.

Na análise univariada da condição periodontal com as variáveis estudadas e a condição periodontal (favorável ou desfavorável), houve associação significativa com sexo ($p < 0,001$), renda familiar mensal ($p = 0,011$) e tabagismo ($p = 0,005$). A razão de chances foi calculada para essas variáveis e seus respectivos intervalos de confiança, descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Associação entre a condição de saúde periodontal com as variáveis estudadas.

Variável	Condição de saúde periodontal		p-valor	OR (IC à 95%)
	Favorável N(%)	Desfavorável N(%)		
Faixa Etária				
18 a 30 anos	205 (30,1%)	475 (69,9%)	$p^{(1)} = 0,497$	1,03 (0,94 a 1,13)
31 a 70 anos	103 (28,1%)	263 (71,9%)		1
Sexo				
Masculino	262 (34,8%)	491 (65,2%)	$p^{(1)} < 0,001^*$	1
Feminino	46 (15,7%)	247 (84,3%)		2,86 (2,02 a 4,06)
Renda Familiar Mensal				
Até 1 salário	248 (27,9%)	640 (72,1%)	$p^{(1)} = 0,011^*$	1
2 ou mais salários	60 (38%)	98 (62%)		0,63 (0,44 a 0,90)
Tempo de Reclusão				
1 a 26 meses	209 (27,9%)	539 (72,1%)	$p^{(1)} = 0,091$	0,77 (0,58 a 1,04)
27 ou mais meses	99 (33,2%)	199 (66,8%)		1
Tabagismo				
Sim	131 (25,4%)	384 (74,6%)	$p^{(1)} = 0,005^*$	1
Não	177 (33,3%)	354 (66,7%)		0,68

				(0,52 a 0,89)
Ingestão de Bebidas Alcoólicas				
Sim	81 (29%)	198 (71%)	$p^{(1)} = 0,860$	1
Não	227 (29,6%)	540 (70,4%)		0,97
				(0,72 a 1,31)
Uso de Drogas Ilícitas				
Sim	134 (29,1%)	326 (70,9%)	$p^{(1)} = 0,843$	1
Não	174 (29,7%)	412 (70,3%)		0,97
				(0,74 a 1,27)
Hipertensão				
Sim	19 (28,8%)	47 (71,2%)	$p^{(1)} = 0,904$	1
Não	289 (29,5%)	691 (70,5%)		0,96
				(0,55 a 1,67)
Diabetes				
Sim	4 (30,8%)	9 (69,2%)	$p^{(1)} = 0,916$	1
Não	304 (29,4%)	729 (70,6%)		1,06
				(0,32 a 3,48)
Problemas Cardiovasculares				
Sim	7 (53,8%)	6 (46,2%)	$p^{(2)} = 0,066$	1
Não	301 (29,1%)	732 (70,9%)		2,83
				(0,94 a 8,51)
Problemas Articulares ou Reumatismo				
Sim	5 (35,7%)	9 (64,3%)	$p^{(2)} = 0,568$	1
Não	303 (29,4%)	729 (70,6%)		1,33
				(0,44 a 4,02)

(1) Através do Teste Qui Quadrado de Pearson. (2) Através do Teste Exato de Fisher. (*) Nível de significância 5%. (OR) Odds Ratio. (IC) Intervalo de confiança.

O modelo logístico contendo sexo foi estatisticamente significativo ($p < 0,001$), e essa variável foi preditora para saúde periodontal desfavorável, conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3. Modelo final de regressão logística binária, respondendo ao estado de saúde periodontal desfavorável em indivíduos privados de liberdade no Nordeste, Brasil.

	B	S.E	Wald	df	Sig	Exp (B)	IC 95%
Gênero	-1.068	0.178	36.101	1	<0,001	0,344	0,243 – 0,487
Constante	0.455	0.221	4.225	1	0.04	1.576	

(*) Nível de significância 5%. (IC) Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

O Brasil ocupa o 3º lugar no ranking mundial em população carcerária. Ao estudar a condição periodontal dos indivíduos privados de liberdade do Município de Recife, capital do Nordeste Brasileiro, os resultados desta pesquisa mostraram uma situação desfavorável influenciado pela renda mensal, o tabagismo e o gênero.

De acordo com a metodologia utilizada nesta investigação, os presos apresentavam piores condições periodontais em relação à população geral (BRASIL, 2010). Os resultados indicam que o encarceramento está associado a uma predisposição ao desenvolvimento da doença periodontal, sendo parte dessa relação atribuída a fatores de risco modificáveis, incluindo baixo nível socioeconômico e comportamentos prejudiciais à saúde. (DAYAKAR; SHIVPRASAD; PAI, 2014; VAINIONPÄÄ et al, 2017; TESTA e FAHMY, 2020).

Indivíduos encarcerados são considerados uma população com características únicas e desafiadoras, apresentando piores condições de saúde bucal, incluindo a saúde periodontal. As doenças periodontais abrangem uma ampla variedade de condições inflamatórias crônicas da gengiva, osso e ligamento que sustentam e circundam os dentes, com apresentações clínicas que vão desde sangramento gengival, cálculo dentário até a perda do dente. (RODRIGUES et al.,

2014; KINANE; STATHOPOULOU; PAPAPANOU, 2017). Para este estudo, a população carcerária apresentou condições periodontais desfavoráveis, sendo a presença de cálculo dentário a característica clínica mais frequente. Esse resultado corrobora os achados descritos no levantamento epidemiológico do Projeto SB Brasil e pode evidenciar a falta de disponibilidade de dispositivos de higiene e conhecimento sobre a manutenção da higiene bucal, além da dificuldade de acesso ao tratamento odontológico adequado. (BRASIL, 2010).

Em relação à avaliação periodontal e sexo, foi encontrada significância estatística após a aplicação do modelo de regressão logística, onde as mulheres apresentaram maior probabilidade de desenvolver a condição desfavorável. Essa associação ainda é muito controversa, na qual aspectos de alterações hormonais parecem estar associados e essa desregulação tem se tornado uma área de investigação em pesquisas. (RODRIGUES et al., 2014; MARTELLI et al., 2017; SOARES et al., 2019).

Sabe-se que as condições sociais de uma população são determinantes do seu estado de saúde. Estudos descobriram que o status socioeconômico é uma barreira fundamental para o acesso à saúde bucal e que um histórico de encarceramento agrava as dificuldades econômicas. (HAKEEM e SABBAAH, 2019; TESTA e FAHMY, 2020). Neste estudo, indivíduos com renda familiar mensal de até 1 salário mínimo apresentaram maior probabilidade de ter uma condição periodontal desfavorável.

Indivíduos encarcerados são mais vulneráveis a uma ampla gama de problemas de saúde, mais comumente relacionados ao alcoolismo, abuso de drogas, doenças crônicas, problemas infecciosos, mentais, psicossociais e psiquiátricos. Em relação à doença periodontal, vários fatores de risco já foram estabelecidos, alguns deles modificáveis, como o tabagismo. Estudos têm demonstrado que pessoas que fumam apresentam pior estado periodontal, pois o tabaco pode alterar a função das células imunes, além do efeito de vasoconstrição e redução da tensão de oxigênio criando um ambiente subgengival compatível com a

colonização de bactérias anaeróbias. (DAYAKAR; SHIVPRASAD; PAI, 2014; PRIWE e CARLSSON, et al., 2018; VELIDANDLA et al., 2019).

Em relação às variáveis de saúde geral (condição sistêmica) investigadas, embora não tenham apresentado relação significativa com a condição periodontal, são problemas de interesse público. Os dados atualmente disponíveis encontrados na literatura podem subestimar a real magnitude dos problemas de saúde nos presídios brasileiros, pois os presos do Brasil não tem acesso adequado à assistência médica e odontológica (JOB NETO et al., 2019). Portanto, apesar da limitação da investigação dessas doenças por autodeclaração, o que pode sugerir subnotificação de casos ou até mesmo desconhecimento do diagnóstico atual dessas patologias, essas variáveis são condições clínicas importantes que necessitam de maiores investigações nessa população.

Apesar das limitações de um estudo transversal em estabelecer relações causais entre o cárcere e doenças periodontais, este trabalho é pioneiro na detecção das principais alterações periodontais utilizando uma amostra significativa e representativa de uma população carcerária brasileira. Diante dos resultados apresentados, foi verificado um diagnóstico real acerca das condições periodontais de detentos de uma capital do Nordeste do Brasil. Essas descobertas servem como dados que podem contribuir com a elaboração de políticas que eliminem as iniquidades encontradas, assim como estimular novos estudos que evidenciem a vulnerabilidade dessa população.

CONCLUSÃO

Os prisioneiros tinham uma condição periodontal desfavorável. Condições clínicas importantes que necessitam de maiores investigações nessa população foram identificadas como a renda mensal, o tabagismo e o gênero.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, D. et al. Substance Use and Recidivism Outcomes for Prison-Based Drug and Alcohol Interventions. **Epidemiologic Reviews**, v. 40, n. 1, p. 121-133, 2018.

Brasil. 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 2014;1:18–21.

Brasil. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador /Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 2001.

Brasil.. Projeto SB2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.: Editora MS; 2012.

COSTA, F.O. et al. Periodontal condition and recurrence of periodontitis associated with alcohol consumption in periodontal maintenance therapy. **J. Clin. Exp. Dent**, v.12, n.2, p.e139-147, 2020.

DAYAKAR, MM.; SHIVPRASAD, D.; PAI, PG. Assessment of periodontal health status among prison inmates: A cross-sectional survey. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 18, n.1, p. 74-77, 2014.

FOTEDAR, S. et al. Association Between Oral Health Status and Oral Health-Related Quality of Life among the Prison Inmate Population of Kanda Model Jail, Shimla, Himachal Pradesh, India. **India Journal of Public Health**, v. 60, n.2, p. 150-153, 2016.

HAKEEM, FF; SABBAH, W. Is there socioeconomic inequality in periodontal disease among adults with optimal behaviours. **Acta odontológica Scandinavica**, v. 77, n.5, p. 400-407, 2019.

JOB NETO, F. et al. Health morbidity in Brazilian prisons: a time trends study from national databases. **BMJ Open**, v.9, 2019.

KINANE, D.F. ; STATHOPOULOU, P.G.; PAPAPANOU, P.N. Periodontal Diseases. **Nat Ver Dis Primers**. v. 22, n.3, 2017.

MALTA, M. et al. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. **Rev Saude Publica**, v.44, n.3, p.559-565, 2010.

MARTELLI, F. et al. Periodontal disease and women's health. **Current Medical research and opinion**, v. 33, n.6, p. 1005-1015, 2017.

PRIWE, C; CARLSSON, P. Oral Health Status of Male Swedish Citizens at Admission to Prison. **Journal of Correctional Health Care**, v. 24, n.4, p.382-394, 2018.

RODRIGUES, ISAA. Et al. Locked Mouths: Tooth Loss in a Women's Prison in Northeastern Brazil. **The ScientificWorldJournal**, 2014.

SOARES, GH. et al. Impact of oral conditions on the quality of life of incarcerated women in Brazil. **Health Care for Women International**, v. 40, p. 776-787, 2019.

TESTA, A.; FAHMY, C. Oral health status and oral health care use among formerly incarcerated people. **J. Am. Dent. Assoc.** v.151, n.3, p. 164-173, 2020.

TOLENTINO, P.H.M.P. et al. Tooth Extractions in Patients with Periodontal Diseases and Clinical Decision-Making Process. **Acta stomatol Croat**, v.53,n.2, p. 141-149, 2019.

VAINIONPÄÄ, R. et al. Oral health and oral health-related habits of finnish prisoners. **BDJ Open**, v.3, n.3, 2017.

VALENTE, MIB.; VETTORE, MV. Contextual and individual determinants of periodontal disease: Multilevel analysis based on Andersen's model. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.46, n.2, p. 161-168, 2018.

VELIDANDLA, S. et al. Distribution of Periodontal Pockets Among Smokers and Nonsmokers in Patients with Chronic Periodontitis: A Cross-sectional Study. **Cureus**, v. 11, n.9, 2019.

WHO. **Oral health surveys, basic methods**. 5 ed. 2017.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições Bucais de Pessoas Privadas de Liberdade da cidade do Recife-PE

Pesquisador: Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84153818.3.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.608.493

Apresentação do Projeto:

O projeto “Condições bucais de pessoas privadas de liberdade da cidade do Recife - PE” tem como responsável a cirurgiã dentista Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho, doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Odontologia da UFPE, tendo como outros membros o Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy, como orientador e o Prof. Dr. Arnaldo França Caldas Júnior, como co-orientador, ambos professores da UFPE. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e que, com base em um cálculo amostral, serão estudados homens privados de liberdade do Complexo Prisional do Curado distribuídos proporcionalmente de acordo com a população de cada unidade prisional deste Complexo. E uma amostra censitária da Colônia Penal Feminina do Bom Pastor. Os reeducandos do Complexo Prisional do Curado serão selecionados através de sorteio de acordo com as fichas cadastrais de acolhimento, examinados por um pesquisador previamente treinado e os dados cadastrados por um anotador também calibrado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar as alterações bucais das pessoas privadas de liberdade da cidade do Recife, estado de Pernambuco, Brasil.

Objetivo Específicos:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Os pesquisadores não consideram risco de constrangimento durante a anamnese ou durante o procedimento de coleta dos dados sócio-demográficos, que poderão ser minimizados através de conversas esclarecedoras em ambiente tranquilo e reservado. Além disso, o projeto cita que caso haja necessidade de realização de biópsias incisionais para diagnóstico de lesões em mucosa, os voluntários poderão correr riscos durante e após o procedimento cirúrgico, tais como: alergia ao anestésico, complicações hemorrágicas, risco de hematoma e dor/desconforto durante e após o procedimento cirúrgico. Porém, a pesquisadora trabalhará com o intuito de minimizar os possíveis riscos, realizando uma técnica cirúrgica simples e prescrevendo remédios para a prevenção da dor/desconforto.

Benefícios:

Os pesquisadores citam como benefício direto a melhoria da higiene oral nos voluntários participantes, com a realização de oficinas de orientação em higiene a fim de esclarecer a melhor técnica de escovação dentária. Em caso de detecção de doença cárie ou periodontal, o mesmo será encaminhado ao serviço odontológico da unidade prisional para o devido tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Serão incluídas na pesquisa pessoas privadas de liberdade do Complexo Prisional do Curado e da Colônia Penal Feminina do Bom Pastor, situados no Município do Recife, com idade entre 18 e 70 anos que se dispuser a participar do estudo. Os exames serão realizados nos próprios consultórios odontológicos instalados nas dependências das Unidades Prisionais, sob boas condições de iluminação, utilizando-se odontoscópio, pinça clínica e sonda periodontal milimetrada da marca Trinity, para melhor visualização das estruturas bucais e respeitando os princípios de biossegurança. Os dados serão registrados por um anotador treinado previamente e registrados em fichas odontológicas. Quando necessário será realizado biópsia incisional e exame histopatológico. Os resultados serão avaliados com a utilização do software

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. O orçamento será de inteira responsabilidade da pesquisadora principal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora responsável anexou folha de rosto assinada pela Coordenadora do Curso de Pós- Graduação em Odontologia da UFPE, Declaração de vínculo do Curso de Doutorado em Odontologia do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPE, projeto de pesquisa, Carta de anuência da Secretaria Executiva de Ressocialização – SERES do Estado de Pernambuco e Carta de anuência do Laboratório de Patologia Oral da UFPE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos ou emancipados, Termo de Compromisso e Confidencialidade assinado pela pesquisadora responsável e os currículos dos três pesquisadores envolvidos no projeto.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

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

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

É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1082598.pdf	17/04/2018 12:43:09		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1082598.pdf	17/04/2018 12:35:10		Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.docx	17/04/2018 12:33:35	Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDOUTORADO.doc	17/04/2018 12:20:47	Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	17/04/2018 12:19:55	Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	17/04/2018 12:17:38	Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/04/2018 11:46:26	Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho	Aceito
Outros	FabianaCurriculo.docx	28/02/2018 17:51:34	Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho	Aceito
Outros	ArnaldoCurriculo.docx	28/02/2018 17:51:01	Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho	Aceito
Outros	GustavoCurriculo.docx	28/02/2018 17:50:27	Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho	Aceito
Outros	CartaAnuencPato.pdf	28/02/2018 17:27:10	Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho	Aceito
Outros	TermoCompConfid.pdf	28/02/2018 17:25:58	Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho	Aceito
Declaração de	DeclaracaoVinculo.pdf	28/02/2018	Fabiana Menezes	Aceito

Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoVinculo.pdf	17:21:13	Teixeira de Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	28/02/2018 17:19:48	Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho	Aceito
Outros	CartaAnuenciaSERES.pdf	28/02/2018 10:34:12	Fabiana Menezes Teixeira de Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 19 de Abril de 2018

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA DO ARTIGO CIENTÍFICO 1



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

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUENTES SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de

1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e

5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde

Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras

(leia mais);

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de

6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta

Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

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

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

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

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

Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

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

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

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

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

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

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

5. CONFLITO DE INTERESSES

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

6. COLABORADORES

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

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

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

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

7. AGRADECIMENTOS

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

8. REFERÊNCIAS

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

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

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

9. NOMENCLATURA

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

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

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

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

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

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

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

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

PASSO A PASSO PARA SUBMISSÃO

1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de

Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

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

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

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

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

2. ENVIO DO ARTIGO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 2.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.
- 2.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 2.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 2.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 2.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 2.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.
- 2.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 2.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.
- 2.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 2.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 2.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 2.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.
- 2.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 2.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

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

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

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

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

3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

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

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

4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

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

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

5. PROVA DE PRELO

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

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

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

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

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

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

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

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

(Publicação Científica);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

©2015 | Cadernos de Saúde Pública - Escola

Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca |

Fundação Oswaldo Cruz. - Ministério da

Saúde Governo Federal | Desenvolvido por

Riocom Design

Cadernos de Saúde Pública | Reports in Public Health

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

Secretaria Editorial +55 21 2598-251

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA DO ARTIGO CIENTÍFICO 4

Diretrizes do autor

Antes que você comece

Para consultas relacionadas ao status da pré-decisão do seu artigo, entre em contato com o Editor ou com o Escritório Editorial da Revista. Para dúvidas após a adesão, entre em contato com o Gerente de Projeto do Fornecedor. Esses detalhes podem ser encontrados na seção Equipe Editorial.

Responsabilidades do autor

Nosso objetivo é fornecer a você uma experiência profissional e cortes em cada etapa do processo de revisão e publicação. Há também algumas responsabilidades que cabem a você como autor. Nossa expectativa é que você:

- Responda rapidamente a quaisquer dúvidas durante o processo de publicação.
- Seja responsável por todos os aspectos do seu trabalho. Isso investigar e resolver quaisquer dúvidas sobre precisão ou [pesquisa da pesquisa](#)
- Trate comunicações entre você e o editor da revista seja como tomada até que uma decisão editorial.
- Leia sobre nossa [ética de pesquisa](#) para autoria. Estes afirmam que você deve:
 - Inclua qualquer pessoa que tenha feito uma contribuição substancial e significativa a submissão (qualquer outra pessoa indicada no artigo deve ser listada nos agradecimentos).
 - Exclua qualquer pessoa que não tenha contribuído para o artigo ou tenha optado por não se associar à pesquisa.
- Se o seu artigo foi pesquisado pelos proprietários humanos, você deve ter considerado a exigência ou não aprovação ética para sua escolha e inclusão como parte de sua submissão. Saiba mais sobre o [consentimento informado](#).

Ética em pesquisa e publicação

Nossos editores e funcionários trabalham duro para garantir que o conteúdo seja eticamente que publique e seja. Para nos ajudar a atingir esse objetivo, seguimos de perto as iniciativas públicas Com nas orientações e fluxogramas [site do COPE \(Ética\)](#).

Também desenvolvemos nossas [diretrizes de ética em pesquisa e publicação](#). Se você ainda não é comum, recomendamos que o faça – eles o ajudam a evitar os problemas mais de ética editorial.

Alguns pontos-chave:

- Qualquer manuscrito que você enviar a esta revista deve ser original. Isso significa que não deveria ter sido publicado antes em sua forma atual ou similar. Exceção a esta regra estão disponíveis em nossas [políticas de pré-impressão e documentos de conferência](#). Se algum elemento substancial do artigo foi anteriormente, você precisa declarar isso ao editor da revista no momento da submissão. Observe que o editor da revista pode usar o [Crossref Similarity Check](#) a originalidade das submissões recebidas. Este serviço compara as submissões com um banco de dados 49 milhões de trabalhos 800 editores de serviços de serviços.
- Seu trabalho não deve ter sido considerado em outro lugar e não deve ser considerado por outra publicação.
- Se você tiver um conflito de interesse, deverá declarar no momento do envio; isso que o editor decidiu como eles permitiriam de proceder. Leia sobre conflitos de interesse em nossas [diretrizes de pesquisa e publicação](#).

- Ao enviar seu trabalho para a Emerald, você garante que o trabalho não viola nenhum direito autoral existente.

Permissões de direitos autorais de terceiros

Antes do envio do artigo, você precisa garantir que o material solicitado e recebido por escrito seja usado para qualquer manuscrito seu que tenha sido criado por terceiros. Observe que não podemos publicar nenhum artigo que tenha permissão de permissão. Os direitos que exigimos são:

- Direitos não exclusivos de reprodução do material no artigo ou capítulo de livro.
- Direitos impressos e eletrônicos.
- Direitos da língua inglesa.
- Use o material para a vida da obra. Isso significa que não deve haver um tempo de reutilização para sua reutilização, por exemplo, uma licença de ano.

Somos da Associação Internacional de Editores Científicos, Técnicos e Médicos (STM) e participamos das [diretrizes de membros recíprocos STM](#), uma troca de membros recíproca gratuita de material com outros editores STM. Em alguns casos, isso significa que você não precisa de permissão para reutilizar o conteúdo. Em caso afirmativo, destaque isso na fase de envio.

Reserve [momentos](#).

Submissões e informações de acesso aberto

Todos os nossos periódicos são atualmente duas vias de publicação de acesso (OA); acesso aberto ouro e acesso aberto verde.

Se você deseja ou é obrigado a disponibilizar gratuitamente o PDF do editor de marca (também conhecido como a versão de registro) logo após a publicação, você deve selecionar a rota de acesso aberto durante o processo de envio.

Se você optou por acesso público aberto de ouro, este é o ponto em que você será solicitado a pagar a [APC \(taxa de processamento de artigos\)](#). Isso varia de acordo com o periódico e pode ser encontrado em nossa lista de preços da APC ou no sistema editorial no momento da submissão. Seu artigo publicado com uma licença de [usuário Creative Commons CC BY 4.0](#), que descreve como os leitores podem reutilizar seu trabalho.

Alternativamente, se você deseja ou é obrigado a publicar o acesso, mas seu financiamento não cobre o acesso aberto da APC, você pode escolher a rota de acesso aberto verde ou auto-arquivamento. Assim que seu artigo for publicado, você estará disponível abertamente o manuscrito aceito pelo autor (a versão aceita para publicação), livre de pagamento e períodos de embargo.

Para autores de artigos de periódicos do Reino Unido - se você deseja enviar um artigo 'depósito fechado' de seu manuscrito após a aprovação de seu artigo Institucional 2021, você deve fazer o envio de seu artigo Institucional após a permissão a aceitar um artigo. Os artigos aceitos para publicação após 1º de abril de 2018 devem ser depositados o mais rapidamente, mas o mais tardar três meses após os dados de desenvolvimento. Para mais informações e orientações, consulte o site da [REF 2021](#). Você pode descobrir mais sobre nossas rotas de acesso aberto, nossos APCs e isenções e nossas perguntas frequentes em nossa página de pesquisa aberta.

[Conheça o aberto](#)

Diretrizes de Promoção de Transparência e Abertura (TOP)

Somos signatários das [Diretrizes da Transparency and Openness Promotion \(TOP\)](#), uma estrutura que apoia a reprodutibilidade da pesquisa por meio da adoção de práticas de pesquisa transparentes. Isso significa que encorajamos você a:

- Cite e faça referência completa a todos os dados, código de programa e outros métodos em seu artigo.

- Inclui identificadores persistentes, como um identificador de objeto digital (DOI) referências para conjuntos de dados e códigos de programa. Identificadores persistentes garantem acesso futuro a objetos digitais divulgados ou exclusivos, como um pedaço de texto conjuntos de dados. Identificadores persistentes são atribuídos a de por arquivos digitais, como conjuntos de conjuntos de dados institucionais e parceiros de dados Data-PASS, Alliance for the Social Sciences (Data-PAS).
- Siga os procedimentos internacionais e nacionais apropriados com relação à proteção de dados, direitos à privacidade e outras considerações éticas, sempre que citar dados. Para obter mais orientações, consulte nossas [diretrizes de ética em pesquisa e publicação](#) . Para obter um exemplo de como citar conjuntos de dados, consulte a seção de referências abaixo.

Prepare sua submissão

Serviços de apoio a manuscritos

Temos o prazer de parceria com a Edit, uma plataforma que conecta você a especialistas em suporte a idiomas, tradução, edição, recursos visuais, consultoria e muito mais. Depois de conciliar com uma taxa, eles trabalham com você para aprimorar seu manuscrito e elaborar-lo para envio.

Este é um serviço opcional para autores que precisam de um pouco de apoio extra. Isso não garante que seu trabalho aceite para revisão ou publicação.

[Visite a Edição](#)

Requisitos do manuscrito

Antes de enviar seu manuscrito, é importante que você leia e siga as orientações abaixo. Você também apresenta algumas dicas úteis em nossa estrutura do guia de instruções para [submissão de periódicos](#) .

Formato	Os arquivos do artigo devem ser fornecidos no formato Microsoft Word Embora você possa enviar um PDF do documento junto com o arquivo do Word, os PDFs sozinhos não são aceitáveis. Arquivos LaTeX também podem ser usados, mas somente se um documento PDF acompanhante para uso. de figura aceitável Os modelos de arquivos de configuração.
do artigo / contagem de palavras	Os artigos devem ter entre 4.000 e 7.000 palavras. Isso inclui todo o texto, por exemplo, o resumo de estruturas, referências, todo o texto em, figuras e apêndices. Por favor, permita 350 palavras para cada figura ou tabela.
Título do artigo	Um título redigido de forma concisa deve ser especificado.
Detalhes do autor	Os nomes de todos os autores contribuintes devem ser adicionados à submissão do ScholarOne; liste-os na ordem em que desejamos que sejam divulgados. Cada autor contribuidor de sua própria conta de autor Scholar, da qual extrairemos os detalhes: <ul style="list-style-type: none"> • Endereço de e-mail do autor (preferencialmente institucional). • Nome do autor . Vamos reproduzir-lo exatamente, então quaisquer que sejam os nomes e/ou nós que eles sejam incluídos. • Filiação do autor . Este deve ser o local onde eles foram feitos. Em artigos, é importante que todos os autores tenham contribuído para o artigo vários autores. Aqueles que forneceram apoio, mas não procuraram a pesquisa, devem ser apresentados em uma seção de agradecimentos. Você nunca deve incluir pessoas que não querem o artigo ou que não querem estar associados à pesquisa. Leia sobre nossa ética de pesquisa para autoria.
Biografias e agradecimentos	Se você quiser incluir esses itens, salve-os em um documento do Microsoft Word separado e carregue o arquivo com o envio. Onde for incluído, uma biografia profissional não deve ser

	fornecida para cada autor breve100.
Financiamento de pesquisa	Seu artigo deve fazer referência a todas as externas de financiamento de pesquisa na seção de agradecimentos. Você deve descrever o papel do seu patrocinador financeiro em todo o processo de pesquisa, desde o desenho do estudo até a submissão.
Resumo	<p>as submissões devem incluir um tudo compacto, seguindo o formato descrito abaixo Estas legendas e suas explicações devem sempre ser incluídas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo • Design/metodologia/abordagem • Descobertas • Originalidade <p>As legendas a seguir são três e podem ser incluídas, se aplicável:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitações/implicações da pesquisa • Implicações práticas • Implicações sociais <p>Você pode encontrar algumas úteis em nosso guia de instruções para escrever um artigo . A extensão máxima do seu resumo deve ser de 250 palavras no total, incluindo palavras-chave e classificação do artigo (veja as seções abaixo).</p>
Palavras-chave	Sua submissão deve incluir até 12 palavras-chave apropriadas que capturam os principais tópicos do artigo. Nosso guia Como criar um manual especializado para SEO contém orientações sobre como escolher algumas chaves amigáveis para mecanismos de busca. Observe que artigo tente correspondências, sem correspondências, que você possa substituir, embora a equipe editorial interna possa alterar a correspondência entre as publicações e melhorar a visibilidade do seu.
Classificação do artigo	<p>Durante o processo de submissão, você será solicitado a selecionar um tipo para o seu artigo; as opções reservadas abaixo. Se você não encontrar uma correspondência exata, escolha o melhor ajuste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho de Pesquisa, • Papel do prático, • Revisão do livro <p>Você também será solicitado a selecionar uma categoria para o seu artigo. As opções para isso são importantes. Se você não encontrar uma correspondência exata, escolha o melhor ajuste:</p> <p>Trabalho de pesquisa. Relatórios sobre qualquer tipo de pesquisa realizada pelo(s) autor(es), incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A construção ou teste de um modelo ou estrutura • Pesquisa-ação • Teste de dados, pesquisas de mercado ou pesquisas • Pesquisa empírica, científica ou clínica • Trabalhos com foco prático <p>Ponto de vista. Abrange qualquer artigo cujo conteúdo depende da opinião e interpretação do autor. Isso inclui peças jornalísticas e de estilo de revista.</p> <p>Documento técnico. Descreve e avalia produtos, processos ou serviços técnicos.</p> <p>Papel conceitual. Concentra-se no desenvolvimento de hipóteses e geralmente é discursiva. Abrange pensamentos filosóficos e estudos comparativos de trabalho e pensamento de outros autores.</p> <p>Estudo de caso. Descreve intervenções ou reais dentro das organizações. Pode ser subjetivo e geralmente não relata pesquisas. Também uma descrição de um caso legal ou um estudo de caso hipotético usado como um exercício de cobre de ensino.</p> <p>Revisão da literatura. Esta categoria só deve ser usada se o objetivo principal do artigo for</p>

	<p>anotar e/ou criticar a literatura em um campo específico. Pode ser uma bibliografia seletiva, como seus diferentes sistemas de desenvolvimento de fontes de informação, proteger os principais contribuintes de um tópico de visão e explorar.</p> <p>Revisão geral. Fornecer uma visão geral ou um exame histórico de algum conceito, técnica ou fenômeno. Os artigos tendem a ser mais descritivos ou instrucionais (artigos de "como fazer") do que discursivos.</p>
Títulos	<p>Os títulos devem ser declarados, com uma declaração de segurança da lei.</p> <p>O formato preferido é que os títulos de primeiro nível os subtítulos médios negrito e subsequentes em itálico.</p>
Notas/notas finais	<p>Notas ou notas finais devem ser usadas como absolutamente necessárias. Devem ser identificados entre colchetes de texto por números consecutivos. Esses números devem ser executados e explicados no final do artigo.</p>
Figuras	<p>Todas as figuras (gráficos, diagramas, desenhos de linha, páginas da web/capturas de tela e imagens fotográficas) devem ser enviadas eletronicamente. Ambos os arquivos coloridos e preto e branco são aceitos.</p> <p>Há alguns outros pontos importantes a serem observados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas as figuras devem ser fornecidas com maior resolução/qualidade possível, com números e textos claramente legíveis. • Os formatos aceitáveis são .ai, .eps, .jpeg, .bmp e .tif. • Figuras eletrônicas criadas em outros aplicativos também devem ser fornecidas em seus formatos originais e devem ser copiadas e coladas em um documento MS Word em branco ou enviados como um arquivo PDF. • As figuras devem ser numeradas consecutivamente todas com algarismos arábicos e ter legendas claras. • Todas as fotografias devem ser numeradas como Placa 1, 2, 3, etc. e ter legendas claras.
Tabelas	<p>As tabelas devem ser digitadas e enviadas em arquivo separado para o corpo principal do artigo. A posição de cada documento deve ser identificada como identificação no corpo de identificação correspondente tabela do artigo deve ser identificada como identificação do corpo. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente em algarismos romanos (por exemplo, I, II, etc.).</p> <p>Dê a cada tabela um título breve. Certifique-se de que quaisquer sobrescritos ou asteriscos sejam exibidos ao lado dos itens relevantes e que sejam exibidos como notas de rodapé na tabela, figura ou placa.</p>
Referências	<p>Todas as referências em seus manuscritos devem ser formatadas usando um dos nomes reconhecidos de Harvard. Você pode usar o estilo esmeralda de Harvard abaixo – fornecemos um guia detalhado. Quer usar um estilo diferente de Harvard? Tudo bem, nosso tipógrafo mudará como alterações em seu manuscrito ele for aceito. Certifique-se de verificar todas as suas referências quanto à precisão e consistência.</p> <p>Estilo de referência de Harvard da Esmeralda</p> <p>As referências a outras publicações em seu texto devem ser escritas a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autor único: (Adams, 2006) • Dois autores: (Adams e Brown, 2006) • Três ou mais autores: (Adams <i>et al.</i>, 2006) Observe que '<i>et al.</i>' deve ser sempre escrito em itálico.

	<p>Alguns outros pontos de estilo. Elas se aplicam tanto ao corpo principal do texto quanto à lista final de referências.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ao fazer as páginas em uma publicação, use 'p.(número da página)' para uma página única ou 'pp.(números da página)' para indicar um intervalo de páginas. • Os números das páginas devem sempre ser escritos por extenso, por exemplo, 175-179, não 175-9. • Quando aparecer pontos ou travessões no título de um artigo ou de livro, a letra que segue dois pontos ou travessões deve ser sempre capítulo minúsculo. • Ao citar um trabalho com vários editores, use a abreviatura 'Ed.s'. <p>No final do seu artigo, fornecerá uma lista de referências em ordem alfabética conforme as diretrizes de estilo abaixo. Quando um DOI estiver disponível, este deve ser incluído no final da referência.</p>
<i>Para livros</i>	Sobrenome, iniciais (ano), <i>título do livro</i> , editora, publicação local. por exemplo, Harrow, R. (2005), <i>No Place to Hide</i> , Simon & Schuster, Nova York, NY.
<i>Para capítulos de livros</i>	Sobrenome, iniciais (ano), "título do capítulo", sobrenome do editor, iniciais (Ed.), <i>título do livro</i> , editora, local de publicação, número das páginas. por exemplo, Calabrese, FA (2005), "Os primeiros caminhos: teoria à prática – um continuum", Stankosky, M. (Ed.), <i>Criando a Disciplina de Gestão do Conhecimento</i> , Elsevier, Nova York, NY, pp.15 -20.
<i>Para diários</i>	Sobrenome, iniciais (ano), "título do artigo", <i>nome do periódico</i> , número do volume, número das páginas. por exemplo, Capizzi, MT e Ferguson, R. (2005), "Tendências de fidelidade para o século XXI", <i>Journal of Consumer Marketing</i> , vol. 22 No. 2, pp.72-80.
<i>Para anais de conferências divulgadas</i>	Sobrenome, iniciais (ano de publicação), "título do artigo", no sobrenome do editor, iniciais (Ed.), <i>título do processo que pode incluir local e dados de realização</i> , editora, local de publicação, números de página. por exemplo, Wilde, C., S. e Cox, C. (2008), "Fred Principais destinos em vários projetos de desenvolvimento", "Richard, Patia A. & Ternel, M (Ed.s), <i>CAUTHE 2008: Onde diabos estamos?</i> , Griffith University, Gold Coast, Qld, pp.115-118.
<i>Para anais de conferências não divulgadas</i>	Sobrenome, iniciais (ano), "título do trabalho", trabalho apresentado em [nome da conferência], [data da conferência], [local da conferência], disponível em: URL se disponível gratuitamente na internet (data de acesso). eg Aumueller, D. (2005), "Semantic authoring and retrieval within a wiki", paper apresentado na European Semantic Web Conference (ESWC), 29 de maio a 1 de junho, Heraklion, Creta, disponível em: http://dbs.uni-leipzig.de/file/aumueller05wiksar.pdf (acessado em 20 de fevereiro de 2007).
<i>Para papéis de trabalho</i>	Sobrenome, iniciais (ano), "título do artigo", documento de trabalho [número se disponível], instituição ou organização, local de organização, dados. por exemplo, P. (Moizer, 003), "A pesquisa acadêmica publicada pode ser informada da decisões políticas: o caso informado de decisões de políticas", documento de trabalho, Leeds University Business School, University of Leeds, Leeds, 28 de março.
<i>Para entradas de enciclopédias (sem autor ou editor)</i>	<i>Título da enciclopédia</i> (ano), "título da entrada", volume, edição, título da enciclopédia, editora, local de publicação, números de página. por exemplo, <i>Encyclopaedia Britannica</i> (1926), "Psicologia do contato cultural", Vol. 1, 13ª

	ed., Encyclopaedia Britannica, Londres e Nova York, NY, pp.765-771. (para entradas de autoria, consulte as diretrizes do capítulo do livro acima)
<i>Para artigos de jornal (de autoria)</i>	Sobrenome, iniciais (ano), "título do artigo", <i>jornal</i> , data, números de página. por exemplo, Smith, A. (2008), "Money for old rope", <i>Daily News</i> , 21 de janeiro, pp.1, 3-4.
<i>Para artigos de jornal (sem autoria)</i>	<i>Jornal</i> (ano), "título do artigo", data, número das páginas. por exemplo, <i>Daily News</i> (2008), "Small change", 2 de fevereiro, p.7.
<i>Para arquivamento ou outras fontes não publicadas</i>	Sobrenome, iniciais (ano), "título do documento", manuscrito inédito, nome da coleção, registro de localização, nome do arquivo, arquivo do arquivo. por exemplo, Litman, S. (1902), "Mechanism & Technique of Commerce", manuscrito não publicado, Simon Litman Papers, série de registros 05/09/29 Box 3, Arquivos da Universidade de Illinois, Urbana-Champaign, IL.
<i>Para fontes eletrônicas</i>	Se disponível online, um URL deve ser fornecido ao final da referência, como os dados em que o recurso foi acessado. Sobrenome, iniciais (ano), "título da fonte eletrônica", disponível em: URL persistente (dados de mês de acesso ano). por exemplo, Weida, S. e Stolley, K. (2013), "Desenvolvendo declarações de teses fortes", disponível em: https://wl.english.purdue.edu/owl/resource/588/1/ (acessado 20 de junho de 2018) URLs proprietários no texto principal, aqueles ou dados, devem ser incluídos sem exclusividade como autor ou nota final (numeral entre romano entre colchetes dentro do texto seguido do endereço).
<i>Para dados</i>	Sobrenome, acessos iniciais (ano), <i>título do conjunto de dados</i> persistentes, disponível em: URL, (dados de mês ano). por exemplo, Campbell, A. e Kahn, RL (2015), <i>American National Election Study, 1948</i> , ICPSR07218-v4, Inter-university Consortium for Political and Social Research (distribuidor), Ann Arbor, MI, disponível em: https://doi.org/10.3886/ICPSR07218.v4 (acessado em 20 de junho de 2018)

Envie seu manuscrito

Há uma série de etapas importantes que você deve seguir para garantir um envio tranquilo e sem problemas.

Verifique seu manuscrito

Antes de enviar seu trabalho, é de sua responsabilidade verificar se o manuscrito está completo, gramaticalmente correto e sem erros ortográficos ou tipográficos. Alguns outros pontos importantes:

- Dê aos objetivos e escopo da revista uma leitura final. Seu manuscrito é definido um bom ajuste? Se não for, o editor pode recusá-lo sem revisão por pares.
- Seu manuscrito está de acordo com nossas [diretrizes de ética em pesquisa e publicação](#) ?
- descou todas as [permissões de publicação](#)omar ?
- Você aceita todos os requisitos de formatação estabelecidos nestas diretrizes do autor?
- O manuscrito contém alguma informação que possa ajudar o revisor a identificar-lo? Isso pode ocorrer o processo de revisão anônima por pares. Algumas dicas:
 - Precisa se referir ao seu próprio trabalho de pesquisa, use 'pesquisa anterior como 'nossa anterior' e não 'nossa pesquisa anterior'.

- Se você precisa consultar um trabalho não publicado, não incluindo seu próprio trabalho na lista de referências.
- Quaisquer agradecimentos ou biografias de autores devem ser enviados como arquivos separados.
- Realize uma verificação final para garantir que nenhum nome de autor seja construído em qualquer lugar do manuscrito. Isso inclui figuras ou legendas.

Você encontrará uma lista útil de verificação de submissão no site [Think.Check.Submit](#) .

O processo de submissão

Todos os manuscritos devem ser protegidos através de nosso sistema editorial pelo autor correspondente. Uma conta de autor separada é necessária para cada revista para qual você enviar. Se esta é a primeira vez que você envia para esta revista, por favor, escolha a opção Criar uma conta ou Cadastrar-se agora no sistema editorial. Se você já possui um login Emerald, pode reutilizar o nome de usuário e senha existentes aqui.

Observe que, na próxima vez que você fizer login no sistema, será solicitado seu nome de usuário. Este será o endereço de e-mail que você digitou quando configurar sua conta.

Não se esqueça de adicionar seu ID ORCID durante o processo de envio. Ele será incorporado ao seu artigo publicado, com um link para o registro, permitindo que você combine facilmente com outras pessoas seu trabalho.

Ainda não tem um? Leva apenas alguns momentos para [se registrar para um identificador ORCID gratuito](#) .

Durante o processo de submissão, você terá a oportunidade de indicar que deseja publicar seu artigo pela acesso aberto ouro.

Visite o [centro de suporte ScholarOne](#) para obter mais ajuda e orientação.

O que você pode esperar a seguir

Você receberá um e-mail automático do editor da revista, confirmando sua submissão bem-sucedida. Ele fornecerá um número de manuscrito, que será usado em todas as correspondências futuras sobre sua submissão. Se você tiver algum motivo para suspeitar que o e-mail de recepção pode ser fraudulento, entre em contato com nossa equipe de direitos em permissions@emeraldinsight.com

Postar envio

Processo de revisão e decisão

Cada submissão é verificada pelo editor. Nesta fase, eles podem optar por recusar ou cancelar o seu manuscrito ele não se encaixar nos objetivos e escopo da revista, ou se sentirem que a qualidade do manuscrito/manuscrito é muito baixa.

Veja eles acharem que podem ser adaptados para publicação, eles o enviarão a pelo menos dois pareceristas independentes para dupla dupla por pares. Depois que os revisores fornecerem seus comentários, o editor poderá decidir aceitar seu manuscrito, solicitar que sejam menores esses ou maiores ou seu trabalho.

Embora todos os periódicos trabalhem com prazos diferentes, o objetivo é que o editor o informe sobre sua primeira decisão em 60 dias.

Durante esse período, enviaremos atualizações automáticas sobre o andamento de seu manuscrito por meio de nosso sistema de envio, ou você poderá fazer login para verificar o status atual de seu artigo. Cada vez que entrarmos em contato com você, citaremos o número do manuscrito que você recebeu no momento da submissão. Se você receber um e-mail que não corresponde a esses critérios, pode ser fraudulento e recomendamos que você envie um e-mail para permissions@emeraldinsight.com.

Se seu envio for aceito

Acesso livre

Se você optou por publicar o acesso aberto ouro, este é o ponto em que você será solicitado a pagar a APC (taxa de processamento de artigos). Isso varia de acordo com o periódico e pode ser encontrado em nossa [lista de preços da APC](#) ou no sistema editorial no momento da submissão. Seu artigo publicado com uma licença de [usuário Creative Commons CC BY 4.0](#), que descreve como os leitores podem reutilizar seu trabalho.

Você deve fazer um 'depósito fechado' de seu manuscrito aceito em sua autorização institucional após a aprovação de seu artigo. Os artigos aceitos para publicação após 1º de abril de 2018 devem ser depositados o mais rapidamente, mas o mais tardar três meses após os dados de desenvolvimento. Para mais informações e orientações, consulte o site da [REF 2021](#).
direito autoral

Todos os autores aceitos recebem um e-mail com um link para um formulário de licença. Isso é selecionado quanto à precisão, por exemplo, se os detalhes de contato e afiliação estão selecionados corretamente e seu nome escrito corretamente, em seguida, devolvido eletronicamente. Se razão qual você não pode possuir nos direitos autorais, você deve definir isso com o editor de conteúdo do seu periódico. Você encontrará seus detalhes de contato na seção da equipe editorial acima.

Revisão e tipografia

Assim que recebermos seu formulário de licença preenchido, o artigo passará diretamente para o processo de produção. Realizaremos verificações editoriais, edição de texto e composição e, em seguida, retornaremos as provas (se você for o autor correspondente) para sua revisão. Esta é a sua oportunidade de corrigir erros tipográficos, erros gramaticais ou detalhes incorretos do autor. Não podemos aceitar pedidos para reescrever textos nesta fase.

Quando as provas de página são finalizadas, a versão impressa e revisada do registro é publicada online. Isso é conhecido como a versão EarlyCite. Embora um artigo EarlyCite ainda não tenha sido atribuído a um volume ou edição, ele possui um identificador de objeto digital (DOI) e é totalmente citável. Será compilado em fascículo de acordo com o calendário de fascículos da revista, sendo os artigos acrescentados por dados cronológicos de publicação.

Como compartilhar seu papel

[Visite nossa página de direitos autorais](#) para descobrir como você pode reutilizar e compartilhar seu trabalho.

Para encontrar dicas sobre como aumentar a visibilidade de seu artigo publicado, leia sobre [como promover seu trabalho](#).

Corrigindo imprecisões em seu artigo publicado

vezes, erros são considerados durante os processos de pesquisa, publicação e publicação. Quando esses problemas surgirem, temos a opção de retirar o documento ou apresentar um aviso de correção. Saiba mais sobre nossas [políticas de retirada e correção de artigos](#).

Precisa fazer uma definição na lista de autores? Veja nossas perguntas frequentes (FAQs) abaixo.

Perguntas frequentes

Existe uma taxa de submissão para uma revista?

Uma única vez que lhe pediremos dinheiro para publicar em um jornal Emerald é se você foi escolhido para publicar pela rota de acesso aberto ouro. Você será solicitado a pagar uma APC (taxa de processamento de artigos) assim que seu artigo for aceito (a menos que seja um periódico de acesso aberto).

[Leia sobre nossos APCs](#)

Em nenhum outro momento você será solicitado a contribuir financeiramente para a publicação de seu artigo. Se você não escolheu o acesso aberto ao ouro e receber um e-mail que parece ser Emerald, solicitando o pagamento para publicar, entre em contato com nossa equipe de direitos em permissions@sight.com

<p><i>Como posso me tornar um revisor de uma revista?</i></p>	<p>Entre em contato com o editor da revista, com uma cópia do seu CV. Você encontrará seus detalhes de contato na guia da equipe editorial nesta página.</p>
<p><i>Com quem devo entrar em contato se quiser saber em qual volume e edição meu trabalho aceito?</i></p>	<p>Normalmente, os artigos são adicionados a uma edição de acordo com dados de publicação. Se você quiser saber com antecedência em qual número seu artigo publicado, entre em contato com o editor de conteúdo da revista. Você encontrará seus detalhes de contato na guia da equipe editorial nesta página. Assim que seu artigo for publicado em uma edição, você será notificado por e-mail.</p>
<p><i>Com quem devo entrar em contato se tiver alguma dúvida sobre meu envio?</i></p>	<p>Por favor, envie um e-mail para o editor da revista – você encontre seus detalhes de contato na guia da equipe editorial nesta página. Se você suspeitar que um e-mail da Emerald pode não ser genuíno, fique à vontade para receber o editor de conteúdo encontrado na revista, com detalhes de contato que pode ser encontrado para o guia editorial nesta página. Como alternativa, você pode enviar um e -mail para nossa equipe de direitos .</p>
<p><i>O meu artigo é adequado para uma revista?</i></p>	<p>Se você tem seus objetivos na página inicial do periódico e ainda escopo na página inicial do periódico e ainda com a garantia de que seu artigo é adequado para o periódico, envie um e-mail ao editor e não inclua o título do seu artigo e o seu resumo tem. Eles aconselhamos sobre a do seu manuscrito. Você encontrará seus detalhes de contato na guia Equipe editorial nesta página.</p>
<p><i>Como faço para alterar a lista de autores após a submissão do manuscrito?</i></p>	<p>A ordem antes que os autores são de autoria e nenhum artigo deve ser acordado da submissão. Se você precisar fazer alguma alteração nas informações do autor que depois o artigo está em análise ou a seguir, analise sua solicitação e nós de perto como diretrizes de autoria do Comitê de Ética (COPE) . Também precisamos de uma declaração de cada autor confirmando sua concordância.</p>

ANEXO D - VERSÃO PARA REVISÃO DO ARTIGO 4 SUBMETIDO NA REVISTA**Pattern of illicit substance use and related factors among inmates
of a highly populated Brazilian prison complex**

Journal:	<i>International Journal of Prisoner Health</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Research Paper
Keywords:	Drug Habituation, Prison, Prisoners, Health in prison, Substance abuse, Public health

Journ

of
Prisoner

Health

3 **Research paper**

6 **Abstract**

7
8 **Purpose:** This study aimed to assess the pattern of illicit substance use and associated

10
11 factors among male inmates of a highly populated Brazilian prison complex. **Design:** a
12 cross-sectional study was carried out with a population-based sample of 756 adult male

14
15 prisoners. A semi-structured questionnaire was answered with the aid of a previously
16
17 trained interviewer. Chi-square tests and binary logistic regression were used to data
18

19
20
21 assessment. **Findings:** 49.5% of the inmates reported use during imprisonment.
22
23 Marijuana was the most common drug among illicit drug users (77.8%), followed by
24
25 crack and cocaine (1.9% and 0.3%, respectively). Over 20% of drug users presented

26
27 polydrug consumption pattern. The consumption of illicit substances was associated with

28
29 prisoner's gender identity ($p = 0.047$), marital status ($p < 0.001$), age ($p < 0.001$), income

30
31 ($p < 0.001$), tobacco and alcohol consumption ($p < 0.001$, for both correlations). Smoking,
32
34 alcohol consumption, younger age and not being in a relationship were associated with

35
36 an increased risk of consuming illicit drugs during imprisonment. **Originality:** In view
37
39 of the massive Brazilian prison population, it is necessary to investigate the health

40
41 conditions and habits of this population, the present study is part of the scarce literature
42
43 that investigates the patterns of illicit substance use using a significant and representative

44
45 sample of a Brazilian prison population. **Social implications:** In addition, it demonstrated
46
47 the State's inefficiency in controlling the circulation and use of drugs inside the prison
48
49 and in establishing public policies aimed at promoting health and targeting addiction.
50
51

52
53 **Keywords:** Drug Habituation; Prison; Prisoner.
54

ln

o

u

r

1
56

55

58
59
60

3 Introduction

The use of illicit drugs continues to pose a substantial threat to global health. In 2018, approximately 5.3% of the global population aged 15–64 years had used drugs at least once in the previous year, representing an increase of past-year prevalence of drug use by approximately 30% since 2009. Over the past two decades, drug use has increased dramatically more rapidly in developing countries, such as Brazil, than in developed countries (United Nations, 2020). Individuals who use illicit drugs are susceptible to severe health and social consequences such as mortality, morbidity, and criminality. The Global Burden of Disease Study estimated that, globally, in 2019, there were over 128.000 deaths and 5 million years of “healthy” life lost because of drugs use disorders (UW, 2019).

Most of the causes of incarceration worldwide are due to drug-related crimes, especially drug trafficking. The way countries manage and direct public policies addressing this issue determines the success in re-socializing individuals involved in these types of crimes. For this reason, in 2006, the Brazilian government reformulated public policies aimed at managing the issue of illicit drugs by, for example, punishing possession of drugs without deprivation of liberty, but not decriminalizing it, in addition to extinguishing detention and proposing alternative penalties, ranging from verbal warnings to the provision of community service for individuals caught carrying drugs for their own consumption. However, even if only those considered drug-traffickers should be arrested, the decision on who should be considered a drug-trafficker remains with the police authority that made the arrest. Although the Brazilian public ministry and judiciary are responsible for interpreting this decision, this can happen long after imprisonment (Ornell et al., 2020).

Despite bans, health and law professionals are regularly alarmed by the availability and use of illicit substances in jail (Rousselet et al., 2019). Drug users are over-represented in prisons and substance abuse is highly prevalent in prisoners, posing as one of the most important health problems affecting incarcerated persons. According with the United Nation's World Drug Report 31% of inmates admits having used drugs during incarceration at least once (United Nations, 2020). However, reliable data on drug use patterns among prisoners are scarce and difficult to interpret, due to the paucity of robust population-based studies and, in addition, the fear of confidentiality breaches, which can influence prisoners' responses, resulting in biased data.

The importance of research on the health of marginalized populations cannot be understated. It is imperative to study these vulnerable people needs to develop interventions to minimize individual and societal harm given the repercussions of drug use on the health of prisoners, and the association of substance use with violence among inmates, factors that may harm the resocialization process, the main objective of incarceration (Ryan et al., 2019). Thus, the present study aimed to assess the pattern of illicit substance use and associated factors among male inmates of a highly populated Brazilian prison complex.

Methods

This study complied with all the requisites of the National Health Council Resolution 466/12 and the Declaration of Helsinki. This study was approved by the local Research Ethics Committee, confirmed by report N°.2.159.052. An observational study was carried out with a cross-sectional design, in the municipality of Recife, capitol of the state of Pernambuco. The participants were male inmates of the Curado Prison Complex, one of the largest in population in Brazil, which houses and consists of three prison units (PU).

1
2
3 A sample calculation was made, considering an error of 5%, Confidence Interval of
4
5 95%, and Test Power of 80%. As there were no data on the prevalence of substance use
6
7 among male prisoners in previous studies of the Brazilian northeastern region, an
8
9 estimated prevalence of 20% was adopted (Mendes dos Santos et al., 2014). This resulted
10
11 in an initial sample of 599 individuals, with an additional 20% to compensate for possible
12
14 losses, totaling 748 participants.
15
16
17

18 Sampling by proportionality was performed in view to including the three prison
19
20 units (PUs) of the Curado Complex. The number of individuals in the sample in each PU
21
22 was calculated to maintain the representativeness relative to the population of the
23
24 complex. Therefore, the prisoners were divided as follows: 320 for PU 1, 214 for PU 2,
25
26 and 214 for PU 3. This division was proportional to the population (number of people)
27
29 imprisoned in each unit. At the end of the research, a total of 756 incarcerated people had
30
31 been interviewed. In unit 1, 324 prisoners, in units 2 and 3, 216 individuals were
32
33 interviewed, each.
34
35
36

37 Prisoners were recruited drawing their entry record charts that were filled out when
38
39 they were taken into custody. These documents remained filed in the unit, even after they
40
41 had been released from prison. A semi-structured questionnaire was answered with the
42
43 aid of a previously trained interviewer. In this study, illegal drug use was considered for
44
45 illegal substance consumption at least once a month (Khalooei et al., 2016). The monthly
46
47 income was analyzed according to the national minimum wage in Brazil.
48
49

50 The inmates included in the research were those aged between 18 and 70 years,
51
52 who were willing to participate in the study. Excluded from the study were those who had
53
54 been transferred to the prison health unit. All participants were informed about all aspects
55
56 of the study prior to providing informed consent, including that they were not obliged to
57
58
59
60

participate, that they were free to withdraw from the study at any time, and that their information would remain anonymous.

The data obtained in this Research were submitted to statistical analysis with the aid of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS - version 23.0 software program). Descriptive statistics were used to characterize the sample and obtain frequencies and means of the study variables. Chi-square test was used to compare groups. Finally, the variables that showed significant correlation in the dichotomous analysis test, were adjusted in a binary logistic regression model, to identify whether the studied variables were predictors of illicit drugs use during imprisonment. All tests were applied considering an error of 5% and the confidence interval of 95%.

Results

Among the 756 prisoners assessed, 82.4% reported receiving up to 1 minimum wage, 62% had been in prison for more than 1 year, 64.2% was not in a relationship, and only 2.8% identified themselves as female, as shown in table 1.

Regarding the self-perceived health status, 75.63% of prisoners declared themselves healthy, less than 30% reported being under some type of medical treatment or using prescribed medication. Smoking and alcohol use were observed in 42.7% and 31% of participants, respectively.

INSERT TABLE I HERE

About the use of illicit drugs, 49.5% of the inmates reported use during imprisonment. Marijuana was the most common drug among illicit drug users (77.8%), followed by distance for crack and cocaine (1.9% and 0.3%, respectively). Polydrug use pattern was reported by 20.1% of drug users. An association was identified between the consumption of illicit substances and the prisoner's gender identity ($p = 0.047$), marital

status ($p < 0.001$), age ($p < 0.001$), income ($p < 0.001$), tobacco and alcohol consumption ($p < 0.001$, for both correlations), as shown in table 2.

INSERT TABLE II HERE

Individuals who use more than one type of illicit drug were more likely to present a negative self-perception of their health status when compared to individuals who use only one illicit substance ($p = 0.007$), in addition to using more prescribed medications ($p = 0.006$) and being more under medical treatments ($p = 0.006$). Polydrug use pattern inmates were also more likely to smoking and alcohol consumption ($p < 0.001$, for both correlations), as shown in table 3.

INSERT TABLE III HERE

Binary logistic regression resulted in a statistically significant model for the variables use of tobacco, use of alcohol, age, and marital status. Where tobacco and alcohol consumption habits, being aged under 27 and not being in a relationship were associated with an increased risk of consuming illicit drugs during imprisonment. The variables that describe this relationship are shown in table 4.

INSERT TABLE IV HERE

Discussion

It is well-known that the prevalence of drug use among prison populations is remarkably high worldwide (Mendes dos Santos et al., 2014). A recent systematic review reported a prevalence ranging 16 to 51% among male prisoners (Fazel et al., 2017). In the present study the prevalence found was 49.5%. A higher prevalence of drug use is found among prison inmates than among the general population (Kanato, 2008), however, the lack of robust population-based studies on illicit drug consumption behavior among

1
2
3 imprisoned or even general population on the northeast region of Brazil impairs a more
4
5 concise comparison between the prevalence of this habit.
6

7
8 Smoking and alcohol consumption was higher among illicit drugs users (table 2).
9

10
11 Polydrug users showed a higher prevalence of tobacco and alcohol consumption when
12 compared to prisoners who use only one type of illicit substance (table 3). In addition,
13 smokers and alcohol-drinkers were over 3-fold and 2-fold more likely to use drugs during
14
15 incarceration, respectively (table 4). These findings demonstrate a consumption pattern
16
17 where there is an association of substances, deepening the social and health consequences
18
19 attributed to the use of these drugs. Substance use is reported as one of the factors
20
21 associated with the difficulty of individuals to achieve resocialization (Chamberlain et
22
23 al., 2019).
24
25

26
27 In the present investigation lower income and younger age were associated with
28
29 higher prevalence of illicit drugs consumption. These findings connect the problem of
30
31 drug use in the Brazilian prisons with the inequalities of the Brazilian society, where the
32
33 peripheral and less-favored youth are commonly criminalized and incarcerated (Gama-
34
35 Araujo et al., 2020). Our data demonstrate how ingrained the social issue is the in illegal
36
37 drug's use in the country and corroborate with the 2020' World Drug Report that
38
39 associates the observed increase in drugs use in developing countries, commonly marked
40
41 by social inequalities, by the proliferation of these habits among young people, which
42
43 represent a more significant portion of the population in these countries than in developed
44
45 nations (Nations, 2020).
46
47
48
49
50

51
52 The lack of opportunities, social support network, a well-structured family and
53
54 access to basic items such as education and health are sometimes associated with early
55
56 involvement in crime (Soares Filho and Bueno, 2016), just as these same factors have
57
58 previously been associated with the use of illegal substances (Baptiste-Roberts and
59
60

Hossain, 2018), therefore, the management of the problem of illicit drugs consumption must go through the debate and elaboration of public policies that reduce social inequalities and create opportunities and life perspectives to the peripheral young people, so that it is possible for them to detach themselves from the reality of crime and addictions to which they are exposed.

Sexual and gender identity minorities are often stigmatized and conditioned to a reality of social exclusion that can lead to crime and drug addiction (Chaudhry & Reisner, 2019). Few studies address this topic, especially from the perspective of social determination of health, and how sexuality and gender identity in the prison environment can influence health-related behaviors (Brinkley-Rubinstein et al., 2018). Our findings revealed that the use of illicit drugs among transgender prisoners was greater than 70%. This prevalence may be even greater, given the underreporting of non-heterosexual behavior or gender identity that we believe to have happened since according to the Brazilian Ministry of Women, Family and Human Rights, more reliable monitoring of non-heterosexual behavior and gender identity occurs when individuals are confident about their security and belief in the preservation of their integrity in the face of the externalization of this behavior (BRASIL, 2020), what is not expected in the Brazilian prison environment that is marked by violence.

Prisoners exhibit several medical and mental health conditions at higher rates compared to those of the general population (Yu et al., 2015). The current study examined perceived health status by prisoners during incarceration and its association with drugs use, a largely neglected topic. More than 75% of prisoners reported being healthy, less than 30% claimed to be using prescription medications or being under medical treatment. However, among Polydrug consumption individuals the perception of a state of healthiness drops to 64% and the use of prescribed medications and the need to undergo

1
2
3 medical treatment goes up to 40%. These findings reflect the degree of the health status
4
5
6 degradation associated with a more aggressive pattern of illicit drugs consumption, which
7
8 corroborate previous studies that associate the use of drugs with higher levels of medical
9
10 comorbidities and lower self-perceived health status (Aden et al., 2015; Ignatyev et al.,
11
12 2019; Yu et al., 2015).

13
14
15 Our findings showed that 62% of individuals who were in a relationship were not
16
17 using illicit substances while more than half of single inmates (55.9%) claimed to use
18
19 drugs. Being out of an affective relationship represented a 1.6-fold greater risk of making
20
21 use of illegal substances during imprisonment. This fact may be associated with a greater
22
23 perception of social and emotional support found by individuals who were in an affective
24
25
26 relationship, since previous studies conducted with prisoners identified these factors as
27
28 protective against substance abuse in prison (Caravaca-Sánchez & García-Jarillo, 2020;
29
30 Nargiso et al., 2014).

31
32
33 The primary limitation of this study design is that bias of information was expected
34
35 regarding the self-report of illicit drugs use. The guarantee of anonymity and the use of a
36
37 private room to collect information were factors that contributed to the control of this
38
39 bias.
40
41
42

43 44 **Conclusions**

45
46
47 The prevalence of illicit drug use by male prisoners was high. Polydrug use pattern
48
49 often accompanies the consumption of alcohol and tobacco. These findings reflect the
50
51 need to direct public policies toward a better management of the issue of illicit drugs in
52
53 prison, aiming to minimize the harm on prisoner's life, health, and re-socialization that
54
55
56 these behaviors can pose.
57
58
59
60

9 References

Aden, B., Dunning, A., Nosyk, B., Wittenberg, E., Bray, J. W., & Schackman, B. R. (2015). Impact of Illicit Drug Use on Health-Related Quality of Life in Opioid-Dependent Patients Undergoing HIV Treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 70(3), 304-310. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000768>

Baptiste-Roberts, K., & Hossain, M. (2018). Socioeconomic Disparities and Self-reported Substance Abuse-related Problems. *Addict Health*, 10(2), 112-122. <https://doi.org/10.22122/ahj.v10i2.561>

Brazil. (2020). *LGBT nas prisões do Brasil: Diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento*. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

Brinkley-Rubinstein, L., Peterson, M., Arnold, T., Nunn, A. S., Beckwith, C. G., Castonguay, B., Junious, E., Lewis, C., & Chan, P. A. (2018). Knowledge, interest, and anticipated barriers of pre-exposure prophylaxis uptake and adherence among gay, bisexual, and men who have sex with men who are incarcerated. *PLoS One*, 13(12), e0205593. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205593>

Caravaca-Sánchez, F., & García-Jarillo, M. (2020). Perceived social support, resilience, and consumption of psychoactive substances amongst inmates in prisons. *Rev Esp Saude Penit*, 22(2), 75-79. <https://doi.org/10.18176/resp.00013>

Chamberlain, A., Nyamu, S., Aminawung, J., Wang, E. A., Shavit, S., & Fox, A. D. (2019). Illicit substance use after release from prison among formerly incarcerated primary care patients: a cross-sectional study. *Addict Sci Clin Pract*, 14(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0136-6>

Chaudhry, A. B., & Reisner, S. L. (2019). Disparities by Sexual Orientation Persist for Major Depressive Episode and Substance Abuse or Dependence: Findings from a National Probability Study of Adults in the United States. *LGBT Health*, 6(5), 261-266. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0207>

University of Washington – UW. (2019). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). Available at: <http://www.healthdata.org/gbd/2019> (accessed 10 may 2021)

Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739. <https://doi.org/10.1111/add.13877>

Gama-Araujo, I. S., Bezerra Filho, J. G., Kerr, L., Kendall, C., Macena, R. H. M., Mota, R. S., Ferreira, M., & Pires Neto, R. d. J. (2020). Physical violence inside female prisons in Brazil: prevalence and related factors. *Ciência & Saude Coletiva*, 25, 623-632.

1
2
3 Ignatyev, Y., Baggio, S., & Mundt, A. P. (2019). The Underlying Structure of Comorbid
Mental Health and Substance Use Disorders in Prison Populations. *Psychopathology*,

5
6
7 52(1), 2-9. <https://doi.org/10.1159/000495844>

8
9
10 Kanato, M. (2008). Drug use and health among prison inmates. *Curr Opin Psychiatry*,
11 21(3), 252-254. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282fc985c>
12 Khalooei, A., Mashayekhi-Dowlatabad, M., Rajabalipour, M. R., & Iranpour, A. (2016).
13 Pattern of Substance Use and Related Factors in Male Prisoners. *Addict Health*, 8(4), 227-
14 234.

15
16 Mendes dos Santos, M., Quintana, M. I., Moreira, F. G., Taborda, J. G., Mari Jde, J., &
17 Andreoli, S. B. (2014). Drug-related disorders and the criminal and clinical background
18 of the prison population of Sao Paulo State, Brazil. *PLoS One*, 9(11), e113066.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113066>

19
20
21 Nargiso, J. E., Kuo, C. C., Zlotnick, C., & Johnson, J. E. (2014). Social support network
22 characteristics of incarcerated women with co-occurring major depressive and substance
23 use disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(2), 93-105.
<https://doi.org/10.1080/02791072.2014.890766>

24
25
26
27 United Nations - UN (2020). World Drug Report 2020. Vienna Retrieved from
https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_1.pdf
28
29 Ornell, F., Stock, B. S., Scherer, J. N., Ornell, R., Ligabue, K. P., Narvaez, J. C. M.,
30 Dalbosco, C., Dotta, R. M., Telles, L. B., Pechansky, F., von Diemen, L., & Kessler, F.
31 H. P. (2020). High rates of incarceration due to drug trafficking in the last decade in
32 southern Brazil. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42, 153-160.

33
34
35
36 Rousselet, M., Guerlais, M., Caillet, P., Le Geay, B., Mauillon, D., Serre, P., Chameau,
37 P. Y., Bleher, Y., Mounsande, S., Jolliet, P., & Victorri-Vigneau, C. (2019). Consumption
38 of psychoactive substances in prison: Between initiation and improvement, what
39 trajectories occur after incarceration? COSMOS study data. *PLoS One*, 14(12),
40 e0225189. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225189>

41
42 Ryan, J. E., Smeltzer, S. C., & Sharts-Hopko, N. C. (2019). Challenges to Studying Illicit
43 Drug Users. *J Nurs Scholarsh*, 51(4), 480-488. <https://doi.org/10.1111/jnu.12486>

44
45
46 Soares Filho, M. M., & Bueno, P. M. M. G. (2016). Demografia, vulnerabilidades e
47 direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1999-
48 2010.

49
50
51 Yu, S. S., Sung, H. E., Mellow, J., & Koenigsmann, C. J. (2015). Self-perceived health
52 improvements among prison inmates. *J Correct Health Care*, 21(1), 59-69.
<https://doi.org/10.1177/1078345814558048>
53
54
55
56
57
58
59
60

In

1
59

u
r

60

Table I. Sociodemographic data, drug use prevalence and health status of incarcerated

Variables	N (%)
Gender identity	
Male	735 (97.2%)
Female	21 (2.8%)
Marital status	
Not in a relationship (Single/Widower/Divorced)	485 (64.2%)
In a relationship (Married/Dating)	271 (35.8%)
Monthly income†	
Up to 1	623 (82.4%)
Over 1	133 (17.6%)
Prison time	
Up to 1 year	287 (38%)
Over 1 year	469 (62%)
Self-reported Health Status	
Healthy	569 (75.63%)
Ill	187 (24.7%)
Under Medical Treatment	
Yes	210 (27.8%)
No	546 (72.2%)
Use of prescription drugs	
Yes	209 (27.6%)
No	547 (72.4%)
Use of tobacco	
Yes	323 (42.7%)
No	433 (57.3%)
Use of alcohol	
Yes	234 (31%)
No	522 (69%)
Use of illicit drugs	
Yes	374 (49.5%)
No	382 (50.5%)

†In minimum wages (approximately 200 USD)

Table II. Correlation of socioeconomic data and health status with use of illicit drugs.

Variables	Illicit drugs use		p-value	OR (IC)
	YES	NO		
Gender identity				
Male	359 (48.8%)	376 (51.2%)	0.047*	0.382
Female	15 (71.4%)	6 (28.6%)	(0.147- 0.995)	
Age				
Up to 27	245 (61.4%)	154 (38.6%)	<0.001*	2.812
Over 27	129 (36.1%)	168 (63.9%)	(2.093 –3.778)	
Marital status				
Not in a relationship (Single/Widower/Divorced)	271 (55.9%)	214 (44.1%)	<0.001*	2.066
In a relationship (Married/Dating)	103 (38%)	228 (62%)	(1.524 –2.799)	
Monthly income				
Up to 1	326 (52.3%)	297 (47.7%)		1.944
2 to 4	48 (36.1%)	85 (63.9%)	0.001*	(1.320 -2.863)
Prison time				
Up to 1 year	229 (48.8%)	240 (51.2%)	(0.789 -1.436)	
Over 1 year	145 (50.5%)	142 (49.5%)	0.654	1.070
Self-reported Health Status				
Healthy	285 (50.1%)	284 (49.9%)	0.557	0.905
Ill	89 (47.6%)		(0.650 –1.260)	
Treatment				
Undergoing Medical				
Yes	102 (48.6%)	108 (51.4%)	0.808	0.951
No	272 (49.8%)	274 (50.2%)	(0.692- 1.308)	
Use of prescription drugs				
Yes	101 (48.3%)	108 (51.7%)	0.745	0.939
No	273 (49.9%)	274 (50.1%)	(0.682 -1.291)	
Use of tobacco				
Yes	230 (42.7%)	93 (28.8%)	<0.001*	4.963
No	144 (33.3%)	289 (66.7%)	(3.629 -6.788)	
Use of alcohol				
Yes	166 (70.9%)	68 (29.1%)	<0.001*	3.685

*Statistically significant (Chi-square test)

In
r

Table III. Correlation of socioeconomic data and health status with the pattern of illicit

Variables	Pattern of illicit drugs use		p-value	OR (IC)
	One type (n=299)	Polydrug (n=75)		
Gender identity				
Male	294 (98.3%)	65 (86.7%)	<0.001* (2.991-27.357)	9.046
Female	5 (1.7%)	10 (13.3%)		
Age				
Up to 27	198 (66.2%)	47 (62.7%)	0.588 (0.690 –1.976)	1.168
Over 27	101 (33.8%)	28 (37.3%)		
Marital status				
Not in a relationship (Single/Widower/Divorced)	213 (71.2%)	58 (77.3%)	0.315	0.726 (0.400 –1.317)
In a relationship (Married/Dating)	86 (28.8%)	17 (22.7%)		
Monthly income†				
Up to 1	259 (86.6%)	67 (89.3%)	0.571	0.773 (0.346 -1.730)
2 to 4	40 (13.4%)	8 (10.7%)		
Prison time				
Up to 1 year	115 (38.5%)	30 (40%)	0.895	0.938 (0.559 -1.573)
Over 1 year	184 (61.5%)	45 (60%)		
Self-reported Health Status				
Healthy	237 (79.3%)	48 (64%)	0.007	0.465 (0.269 –0.805)
Ill	62 (20.7%)	27 (36%)		
Undergoing Medical Treatment				
Yes	72 (24.1%)	30 (40%)	0.006*	0.476 (0.279- 0.810)
No	227 (75.9%)	45 (60%)		
Use of prescription drugs	71 (23.7%)	30 (40%)	0.006*	0.467 (0.274-0.796)
Use of tobacco	228 (73.5%)	45 (60%)		
Yes	157 (52.5%)	73 (97.3%)	<0.001*	0.030 (0.007 – 0.126)
No	142 (47.5%)	2 (2.7%)		
Use of alcohol				
Yes	108 (36.1%)	58 (77.3%)	<0.001*	0.166 (0.092– 0.299)
No	191 (63.9%)	17 (22.7%)		

*Statistically significant (Chi-square test)

Table IV. Binary logistic regression according to use of illicit drugs

	Variables in the equation						95% IC for OR	
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	OR	Lower	Upper
Use of tobacco	1.192	0.184	41.825	1	>0.001	3.293	2.295	4.726
Use of Alcohol	0.714	0.202	12.500	1	>0.001	2.042	1.375	3.034
Age (Up to 27)	0.908	0.165	30.462	1	>0.001	2.481	1.797	3.425
Marital status (Not in a	0.484	0.172	7.896	1	0.005	1.623	1.158	2.276
Constant	-1.769	0.189	87.337	1	>0.001	0.171		

ANEXO E – NORMAS DA REVISTA DO ARTIGO 4

Submission Guidelines

- Prisoners and former prisoners are encouraged to submit papers, collaborative essays, discussions transcribed from tape, book reviews, and photo or graphic essays.
- The Journal will not publish any subject matter that advocates hatred, sexism, racism, violence or that supports the death penalty.
- The Journal does not publish material that usually focuses on the writer's own legal case, although the use of the writer's personal experiences as an illustration of a broader topic is encouraged.
- The Journal does not usually publish fiction and does not generally publish poetry.
- Illustrations, drawings and paintings may be submitted as potential cover art.
- Articles should be no longer than 20 pages typed and double-spaced or legibly handwritten. Electronic submissions are gratefully received.
- Writers may elect to write anonymously or under a pseudonym.
- For references cited in an article, writers should attempt to provide the necessary bibliographic information. Refer to the references cited in past issues for examples.
- Editors look for developed pieces that address topics substantially. Manuscripts go through a preliminary reading and then are sent to review by the Editorial Board. Those that are of suitable interest are returned to the author with comments or suggestions. Editors work with writers on composition and form, and where necessary may help the author with referencing and bibliographic information not readily available in prisons. Selected articles are returned to authors for their approval before publication. Papers not selected are returned with comments from the editor. Revised papers may be resubmitted.
- Please submit biographical and contact information, to be published alongside articles unless otherwise indicated.
- If interested in making a submission we appreciate the enclosure of a brief abstract, with clear and accurate contact details for the author.

ANEXO F - NORMAS DA REVISTA DO ARTIGO 5

Diretrizes do autor

1. O Journal of Clinical Periodontology agora oferece **submissão em formato gratuito** para um processo de submissão simplificado e simplificado. [Leia mais aqui](#).

Seções

1. [Submissão](#)
2. [Objetivos e Escopo](#)
3. [Categorias e Requisitos do Manuscrito](#)
4. [Preparação da Submissão](#)
5. [Políticas Editoriais e Considerações Éticas](#)
6. [Licenciamento do Autor](#)
7. [Processo de Publicação Após Aceitação](#)
8. [Pós-Publicação](#)
9. [Escritório Editorial Detalhes de Contato](#)

1. SUBMISSÃO

Novas submissões devem ser feitas através do portal de submissão do Research Exchange <https://wiley.atyponrex.com/journal/JCPE>. Caso seu manuscrito prossiga para a etapa de revisão, você será direcionado para fazer suas revisões através do mesmo portal de submissão. Você pode verificar o status do seu envio a qualquer momento acessando submit.wiley.com e clicando no botão "Meus envios". Para obter ajuda técnica com o sistema de envio, consulte nossas Perguntas frequentes ou entre em contato com submithelp@wiley.com.

3. Proteção de dados

Ao enviar um manuscrito ou revisar para esta publicação, seu nome, endereço de e-mail e afiliação, e outros detalhes de contato que a publicação possa exigir, serão usados para as operações regulares da publicação, incluindo, quando necessário, compartilhamento com o editor (Wiley) e parceiros para produção e publicação. A publicação e o editor reconhecem a importância de proteger as informações pessoais coletadas dos usuários na operação desses serviços e têm práticas para garantir que sejam tomadas medidas para manter a segurança, integridade e privacidade dos dados pessoais coletados e processados. Você pode saber mais em <https://authorservices.wiley.com/statements/data-protection-policy.html>.

4. Política de pré-impressão

Por favor, encontre a política de pré-impressão da Wiley aqui.

Esta revista aceita artigos publicados anteriormente em servidores de pré-impressão.

O *Journal of Clinical Periodontology* considerará artigos de revisão previamente disponíveis como preprints. Os autores também podem postar a versão submetida de um manuscrito em um servidor de pré-impressão a qualquer momento. Os autores são solicitados a atualizar todas as versões pré-publicação com um link para o artigo final publicado.

Para obter ajuda com envios, entre em contato: cpeedoffice@wiley.com

2. OBJETIVOS E ESCOPO

O objetivo do *Journal of Clinical Periodontology* é fornecer uma plataforma para o intercâmbio de progresso científico e clínico no campo da periodontologia e disciplinas afins, e fazê-lo no mais alto nível possível. A Revista também visa facilitar a aplicação de novos conhecimentos científicos à prática diária das disciplinas em questão e dirige-se tanto a clínicos como a membros da comunidade acadêmica.

A Revista é a publicação oficial da Federação Europeia de Periodontia, mas atende a um público internacional publicando contribuições de alto mérito científico nas áreas de periodontia e implantodontia. A revista aceita um amplo espectro de trabalhos originais caracterizados como clínicos ou pré-clínicos, básicos ou translacionais, bem como revisões autorizadas e anais de importantes workshops científicos. O escopo da revista abrange a fisiologia e patologia dos tecidos periodontais e periimplantares, a biologia e a modulação da cicatrização e regeneração de tecidos periodontais e periimplantares, o diagnóstico, etiologia, epidemiologia, prevenção e terapia de doenças periodontais e periimplantares. e condições, a associação de infecção/inflamação periodontal e saúde geral,

3. CATEGORIAS E REQUISITOS DO MANUSCRITO

O Journal of Clinical Periodontology publica artigos de pesquisa originais, revisões, relatórios de inovação clínica e relatos de casos. Estes últimos serão publicados apenas se fornecerem novos conhecimentos fundamentais e se usarem uma linguagem compreensível para o clínico. Espera-se que qualquer manuscrito submetido represente uma pesquisa original não publicada.

5. eu. Artigos de pesquisa originais

Artigos de pesquisa originais devem descrever observações experimentais significativas e originais e fornecer detalhes suficientes para que as observações possam ser avaliadas criticamente e, se necessário, repetidas. Os artigos originais serão publicados sob o título de periodontologia clínica, implantodontia ou ciências pré-clínicas e devem estar de acordo com os mais altos padrões internacionais na área.

Limite de palavras: máximo de 3.500 palavras, excluindo referências.

Resumo: máximo de 200 palavras; devem ser estruturados, sob os subtítulos: Objetivo(s), Materiais e métodos, Resultados, Conclusão(ões).

Figuras/Tabelas: Total de no máximo 7 figuras e tabelas.

Introdução: deve ser focada, delineando as origens históricas ou lógicas do estudo e não resumindo os resultados; revisões exaustivas da literatura não são apropriadas. Deve terminar com a declaração explícita dos objetivos específicos da investigação.

Material e Métodos: devem conter detalhes suficientes para que, em combinação com as referências citadas, todos os ensaios clínicos e experimentos relatados possam ser reproduzidos integralmente. Como condição de publicação, os autores são obrigados a disponibilizar gratuitamente os materiais e métodos utilizados aos pesquisadores acadêmicos para seu próprio uso. Isso inclui anticorpos e os construtos usados para fazer animais transgênicos, embora não os próprios animais.

Resultados: devem apresentar as observações com referência mínima à literatura anterior ou a possíveis interpretações.

Discussão: pode ser útil começar com um breve resumo dos principais achados, mas a repetição de partes do resumo ou da seção de resultados deve ser evitada. A seção de discussão deve terminar com uma breve conclusão e um comentário sobre a potencial relevância clínica dos achados. As declarações e a interpretação dos dados devem ser adequadamente apoiadas por referências originais.

A discussão pode ser estruturada com os seguintes pontos em mente (modificado da proposta de **Richard Horton (2002). The Hidden Research Paper. The Journal of the American Medical Association. 287, 2775-2778**). Nem todos os pontos se aplicam a todos os estudos e seu uso é opcional, mas acreditamos que melhorará a seção de discussão para manter esses pontos em mente.

Resumo das principais descobertas

Medida(s) de resultado primário

Medida(s) de resultado secundário

Resultados relacionados a uma hipótese anterior Pontos

fortes e limitações do estudo

Pergunta de estudo Design

de estudo Coleção de

dados Análise

Interpretação

Possíveis efeitos do viés nos resultados

Interpretação e Implicações no Contexto da Totalidade da Evidência

Existe uma revisão sistemática para consultar?

Se não, poderia ser razoavelmente feito aqui e agora?

O que este estudo acrescenta às evidências disponíveis Efeitos no atendimento ao paciente e na política de saúdePossíveis mecanismos

Controvérsias Levantadas por Este Estudo Direções de Pesquisas Futuras

Para esta colaboração de pesquisa específica
Mecanismos subjacentes
Pesquisa Clínica

ii. Relatórios de inovação clínica

Os Relatórios de Inovação Clínica são adequados para descrever melhorias significativas na prática clínica, como o relato de uma nova técnica cirúrgica, um avanço na tecnologia ou abordagens práticas para desafios clínicos reconhecidos. Eles devem estar em conformidade com os mais altos padrões de prática científica e clínica.

Limite de palavras: máximo de 3.000 palavras, excluindo referências.

Texto principal: deve ser organizado com Introdução; Relatório de Inovação Clínica; Discussão e conclusão.

Figuras/Tabelas: Total de no máximo 12 figuras e tabelas.

iii. Relatos de Caso

Relatos de Caso que ilustrem observações incomuns e clinicamente relevantes são aceitáveis, mas seu mérito precisa fornecer alta prioridade para publicação no Journal. Em raras ocasiões, serão considerados casos concluídos que apresentem soluções não óbvias para desafios clínicos significativos.

Texto principal: deve ser organizado com Introdução; Relato de caso; Discussão e conclusão.

4. Revisões e Revisões Sistemáticas

A Revista publica principalmente revisões convidadas ou revisões sistemáticas por especialistas na área.

As revisões sistemáticas não solicitadas podem ser consideradas nas seguintes condições:

1. Na carta de submissão, os autores articulam de forma convincente a novidade dos achados e o impacto potencial da revisão na prática clínica, política ou pesquisa.
2. Há evidências suficientes geradas por estudos de alta qualidade/grande tamanho de amostra que têm o potencial de modificar as conclusões apoiadas por revisões sistemáticas publicadas até o momento.
3. Se não for uma revisão Cochrane, a revisão sistemática foi registrada prospectivamente no PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>).

Limite de palavras: máximo de 4.000 palavras, excluindo referências.

Texto principal: deve ser organizado com Introdução; Análise; Discussão e conclusão.

6. Revisões e reenvios

Observe que todas as revisões e reenvios de artigos também devem incluir uma refutação separada e um documento de alterações controladas para auxiliar na revisão por pares.

4. PREPARAÇÃO DA SUBMISSÃO

Envio de formato livre

O *Journal of Clinical Periodontology* agora oferece submissão em formato gratuito para um processo de submissão simplificado e simplificado.

Antes de enviar, você precisará de:

Seu manuscrito: pode ser um único arquivo, incluindo texto, figuras e tabelas, ou arquivos separados – o que você preferir. Todas as seções obrigatórias devem estar contidas em seu manuscrito, incluindo uma página de título com todos os detalhes do autor, incluindo afiliações e endereços de e-mail, uma declaração de relevância clínica, resumo, introdução, métodos, resultados e conclusões. Figuras e tabelas devem ter legendas. As referências podem ser submetidas em qualquer estilo ou formato, desde que consistentes em todo o manuscrito. Se o manuscrito, figuras

ou tabelas forem difíceis para você ler, também serão difíceis para os editores e revisores. Se o seu manuscrito for difícil de ler, o escritório editorial pode enviá-lo de volta para você para revisão.

(Por que isso é importante? Precisamos garantir que seu manuscrito seja adequado para revisão.)

Declarações relacionadas às nossas políticas de ética e integridade:

Divulgação de conflito de interesse

Declaração da fonte de financiamento

Declaração de aprovação ética

Declaração de consentimento do paciente (se apropriado)

permissão para reproduzir material de outras fontes

Um formulário de Conflito de Interesse separado para cada autor.
(Por que isso é importante? Precisamos manter padrões éticos rigorosos para a pesquisa que consideramos para publicação.)

Seus detalhes de coautor, incluindo afiliação e endereço de e-mail. *(Por que isso é importante?*

Precisamos manter todos os coautores informados sobre o resultado do processo de revisão por pares.)

Um ORCID ID, disponível gratuitamente em <https://orcid.org>. *(Por que isso é importante? Seu artigo, se aceito e publicado, será anexado ao seu perfil ORCID. Instituições e financiadores estão cada vez mais exigindo que os autores tenham IDs ORCID.)*

Para enviar, faça login em <https://mc.manuscriptcentral.com/icpe> e crie um novo envio. Siga as etapas de envio conforme necessário e envie o manuscrito.

7. Se você for convidado a revisar seu manuscrito após a revisão por pares, o periódico também solicitará que o manuscrito revisado seja formatado de acordo com os requisitos do periódico, conforme descrito abaixo.

Cartas de apresentação

Uma carta de apresentação é obrigatória e deve ser assinada pelo autor correspondente. É necessário confirmar que o trabalho submetido é (i) original, (ii) não está atualmente sob consideração para publicação em outro lugar e (iii) está em conformidade com todas as regras estipuladas pela Revista.

8. Partes do Manuscrito

Os manuscritos podem ser enviados como um único documento (contendo o texto principal, tabelas e figuras), ou com figuras e tabelas fornecidas como arquivos separados. Caso seu manuscrito atinja o estágio de revisão, as figuras e tabelas devem ser fornecidas como arquivos separados. O arquivo principal do manuscrito pode ser submetido no formato Microsoft Word (.doc ou .docx).

9. Arquivo de texto principal

Seu arquivo de documento principal deve incluir:

- i. Um título informativo curto contendo as principais palavras-chave. O título não deve conter abreviaturas;
- ii. Os nomes completos dos autores com filiação institucional onde o trabalho foi realizado, com uma nota de rodapé para o endereço atual do autor se for diferente de onde o trabalho foi realizado;
- iii. Agradecimentos;
- iv. Resumo estruturado (intro/métodos/resultados/conclusão) ou não estruturado;
- v. Até sete palavras-chave;
- vi. Corpo principal: formatado como introdução, materiais e métodos, resultados, discussão, conclusão
- vii. Referências;
- viii. Tabelas (cada tabela completa com título e notas de rodapé);
- ix. Figuras: As legendas das figuras devem ser adicionadas abaixo de cada imagem individual durante o upload E como uma lista completa no texto;
- x. Anexos (se relevante)

Figuras e informações de suporte devem ser fornecidas como arquivos separados.

10. Autoria

Consulte a política de autoria da revista na [seção Políticas Editoriais e Considerações Éticas](#) para obter detalhes sobre a elegibilidade para listagem de autores.

11. Agradecimentos

Contribuições de qualquer pessoa que não atenda aos critérios de autoria devem ser listadas, com permissão do colaborador, em uma seção de Agradecimentos. O apoio financeiro e material também deve ser mencionado. Graças a revisores anônimos não são apropriados.

12. Declaração de conflito de interesse

Os autores serão solicitados a fornecer uma declaração de conflito de interesse durante o processo de submissão. Para obter detalhes sobre o que incluir nesta seção, consulte a seção 'Conflito de Interesse' na seção **Políticas Editoriais e Considerações Éticas** abaixo. Os autores que enviam devem garantir que eles entrem em contato com todos os coautores para confirmar a concordância com a declaração final.

13. Resumo

O resumo é limitado a 200 palavras e não deve conter abreviaturas ou referências. O resumo deve ser organizado de acordo com o conteúdo do artigo.

Para Artigos Originais de Pesquisa o resumo deve ser organizado com objetivo, materiais e métodos, resultados e conclusões.

Para ensaios clínicos, recomenda-se que o resumo termine com o número de registro do ensaio clínico em um banco de dados público gratuito como o clinicaltrials.gov.

14. Palavras-chave

Forneça de 1 a 5 palavras-chave. Quando as palavras-chave apropriadas estiverem disponíveis, elas devem ser retiradas daquelas recomendadas pela lista do navegador Medical Subject Headings (MeSH) da Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA em www.nlm.nih.gov/mesh. Os autores podem adicionar palavras-chave específicas.

15. Texto principal

Todos os manuscritos devem enfatizar clareza e brevidade. Os autores devem prestar atenção especial à apresentação de seus achados para que possam ser comunicados com clareza. O jargão técnico deve ser evitado o máximo possível e explicado claramente onde seu uso é inevitável.

16. Relevância clínica

Esta seção visa dar aos clínicos uma luz de leitura para colocar a presente pesquisa em perspectiva. Não deve ter mais de 100 palavras e não deve ser uma repetição do resumo. Deve fornecer uma explicação clara e concisa da justificativa para o estudo, do que era conhecido antes e de como os resultados atuais avançam no conhecimento desse campo. Se apropriado, também pode conter sugestões para a prática clínica.

Deve ser estruturado com os seguintes títulos: Fundamentação científica do estudo; Principais achados; Implicações práticas.

Os autores devem prestar atenção especial a este texto, pois ele será publicado em uma caixa destacada dentro de seu manuscrito; idealmente, a leitura desta seção deve deixar os médicos interessados em aprender mais sobre o assunto e incentivá-los a ler o artigo completo.

17. Referências

É política da Revista encorajar a referência aos artigos originais ao invés de revisões de literatura. Os autores devem, portanto, manter as citações de revisões ao mínimo absoluto.

As referências devem ser preparadas de acordo com o Manual de Publicação da American Psychological Association (6ª edição). Isso significa que no texto as citações devem seguir o método autor-data em que o sobrenome do autor e o ano de publicação da fonte devem aparecer no texto, por exemplo (Jones, 1998). A lista completa de referências deve aparecer em ordem alfabética por nome no final do artigo.

Uma amostra das entradas mais comuns nas listas de referência aparece abaixo. Observe que um DOI deve ser fornecido para todas as referências disponíveis. Para obter mais informações sobre o estilo de referência da APA, consulte as **Perguntas frequentes** da APA. Observe que, para artigos de periódicos, os números das edições não são incluídos, a menos que cada edição do volume comece com a primeira página.

artigo de jornal

Cervejas, SR, & De Bellis, MD (2002). Função neuropsicológica em crianças com transtorno de estresse pós-traumático relacionado a maus-tratos. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 483-

486. doi: [10.1176/appi.ajp.159.3.483](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.483)

Livro

Bradley-Johnson, S. (1994). Avaliação psicoeducacional de alunos com deficiência visual ou cegos: da infância ao ensino médio (2ª ed.). Austin, TX: Pro-ed.

Capítulo em um livro editado

Borstrøm, I., & Elbro, C. (1997). Prevenção da dislexia no jardim de infância: Efeitos do treinamento de conscientização de fonemas com filhos de pais disléxicos. Em C. Hulme & M. Snowling (Eds.), *Dislexia: Biologia, cognição e intervenção* (pp. 235-253). Londres: Whurr.

Documento da Internet

Norton, R. (2006, 4 de novembro). Como treinar um gato para operar um interruptor de luz [arquivo de vídeo]. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=Vja83KLQXZs>

Observe que todos os trabalhos não publicados (submetidos ou no prelo) incluídos na lista de referências devem ser fornecidos em versão digital no momento da submissão. O artigo não publicado deve ser carregado como um arquivo suplementar para revisão.

18. Tabelas

As tabelas devem ser autocontidas e complementar, não duplicar, as informações contidas no texto. Eles devem ser fornecidos como arquivos editáveis, não colados como imagens. As legendas devem ser concisas, mas abrangentes – a tabela, a legenda e as notas de rodapé devem ser compreensíveis sem referência ao texto. Todas as abreviaturas devem ser definidas em notas de rodapé. Símbolos de nota de rodapé: †, ‡, §, ¶, devem ser usados (nessa ordem) e *, **, *** devem ser reservados para valores P. Medidas estatísticas como SD ou SEM devem ser identificadas nos títulos.

19. Legendas das Figuras

As legendas devem ser concisas, mas abrangentes – a figura e sua legenda devem ser compreensíveis sem referência ao texto. Incluir definições de quaisquer símbolos usados e definir/explicar todas as abreviações e unidades de medida.

20. Figuras

Embora os autores sejam incentivados a enviar figuras da mais alta qualidade possível, para fins de revisão por pares, uma ampla variedade de formatos, tamanhos e resoluções são aceitas.

Clique aqui para obter os requisitos básicos de figuras enviadas com manuscritos para revisão inicial por pares, bem como os requisitos de figuras pós-aceitação mais detalhados.

Figuras coloridas. As figuras submetidas a cores podem ser reproduzidas a cores online gratuitamente. Observe, no entanto, que é preferível que as figuras de linha (por exemplo, gráficos e tabelas) sejam fornecidas em preto e branco para que sejam legíveis se impressas por um leitor em preto e branco.

21. Reprodução de material de direitos autorais

Se forem incluídos trechos de obras protegidas por direitos autorais pertencentes a terceiros, o crédito deve ser mostrado na contribuição. É responsabilidade do autor também obter permissão por escrito para reprodução dos proprietários dos direitos autorais. Para obter mais informações, visite as Perguntas frequentes sobre os termos e condições de direitos autorais da Wiley em http://exchanges.wiley.com/authors/faqs---copyright-terms--conditions_301.html

Citação de dados

22. [Por favor, revise a política de citação de dados da Wiley aqui](#) .

Arquivos Adicionais

Apêndices

Os apêndices serão publicados após as referências. Para submissão, devem ser fornecidos como arquivos separados, mas mencionados no texto.

23. Informações de Apoio

Informações de suporte são informações que não são essenciais para o artigo, mas fornecem maior profundidade e fundo. Está hospedado online e aparece sem edição ou composição. Pode incluir tabelas, figuras, vídeos, conjuntos de dados, etc.

Clique aqui para as perguntas frequentes da Wiley sobre informações de suporte.

Observação: se dados, scripts ou outros artefatos usados para gerar as análises apresentadas no artigo estiverem disponíveis em um repositório de dados disponível publicamente, os autores devem incluir uma referência à localização do material em seu artigo.

24. Pontos Gerais de Estilo

Os pontos a seguir fornecem conselhos gerais sobre formatação e estilo.

Abreviaturas, Símbolos e Nomenclatura: *Journal of Clinical Periodontology* adere às convenções descritas em Unidades, Símbolos e Abreviaturas: Um Guia para Editores e Autores Médicos e Científicos. As abreviaturas devem ser reduzidas ao mínimo, especialmente aquelas que não são padrão. As abreviaturas não padronizadas devem ser usadas três ou mais vezes e escritas completamente no texto quando usadas pela primeira vez.

25. Iniciativa de Identificação de Recursos

A revista apoia a **Iniciativa de Identificação de Recursos**, que visa promover a identificação, descoberta e reutilização de recursos de pesquisa. Essa iniciativa, liderada pela **Neuroscience Information Framework** e pela **Oregon Health & Science University Library**, fornece identificadores exclusivos para anticorpos, organismos modelo, linhas celulares e ferramentas, incluindo software e bancos de dados. Esses IDs, chamados Research Resource Identifiers (RRIDs), são legíveis por máquina e podem ser usados para pesquisar todos os documentos em que um determinado recurso foi usado e para aumentar o acesso a dados críticos para ajudar os pesquisadores a identificar reagentes e ferramentas adequados.

Os autores são solicitados a usar RRIDs para citar os recursos usados em sua pesquisa, quando aplicável no texto, semelhante a uma citação regular ou número de acesso do Genbank. Para anticorpos, os autores devem incluir na citação o fornecedor, número de catálogo e RRID ambos no texto na primeira menção na seção Métodos. Para ferramentas de software e bancos de dados, forneça o nome do recurso seguido pelo site do recurso, se disponível, e o RRID. Para organismos modelo, o RRID sozinho é suficiente.

Além disso, os autores devem incluir os RRIDs na lista de palavras-chave associadas ao manuscrito.

Para obter identificadores de recursos de pesquisa (RRIDs)

26. Use o Portal de Identificação de Recursos, criado pelo Grupo de Trabalho da Iniciativa de Identificação de Recursos.

27. Procure o recurso de pesquisa (consulte a seção intitulada "Recursos e dicas de pesquisa" para obter mais informações).

28. Clique no botão "Cite This" para obter a citação e inserir a citação no texto do manuscrito.

Se houver um recurso que não seja encontrado no **Portal de identificação de recursos**, os autores serão solicitados a registrar o recurso com a autoridade de recursos apropriada. Informações sobre como fazer isso são fornecidas na seção "Diretrizes para Citação de Recursos" do Portal.

Se surgir alguma dificuldade na obtenção de identificadores, entre em contato com **rii-help@scicrunch.org** para obter assistência.

Citações de exemplo

Anticorpos: "Wnt3 foi localizado usando um anticorpo policlonal de coelho C64F2 contra Wnt3 (Tecnologia de Sinalização Celular, Cat# 2721S, RRID: AB_2215411)"

Organismos Modelo: "Experiências foram conduzidas em c. elegans cepa SP304 (RRID:CGC_SP304)"

Linhas celulares: "Experiências foram conduzidas em células PC12 CLS (CLS Cat# 500311/p701_PC-12, RRID:CVCL_0481)"

Ferramentas, software e bancos de dados: "A análise de imagem foi conduzida com CellProfiler Image Analysis Software, V2.0 (<http://www.cellprofiler.org>, RRID:nif-0000-00280)"

29. Recursos do autor de Wiley

Dicas de Preparação de Manuscritos: A Wiley tem uma variedade de recursos para autores que

preparam manuscritos para submissão disponíveis [aqui](#) . Em particular, os autores podem se beneficiar ao consultar as dicas de práticas recomendadas da Wiley sobre [como escrever para otimização de](#)

30. [mecanismos de pesquisa.](#)

Suporte para preparação de artigos: os serviços de edição da Wiley oferecem ajuda especializada com edição de idioma inglês, bem como tradução, formatação de manuscritos, ilustração de figuras, formatação de figuras e design gráfico de resumos - para que você possa enviar seu manuscrito com confiança. Além disso, confira nossos recursos para [Preparar seu artigo](#) para obter orientações gerais sobre como escrever e preparar seu manuscrito.

Os autores japoneses também podem encontrar uma lista de serviços locais de aprimoramento do inglês em <http://www.wiley.co.jp/journals/editcontribute.html> . Todos os serviços são pagos e organizados pelo autor, e o uso de um desses serviços não garante a aceitação ou preferência de publicação.

Diretrizes para envio de capa

Se você deseja enviar sugestões de trabalhos artísticos relacionados ao seu manuscrito para serem considerados na capa da revista, [siga estas diretrizes](#) .

5. POLÍTICAS EDITORIAIS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Revisão por pares e aceitação

Os critérios de aceitação para todos os artigos são a qualidade e originalidade da pesquisa e sua importância para os leitores do periódico. Os manuscritos são revisados por pares simples-cegos. Os artigos só serão enviados para revisão se o Editor-Chefe determinar que o artigo atende aos requisitos de qualidade e relevância apropriados.

A política da Wiley sobre a confidencialidade do processo de revisão está [disponível aqui](#).

31. **Apelação da Decisão**

Em circunstâncias excepcionais, os autores podem recorrer da decisão editorial. Os autores que desejam apelar da decisão sobre o artigo submetido podem fazê-lo enviando um e-mail para o escritório editorial em cpedoffice@wiley.com com uma explicação detalhada do motivo pelo qual encontraram motivos para recorrer da decisão.

32. **Estudos e assuntos humanos**

Para manuscritos que relatam estudos médicos que envolvem participantes humanos, é necessária uma declaração identificando o comitê de ética que aprovou o estudo e a confirmação de que o estudo está em conformidade com os padrões reconhecidos, por exemplo: [Declaração de Helsinque](#) ; [Política Federal dos EUA para a Proteção de Seres Humanos](#) ; ou [Diretrizes da Agência Europeia de Medicamentos para Boas Práticas Clínicas](#) . Deve também indicar claramente no texto que todas as pessoas deram o seu consentimento informado antes da sua inclusão no estudo.

O anonimato do paciente deve ser preservado. Quando descrições detalhadas, fotografias ou vídeos de rostos ou partes do corpo identificáveis são usados que podem permitir a identificação, os autores devem obter o consentimento livre e prévio do indivíduo. Os autores não precisam fornecer uma cópia do formulário de consentimento ao editor; no entanto, ao assinar a licença do autor para publicar, os autores são obrigados a confirmar que o consentimento foi obtido. A Wiley tem um [formulário de consentimento padrão do paciente](#) disponível para uso. Onde as fotografias são usadas, elas precisam ser cortadas o suficiente para evitar que os assuntos humanos sejam reconhecidos; barras de olho roxo não devem ser usadas, pois não protegem suficientemente a identidade de um indivíduo).

33. **Estudos Animais**

Uma declaração indicando que o protocolo e os procedimentos empregados foram revisados e aprovados eticamente, bem como o nome do órgão que concedeu a aprovação, devem ser incluídos na seção Métodos do manuscrito. Os autores são incentivados a aderir aos padrões de relatórios de pesquisa com animais, por exemplo, as [diretrizes ARRIVE](#) para relatar o desenho do estudo e a análise estatística; Procedimentos experimentais; animais de experimentação e alojamento e criação. Os autores também devem declarar se os experimentos foram realizados de acordo com as diretrizes institucionais e nacionais relevantes para o cuidado e uso de animais de laboratório:

Os autores dos EUA devem citar a conformidade com o Guia do Conselho Nacional de Pesquisa dos EUA para o Cuidado e Uso de Animais de Laboratório , a Política do Serviço de Saúde Pública dos

EUA sobre Cuidados Humanitários e Uso de Animais de Laboratório e o Guia para o Cuidado e Usode Animais de Laboratório .

Os autores do Reino Unido devem estar em conformidade com a legislação do Reino Unido sob os Regulamentos de Emenda da Lei de Animais (Procedimentos Científicos) de 1986 (SI 2012/3039). Os autores europeus fora do Reino Unido devem estar em conformidade com a Diretiva 2010/63/UE.

34. Registro de Ensaio Clínicos

A Revista considerará para publicação apenas ensaios clínicos que tenham sido registrados *prospectivamente* em um banco de dados de acesso público. (Observe que o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas exige o registro de ensaios clínicos antes da inscrição do primeiro participante. A Seção 801 da Lei de Emendas da Administração de Alimentos e Medicamentos (FDAAA 801) afirma que os Ensaio Clínicos precisam ser registrados dentro de 21 dias inscrição do primeiro participante).

Estudos que não atendem aos requisitos acima por razões potencialmente válidas (por exemplo, manuscritos que relatam resultados de longo prazo de ensaios iniciados em um passado distante) podem ser considerados após deliberação especial entre os Editores Associados e o Editor-Chefe.

A base de dados de registro, o número de registro e a data de registro devem ser anotados no final do resumo, bem como no texto dos Materiais e Métodos.

35. Diretrizes para relatórios de pesquisa

Relatórios precisos e completos permitem que os leitores avaliem totalmente a pesquisa, replique-a e use-a. Os autores são **obrigados** a aderir aos padrões de relatórios de pesquisa reconhecidos. A RedeEQUATOR coleta mais de 370 diretrizes de relatórios para muitos tipos de estudos, incluindo:

Ensaio randomizados : CONSORT

Ensaio clínicos devem ser relatados usando as diretrizes do CONSORT. Uma lista de verificação CONSORT também deve ser incluída no material de submissão. Se o seu estudo for um ensaio clínico randomizado, você precisará preencher todas as seções da Lista de Verificação CONSORT. Se o seu estudo não for um estudo randomizado, nem todas as seções da lista de verificação podem se aplicar ao seu manuscrito; nesse caso, você simplesmente preenche N/A.

Estudos observacionais : STROBE

Revisões sistemáticas : PRISMA

Relatos de caso : CARE

Pesquisa qualitativa : SRQR

Estudos diagnósticos/prognósticos : STARD

Estudos de melhoria da qualidade : SQUIRE

Avaliações econômicas : CHEERS

Estudos pré-clínicos em animais : ARRIVE

Protocolos de estudo : SPIRIT

Diretrizes de prática clínica : CONCORDO

Também incentivamos os autores a consultar e seguir as diretrizes de:

Futuro das Comunicações de Pesquisa e e-Scholarship (FORCE11)

Diretrizes do Instituto de Pesquisa em Animais de Laboratório do Conselho Nacional de Pesquisa A Lista de Verificação de Publicação Gold Standard de Hooijmans e colegas

Diretrizes de Informações Mínimas do site da Diverse Bioscience Communities (MIBBI) Site de compartilhamento FAIR

36. Nomes de Espécies

Após seu primeiro uso no título, resumo e texto, o nome comum de uma espécie deve ser seguido pelo nome científico (gênero, espécie e autoridade) entre parênteses. Para espécies bem conhecidas, no entanto, os nomes científicos podem ser omitidos dos títulos dos artigos. Se não houver nome comum em inglês, apenas o nome científico deve ser usado.

37. Nomenclatura genética

As variantes de sequência devem ser descritas no texto e nas tabelas usando designações de DNA e proteína sempre que apropriado. A nomenclatura da variante de sequência deve seguir as diretrizes atuais do HGVS; veja varnomen.hgvs.org , onde são fornecidos exemplos de nomenclatura aceitável.

38. Dados de sequência

Os dados de sequência de nucleotídeos podem ser enviados em formato eletrônico para qualquer um dos três principais bancos de dados colaborativos: DDBJ, EMBL ou GenBank. Só é necessário enviar para um banco de dados, pois os dados são trocados entre DDBJ, EMBL e GenBank diariamente. A redação sugerida para se referir à informação do número de acesso é: 'Estes dados de sequência foram submetidos às bases de dados DDBJ/EMBL/GenBank sob o número de acesso U12345'. Os endereços são os seguintes:

Bancõ de dados de DNA do Japão (DDBJ): www.ddbj.nig.ac.jpArquivo

de nucleotídeos EMBL: ebi.ac.uk/ena

GenBank: www.ncbi.nlm.nih.gov/genbank

Os dados de sequência de proteínas devem ser submetidos a um dos seguintes repositórios:

Recurso de Informação de Proteína (PIR): pir.georgetown.edu

SWISS-PROT: expasy.ch/sprot/sprot-top

39. Dados estruturais

Para artigos que descrevem dados estruturais, coordenadas atômicas e os dados experimentais associados devem ser depositados no banco de dados apropriado (veja abaixo). **Observe que os dados dos bancos de dados devem ser divulgados, o mais tardar, após a publicação do artigo.** Confiamos na cooperação de nossos autores para garantir que as coordenadas atômicas e os dados experimentais sejam divulgados a tempo.

Compostos orgânicos e organometálicos: Os dados cristalográficos não devem ser enviados como Informações de Apoio, mas devem ser depositados no *Cambridge Crystallographic Data Center* (CCDC) em ccdc.cam.ac.uk/services/structure%5Fdeposit.

Compostos inorgânicos: *Fachinformationszentrum Karlsruhe* (FIZ; fiz-karlsruhe.de).

Proteínas e ácidos nucleicos: *Protein Data Bank* (rcsb.org/pdb).

Dados de espectroscopia de RMN: *BioMagResBank* (bmrb.wisc.edu).

40. Conflito de interesses

A revista exige que todos os autores divulguem quaisquer fontes potenciais de conflito de interesse. Qualquer interesse ou relacionamento, financeiro ou outro que possa ser percebido como influenciando a objetividade de um autor, é considerado uma fonte potencial de conflito de interesse. Estes devem ser divulgados quando diretamente relevantes ou diretamente relacionados ao trabalho que os autores descrevem em seu manuscrito. As fontes potenciais de conflito de interesse incluem, mas não estão limitadas a: patente ou propriedade de ações, participação em um conselho de administração da empresa, participação em um conselho consultivo ou comitê de uma empresa e consultoria ou recebimentode honorários de palestrante de uma empresa. A existência de conflito de interesse não impede a publicação. Se os autores não tiverem conflito de interesse a declarar, eles também devem declarar isso nomomento da submissão. É responsabilidade do autor correspondente revisar esta política com todos os autores e divulgar coletivamente com a submissão TODAS as relações comerciais e outras pertinentes. Forneça detalhes adequados que permitam a reprodução das análises após o acesso aos dados originais. Seja explícito sobre a base de cálculo do tamanho da amostra e os cálculos de poder. Para ensaios clínicos, são esperadas análises de intenção de tratar e podem ser complementadas por análises por protocolo ou outros tipos de análises, se aplicável. Seja explícito sobre a base de cálculo do tamanho da amostra e os cálculos de poder. Para ensaios clínicos, são esperadas análises de intenção de tratar e podem ser complementadas por análises por protocolo ou outros tipos de análises, se aplicável. Seja explícito sobre a base de cálculo do tamanho da amostra e os cálculos de poder. Para ensaios clínicos, são esperadas análises de intenção de tratar e podem ser complementadas por análises por protocolo ou outros tipos de análises, se aplicável.

Veja o Editorial sobre Conflito de Interesses e Fonte de Financiamento do ex-editor-chefe Maurizio Tonetti e www.icmie.org/#conflicts para definições geralmente aceitas.

As políticas acima estão de acordo com os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos produzidos pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmie.org/>). É de responsabilidade do autor correspondente fazer com que todos os autores de um manuscrito preencham um formulário de divulgação de conflito de interesse e carreguem todos os

formulários junto com o manuscrito na submissão. A declaração de divulgação deve ser incluída em Agradecimentos. Por favor, encontre o formulário abaixo:

41. **Formulário de Divulgação de Conflito de Interesse** **Financiamento**

Os autores devem listar todas as fontes de financiamento na submissão. Os autores são responsáveis pela precisão de sua designação de financiador. Em caso de dúvida, consulte o Open Funder Registry para obter a nomenclatura correta: <https://www.crossref.org/services/funder-registry/>

42. **Autoria**

A revista segue a **definição de autoria do ICMJE**, que indica que a autoria deve ser baseada nos 4 critérios a seguir:

1. Contribuições substanciais para a concepção ou desenho da obra; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; E
2. Redigir o trabalho ou revisá-lo criticamente para conteúdo intelectual importante; E
3. Aprovação final da versão a ser publicada; E
4. Acordo em ser responsável por todos os aspectos do trabalho para garantir que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam investigadas e resolvidas adequadamente.

Além de ser responsável pelas partes do trabalho que fez, um autor deve ser capaz de identificar quais coautores são responsáveis por outras partes específicas do trabalho. Além disso, os autores devem ter confiança na integridade das contribuições de seus coautores.

Todos os designados como autores devem atender a todos os quatro critérios de autoria, e todos os que atendem aos quatro critérios devem ser identificados como autores. Aqueles que não atendem a todos os quatro critérios devem ser reconhecidos. Esses critérios de autoria destinam-se a reservar o status de autoria para aqueles que merecem crédito e podem assumir a responsabilidade pelo trabalho. Os critérios não se destinam a ser usados como meio de desqualificar colegas de autoria que de outra forma atendem aos critérios de autoria, negando-lhes a oportunidade de atender aos critérios nºs 2 ou 3. Portanto, todos os indivíduos que atendem ao primeiro critério devem ter a oportunidade de participar revisão, redação e aprovação final do manuscrito.

43. **Compartilhamento de dados e acessibilidade de dados**

O Journal of Clinical Periodontology espera que os dados que suportam os resultados do artigo sejam arquivados em um repositório público apropriado. Os autores são obrigados a fornecer uma declaração de disponibilidade de dados para descrever a disponibilidade ou a ausência de dados compartilhados. Quando os dados são compartilhados, os autores devem incluir em sua declaração de disponibilidade de dados um link para o repositório que usaram e citar os dados que compartilharam. Sempre que possível, os scripts e outros artefatos usados para gerar as análises apresentadas no artigo também devem ser arquivados publicamente. Se o compartilhamento de dados comprometer padrões éticos ou requisitos legais, não se espera que os autores os compartilhem.

Veja os modelos padrão para uso do autor para selecionar uma declaração de disponibilidade de dados apropriada para seu conjunto de dados.

44. **Informações do sujeito humano em bancos de dados.** A revista refere-se à **Declaração da Associação Médica Mundial de Saúde de Taipei sobre Considerações Éticas sobre Bancos de Dados de Saúde e Biobancos**.

Ética de publicação

Esta revista é membro do **Comitê de Ética em Publicação (COPE)**. Observe que esta revista usa o software CrossCheck da iThenticate para detectar casos de sobreposição e texto semelhante em manuscritos submetidos. Leia as 10 principais dicas de ética editorial da Wiley para autores [aqui](#). As Diretrizes de Ética de Publicação da Wiley podem ser encontradas [aqui](#).

45. **ORCID**

Como parte do compromisso da revista de apoiar os autores em todas as etapas do processo de publicação, a revista exige que o autor que envia (somente) forneça um ORCID iD ao enviar um manuscrito. Isso leva cerca de 2 minutos para ser concluído. **Encontre mais informações aqui.**

6. LICENCIAMENTO DO AUTOR

Se o seu artigo for aceito, o autor identificado como o autor correspondente formal receberá um e-mail solicitando que faça login no Author Services, onde, por meio do Wiley Author Licensing Service (WALS), será necessário preencher um contrato de licença de direitos autorais em nome de todos os autores do artigo.

Os autores podem optar por publicar sob os termos do contrato padrão de direitos autorais da revista, ou **Acesso Aberto** sob os termos de uma Licença Creative Commons.

Informações gerais sobre licenciamento e direitos autorais estão disponíveis [aqui](#). Para revisar as opções de Licença Creative Commons oferecidas em Acesso Aberto, **clique aqui**. (Observe que certos financiadores exigem que um tipo específico de licença CC seja usado; para verificar isso, clique [aqui](#).)

Definições e políticas de auto-arquivamento. Observe que o acordo de direitos autorais padrão da revista permite o autoarquivamento de diferentes versões do artigo sob condições específicas. Clique [aqui](#) para obter informações mais detalhadas sobre definições e políticas de autoarquivamento.

Taxas de Acesso Aberto: Se você optar por publicar usando Acesso Aberto, será cobrada uma taxa. Uma lista de Taxas de Publicação de Artigos para revistas Wiley está disponível [aqui](#).

Acesso Aberto do Financiador: Clique [aqui](#) para obter mais informações sobre a conformidade da Wiley com as Políticas de Acesso Aberto do Financiador específicas.

7. PROCESSO DE PUBLICAÇÃO APÓS A ACEITAÇÃO

Artigo aceito recebido em produção

Quando um artigo aceito é recebido pela equipe de produção da Wiley, o autor correspondente receberá um e-mail solicitando que faça login ou registre-se no **Wiley Author Services**. O autor será solicitado a assinar uma licença de publicação neste momento.

46. Artigos aceitos

A revista oferece o serviço de artigos aceitos da Wiley para todos os manuscritos. Este serviço garante que os manuscritos aceitos 'no prelo' sejam publicados on-line logo após a aceitação, antes da edição ou composição. Os artigos aceitos são publicados online alguns dias após a aceitação final e aparecem apenas em formato PDF. Eles recebem um identificador de objeto digital (DOI), que permite que sejam citados e rastreados e são indexados pelo PubMed. Após a publicação da versão final do artigo (o artigo deregistro), o DOI permanece válido e ainda pode ser usado para citar e acessar o artigo.

Os artigos aceitos serão indexados pelo PubMed; os autores que enviam devem, portanto, verificar cuidadosamente os nomes e afiliações de todos os autores fornecidos na página de rosto do manuscrito para que seja preciso para indexação. Posteriormente, os artigos finais editados e revisados aparecerão em uma edição da Wiley Online Library; o link para o artigo no PubMed será atualizado automaticamente.

47. Provas

Os autores receberão uma notificação por e-mail com um link e instruções para acessar as provas de página HTML online. As provas de página devem ser cuidadosamente revisadas para quaisquer erros de edição ou tipografia. Diretrizes on-line são fornecidas dentro do sistema. Nenhum software especial é necessário, todos os navegadores comuns são suportados. Os autores também devem certificar-se de que todas as tabelas, figuras ou referências renumeradas correspondem às citações do texto e que as legendas das figuras correspondem às citações do texto e às figuras reais. Os comprovantes devem ser devolvidos em até 48 horas após o recebimento do e-mail. A devolução dos comprovantes por e-mail é possível caso o sistema online não possa ser utilizado ou acessado.

48. Visualização Antecipada

A revista oferece velocidade rápida para publicação através do serviço Early View da Wiley. **Os artigos Early View** (Online Version of Record) são publicados na Wiley Online Library antes de serem incluídos em uma edição. Observe que pode haver um atraso após o recebimento das correções antes que o artigo apareça online, pois os editores também precisam revisar as provas. Depois que o artigo for publicado no Early View, não será possível fazer mais alterações no artigo. O artigo Early View é totalmente citável e traz uma data de publicação online e DOI para citações

8. PÓS-PUBLICAÇÃO

Acesso e compartilhamento

Quando o artigo é publicado online:

- O autor recebe um alerta por e-mail (se solicitado).
- O link para o artigo publicado pode ser compartilhado nas redes sociais.
- O autor terá livre acesso ao artigo (após aceitar os Termos e Condições de uso, poderá visualizar o artigo).
- O autor correspondente e os coautores podem indicar até dez colegas para receber um alerta de publicação e acesso online gratuito ao artigo.

49. Promovendo o artigo

Para descobrir a melhor forma de promover um artigo, [clique aqui](#).

50. Suporte à promoção do artigo

O Wiley Editing Services oferece serviços profissionais de vídeo, design e redação para criar resumos de vídeo compartilháveis, infográficos, pôsteres de conferências, resumos legais e notícias de pesquisa para sua pesquisa - para que você possa ajudar sua pesquisa a receber a atenção que merece.

51. Medindo o Impacto de um Artigo

A Wiley também ajuda os autores a medir o impacto de suas pesquisas por meio de parcerias especializadas com **Kudos** e **Altmetric**.

52. Política de alteração de nome de autor da Wiley

Nos casos em que os autores desejam alterar seu nome após a publicação, a Wiley atualizará e republicará o artigo e reenviará os metadados atualizados aos serviços de indexação. Nossas equipes editoriais e de produção usarão discrição ao reconhecer que as mudanças de nome podem ser de natureza sensível e privada por vários motivos, incluindo (mas não limitado a) alinhamento com a identidade de gênero ou como resultado de casamento, divórcio ou conversão religiosa. Assim, para proteger a privacidade do autor, não publicaremos um aviso de correção no artigo e não notificaremos os coautores sobre a alteração. Os autores devem entrar em contato com o Escritório Editorial da revista com sua solicitação de mudança de nome.

9. DETALHES DE CONTATO DO ESCRITÓRIO EDITORIAL

Para consultas sobre envios, entre em contato com cpeditoffice@wiley.com

Diretrizes do autor atualizadas em 30 de setembro de 2021