



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS  
SECRETARIA DE ENSINO A DISTÂNCIA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SAÚDE**

**IRIS SANT'ANNA ARAUJO RODRIGUES**

**O USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL  
DE UM GRUPO DE PRESIDIÁRIOS.**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2012**

IRIS SANT´ANNA ARAUJO RODRIGUES

**O USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL  
DE UM GRUPO DE PRESIDIÁRIOS.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Orientador: Profº Drº Alessandro Leite Cavalcanti

CAMPINA GRANDE – PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

R696u      Rodrigues, Iris Sant´Anna Araujo.  
O uso de serviços odontológicos e as condições de saúde bucal de um grupo de presidiários [manuscrito] / Iris Sant´Anna Araujo Rodrigues. – 2012.  
38 f. : il. color.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação, 2012.

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

1. Saúde bucal. 2. Presos. 3. Odontologia. I.

Título.

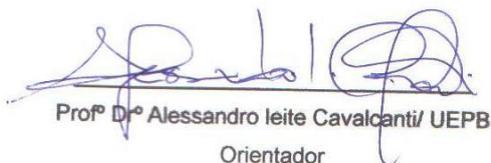
21. ed. CDD 617.6

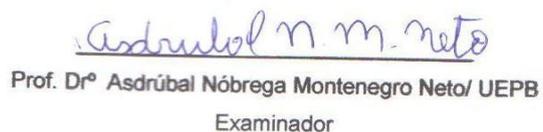
**IRIS SANT'ANNA ARAUJO RODRIGUES**

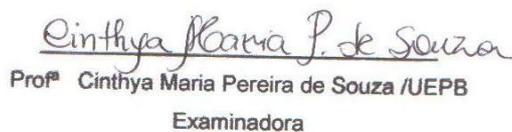
**O USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL  
DE UM GRUPO DE PRESIDIÁRIOS.**

Monografia apresentada ao Curso de  
Especialização em Gestão de Saúde da  
Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção  
do grau de especialista.

Aprovada em 21/06/2012.

  
Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti/UEPB  
Orientador

  
Prof. Dr. Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto/UEPB  
Examinador

  
Prof. Cinthya Maria Pereira de Souza/UEPB  
Examinadora

## RESUMO

No Brasil, a saúde dos presidiários tem sido foco de alguns estudos, contudo, pesquisas relativas à saúde bucal desse grupo ainda não têm sido priorizadas, constatando-se pela ausência de estudos sobre o assunto, nas bases de dados. Este estudo objetivou avaliar o uso dos serviços odontológicos e as condições de saúde bucal dos presidiários condenados no município de Guarabira- PB. Tratou-se de um estudo transversal, realizado na Penitenciária João Bosco Carneiro no período de 12 a 18 de dezembro de 2011. A amostra, selecionada de forma sistemática, resultou em 39 presidiários. Os resultados mostraram que 43,5% dos presidiários encontrava-se na faixa etária de 20 a 30 anos. Com relação a escolaridade, 23,1% da amostra revelou ser analfabeta e 46,2% não chegou a concluir o ensino fundamental. Quando questionados sobre a utilização de serviços odontológicos em algum momento da vida, todos os indivíduos da amostra afirmaram já ter consultado um cirurgião-dentista. Com relação a última consulta odontológica, 82,1% aconteceram a menos de um ano, 5,1% entre dois e três anos e 12,8% há três anos ou mais. Das quais, 76,9% ocorreram no presídio, 17,9% em algum serviço público fora da prisão e 5,1 no serviço privado. Sendo a exodontia o procedimento realizado em mais da metade dos procedimentos (51,3%). A média do Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) correspondeu a 18,05 ( $\pm 5,8$ ), com o componente perdido apresentando a maior média. Tais achados evidenciam a necessidade de uma orientação do serviço odontológico, visando à prevenção de novas perdas dentárias e de reabilitação dos danos já instalados, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida deste grupo de indivíduos, buscando contribuir com a futura reintegração social dos mesmos.

**PALAVRAS-CHAVES:** Prisões. Índice CPO. Saúde Bucal

## ABSTRACT

In Brazil, the health of prisoners has been the focus of some studies, however, research on the oral health of this group have not yet been prioritized, evidencing the lack of studies on the subject in the databases. This study aimed to evaluate the use of dental services and oral health status of prisoners convicted in the city of Guarabira-PB. This is a cross-sectional study in Penitentiary João Bosco Carneiro in 12 to December 18, 2011. The sample was selected systematically, resulted in 39 inmates. The results showed that 43.5% of prisoners are aged 20 to 30 years. Regarding schooling, 23.1% of the sample was found to be illiterate and 46.2% failed to complete primary school. When asked about the use of dental services at some point in life, all individuals in the sample said they had consulted a dentist. Regarding the last dental visit, 82.1% occurred less than one year, 5.1% between two and three years and 12.8% for three years or more. Of which 76.9% were in prison, 17.9% in a public service outside the prison and 5.1 in private. Since the extraction procedure performed in more than half of the procedures (51.3%). The mean DMFT matched 18, 05, with the missing component showing the highest average. These findings highlight the need for an orientation of the dental service, aimed at the prevention of further tooth loss and rehabilitation of the damage already installed in order to provide a better quality of life of this group of individuals looking to contribute to future social reintegration of the same.

**KEYWORDS:** Prisons. DMF Index .Oral Health

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1 – Distribuição dos presidiários segundo a faixa etária.....</b>	<b>21</b>
<b>TABELA 2 – Distribuição dos presidiários quanto a autopercepção de necessidade de tratamento e o uso de serviços odontológicos .....</b>	<b>23</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 - Distribuição dos presidiários quanto à escolaridade..... 22**
- GRÁFICO 2 - Distribuição do valor mínimo, máximo e média do CPO-D e dos seus respectivos componentes..... 24**

## LISTA DE SIGLAS

CPO- D	Dentes cariados, perdidos e obturados.
PNSSP	Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.
OMS	Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
4.1.TIPO DE ESTUDO.....	16
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	16
4.3 POPULAÇÃO/ AMOSTRA.....	16
4.4CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	16
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	17
4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	17
4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	20
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>21</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>28</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema penitenciário brasileiro é marcado por sérias dificuldades estruturais e organizacionais, refletidas pela superlotação carcerária e insalubridade das prisões (ASSIS, 2008). Compondo esse cenário, encontram-se, predominantemente, homens jovens, com baixa escolaridade, pobres, com histórico de reincidência e cuja condenação, em grande parte, foi motivada por crimes contra o patrimônio e tráfico de entorpecentes (BORILLI, SHIKIDA, 2003; LEAL, 2003; BRASIL, 2009).

No Brasil, a saúde dos presidiários tem sido foco de alguns estudos (SANCHES, DIUANA, LAROUZE, 2010; COELHO et al., 2009; NOGUEIRA, ABRAHÃO, 2009; GABE, LARA, 2008; OLIVEIRA, CARDOSO, 2004; CATALAN-SOARES, ALMEIDA, CARNEIRO-PROIETTI, 2000), contudo, pesquisas relativas à saúde bucal desse grupo ainda não têm sido priorizadas, constatando-se pela ausência de estudos sobre o assunto, nas bases de dados. Destarte, pouco se sabe a respeito das condições de saúde bucal dos encarcerados, muito embora, os brasileiros ainda apresentem no contexto geral, uma saúde bucal insatisfatória (BRASIL, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2007), a demanda por serviços odontológicos prisionais tem aumentado continuamente em diversos países, resultado do elevado do número de pessoas condenadas à prisão, bem como pela significativa necessidade de tratamento odontológico requisitado pelos ingressos no sistema penitenciário, justificada pela exclusão social e situação de desemprego vivida anteriormente a prisão.

De acordo com Heidari (2007), indivíduos de classes sociais mais baixas mostram uma tendência de atendimento odontológica irregular e são mais propensos a visitar o dentista apenas quando em casos de dor. Tal realidade é refletida pela população penitenciária, uma vez que a cárie dentária não tratada é cerca de quatro vezes maior na população carcerária do que na população em geral, a partir de semelhantes meios sociais (OMS, 2007).

A deficiente condição de saúde bucal dos presidiários foi relatada por diversos estudos, realizados em presídios dos Estados Unidos (HENG, 2000; CROPSEY, 2006), Austrália (OSBORN, 2003), Inglaterra (HEIDARI, 2007), China (McGRATH,

2002) e Costa Rica (GARITA; BALLESTERO; LETCHUK, 2010), sendo refletida principalmente pelos elevados valores do CPOD. O índice CPO- D vem sendo largamente utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações, e cujo valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos (SALIBA et al., 2010).

Como estratégia governamental para organizar o acesso da população penitenciária às ações e serviços de saúde, foi criado em 9 de setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), através da Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça (BRASIL, 2010). Os estados que solicitam a adesão ao PNSSP passam a orientar suas ações na direção da promoção e prevenção em saúde, consolidando atividades de atenção básica dentro das unidades prisionais, através da inserção das equipes mínimas de saúde no sistema penitenciário, constituídas por médico, odontólogo, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário (SILVA, 2010).

No contexto das penitenciárias, corroborando com a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), a assistência odontológica insere-se no PNSSP com a proposta de desenvolver ações em todos os níveis de prevenção e com uma meta de esclarecer e orientar a totalidade da população carcerária sobre os cuidados em higiene bucal e sobre a importância do auto-exame como medida preventiva e de diagnóstico precoce do câncer de boca (BRASIL, 2010).

O estado da Paraíba aderiu ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), sendo qualificada com dezoito equipes de saúde. Das sete equipes, até então implantadas, uma encontra-se na Penitenciária João Bosco Carneiro, no município de Guarabira-PB . Destarte, com a assistência odontológica incluída no PNSSP, ressalta-se a importância de uma avaliação do uso dos serviços odontológicos e das condições de saúde bucal dos presidiários condenados no município de Guarabira, no intuito de auxiliar o planejamento das ações e serviços voltados para a assistência odontológica destes presos.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A apropriação desigual das riquezas tem reflexos importantes no setor saúde. A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) declarou que as iniquidades em saúde são a doença mais grave no Brasil. Nesta perspectiva, torna-se importante ressaltar que as diferentes formas de inserção social refletem não apenas a desigual distribuição territorial, mas também diferentes perfis epidemiológicos, de forma que a espacialização da população e, conseqüentemente, de suas condições de vida e saúde, possibilitam ampliar a compreensão da distribuição das iniquidades em saúde (MOREIRA, NICO, TOMITA, 2007).

De acordo com Harvey et al.(2005), qualquer sistema de saúde que aspira a melhoraria das condições de saúde de uma população, buscando reduzir as iniquidades em saúde, deve voltar seus olhares para as camadas mais excluídas e necessitadas da população, incluindo os presidiários.

O monitoramento das desigualdades de saúde é uma importante tarefa da saúde pública, pois, fatores de risco e de proteção podem incidir de modo desigual sobre os estratos sociais, com efeitos deletérios ou salutares que atingem a população de modo heterogêneo e aumentam as desigualdades em saúde. Nesse sentido, é necessário avaliar as políticas de saúde não apenas pelo efeito global que exercem sobre a saúde coletiva, mas também pelo resultado de suas intervenções sobre o quadro pré-existente de desigualdades em saúde (ANTUNES, NARVAI, 2010).

A saúde pública é um processo dinâmico que demanda a união de esforços individuais e institucionais, em que é necessário o debate constante de idéias e a conjunção de vontades para compatibilizar os interesses que viabilizam a ação social.(ANTUNES, 2008). Uma maior participação social na organização e avaliação dos serviços de saúde bucal no SUS é de fundamental importância para que se identifiquem as reais necessidades da população e, com isso, reduzam-se as dificuldades de percepção da dimensão sócio-histórica das práticas odontológicas e do potencial de alcance de sua intervenção social (ALMEIDA, ALVES, LEITE, 2010).

Os agravos bucais e suas seqüelas são de grande prevalência no Brasil, constituindo-se em problemas de saúde pública, com graves conseqüências sociais e econômicas (FERNANDES, PERES, 2005). Portanto, para que se tenha uma

medida ideal da capacidade de enfrentamento dos problemas públicos é necessário, primeiramente, ter conhecimento da realidade em que se está inserido, devendo-se começar o processo de planejamento com uma “explicação situacional”, para que se possa conhecer a realidade dos problemas existentes e, posteriormente, buscar medidas efetivas para minorá-los ou eliminá-los (BITTAR et al.2009).

## 2.1 O DIREITO A SAÚDE

A execução penal tem por finalidade proporcionar condições para a harmônica integração social da pessoa sentenciada e da internada, apontando como base do cumprimento das penas privativas de liberdade e restritivas de direitos um programa individualizado da pena. A assistência em saúde, bem como a material, jurídica, educacional, social e religiosa, figuram como elementos que contribuem para o retorno à convivência em sociedade (BRASIL 2010).

No artigo 14 da seção III da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, consta que a assistência à saúde de indivíduos presos, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico, e que caso o estabelecimento penal não esteja aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento. (BRASIL, 1984).

Entretanto, destaca-se que o ponto de partida referente ao direito à saúde, diz respeito à promulgação da Constituição Federal de 1988, onde está assegurado que a saúde deve ser reconhecida como direito de cidadania e inserida em uma concepção ampla de Seguridade Social, a ser garantida mediante políticas econômicas e sociais abrangentes (MACHADO, BAPTISTA, NOGUEIRA, 2011). Neste sentido, é preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, uma vez que as mesmas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania (BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) faz parte das ações definidas na Constituição de 1988, como sendo de “relevância pública”, cuja concepção estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população de forma universal, equitativa e integral, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à

saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (BRASIL, 2011).

Embora o SUS já esteja instituído e normatizado desde 1990, respectivamente por meio das Leis 8.080 e 8.142, é apenas em 2003 que se consagra a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do SUS, por meio da instituição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), através Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, de 9 setembro de 2003 (BRASIL, 2010)

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário é voltado para a população penitenciária, isto é, para aquelas pessoas que cometeram delitos e já foram julgadas e condenadas, sendo considerado um marco na atenção em saúde voltada para a população reclusa em estabelecimentos de custódia, bem como aquela privada de liberdade, reunindo um conjunto de princípios, diretrizes, metas e ações mínimas para organizar essa atenção, prevendo inclusive um incentivo financeiro para que o atendimento da população penitenciária seja garantido (BRASIL, 2005).

A partir da instituição do PNSSP, a assistência passou a ser guiada pela lógica da atenção básica, qual seja, a prevenção e promoção em saúde enquanto atividades prioritárias, bem como o investimento em grupos de risco reunidos com base em instrumentos epidemiológicos de aferição da prevalência e incidência de doenças e agravos. Para que esta atenção seja realizada, as equipes de saúde tanto podem estar localizadas em um posto de saúde fora da unidade prisional quanto em um centro de saúde no interior da mesma, permanecendo dentro delas quando o número de pessoas privadas de liberdade ultrapasse 100 e estendendo ações para dentro daquelas em que forem menos de 100 (BRASIL, 2010).

## 2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL E O PNSSP

A saúde bucal refletiu, ao longo de anos de atuação, a reprodução de práticas hegemônicas de assistência à saúde, com pouca capacidade de equacionar os principais problemas da população, e com o agravante de, historicamente, apresentar um sistema de prestação de serviços odontológicos deficientes, aliados a uma prática odontológica iatrogênico-mutiladora (MARTINS et al., 2005).

Com o objetivo de reverter a situação precária vivida por essa população, limitada em seu exercício de cidadania durante décadas, foi proposta a Política de Saúde Bucal do Brasil. A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, significa um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que se centre nas efetivas necessidades de saúde da população ( PUCCA Jr, 2006)

A Política Nacional de Saúde Bucal compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

Assim, as ações e os serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades. (BRASIL, 2004)

Neste contexto, a proposta da assistência odontológica no PNSSP compartilha da proposta da Política Nacional de Saúde Bucal, uma vez que visa proporcionar ações de promoção proteção e recuperação da saúde bucal da população penitenciária (BRASIL, 2010).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Avaliar o uso de serviços odontológicos e as condições de saúde bucal dos presidiários no município Guarabira/PB.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar os indivíduos quanto à idade e escolaridade;
- Verificar o uso de serviços odontológicos;
- Estimar o número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO -D);

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1. TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, observacional, de natureza transversal, através da técnica direta intensiva, com abordagem quantitativa.

### **4.2. LOCAL DA PESQUISA**

O estudo foi realizado no município de Guarabira, na Penitenciária João Bosco Carneiro. A referida unidade penitenciária apresenta uma unidade de saúde implantada e destaca-se por seu engajamento no processo de ressocialização dos detentos, através da valorização do trabalho prisional e assistência educacional formal e profissionalizante, sendo a gestão deste presídio facilitadora de projetos que venham a proporcionar a reintegração dos presidiários à sociedade, motivando, portanto, a escolha desta unidade prisional para o desenvolvimento do estudo.

### **4.3. POPULAÇÃO/AMOSTRA**

A população de estudo compreendeu todos os presidiários da penitenciária João Bosco Carneiro, no período de 12 a 18 de dezembro de 2011, correspondendo a 206 presos. A amostra foi selecionada de forma sistemática. Os indivíduos cujos nomes estavam posicionados nos números pares, da lista disponibilizada pela direção, foram os selecionados. Face ao curto período do estudo, a amostra resultou em apenas 39 indivíduos.

### **4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Foram incluídos no estudo todos os presidiários que se dispuserem a participar da pesquisa. Sendo excluídos, aqueles que por qualquer motivo se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### 4.5. INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS ESTUDADAS

A primeira parte do instrumento de coleta de dados corresponde a um questionário referente ao perfil sociodemográfico, e uso de serviços odontológicos. A segunda parte se constitui no exame clínico odontológico, onde foi abordada a experiência de cárie dentária por meio do índice CPO- D

Dessa forma, no quadro abaixo estão descritas as variáveis de estudo definidas e suas respectivas categorias.

<b>Quadro 1. Distribuição das variáveis analisadas.</b>	
<b>Variável</b>	<b>Descrição</b>
Idade	Anos de Vida
Escolaridade	Grau de Escolaridade
Ultima consulta odontológica	Menos de um ano; Um a dois anos;Três anos ou mais.
Tipo de serviço utilizado	Público; Presídio; Privado.
Cárie dentária	Dentes cariados, perdidos, obturados.

#### 4.6. PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

##### 4.6.1 Exame Clínico

O exame clínico foi realizado em um consultório odontológico, no interior da penitenciária. O exame clínico intra-bucal de cada presidiário foi realizado por um único examinador, devidamente calibrado, auxiliado por um anotador instruído para tal função, ambos obrigatoriamente paramentados, atendendo as normas gerais de biossegurança.

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

#### 4.6.2 Índice CPO-D

Neste estudo, para avaliar a experiência de cárie foi utilizado o índice CPO-D. O índice CPO-D é um índice recomendado pela OMS, para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações, seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados no grupo de indivíduos em estudo.

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

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

- manchas esbranquiçadas;
- descoloração ou manchas rugosas;
- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas de 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.

Nota: Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como dente hígido.

**(1) – Coroa Cariada.**

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

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

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

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

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

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

não são incluídos no CPO-D.

#### 4.7. PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

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

#### 4.8. ASPECTOS ÉTICOS

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

## 5 RESULTADOS

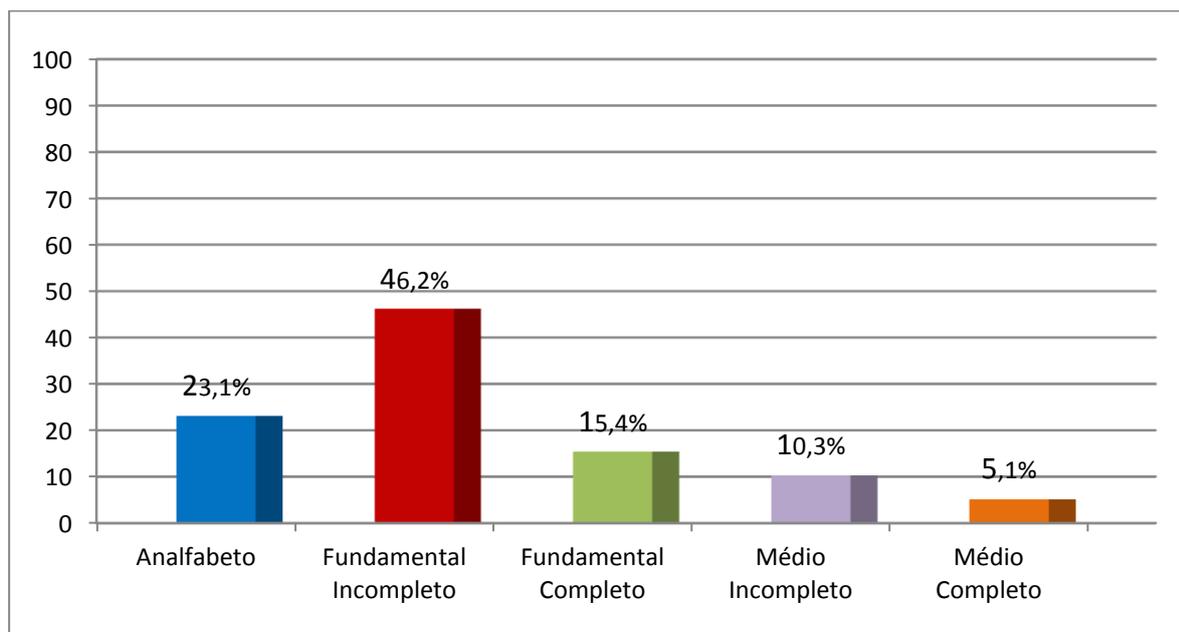
### 5.1 ASPECTOS SOCIO- DEMOGRÁFICOS

Analisando-se a idade dos presidiários, observou-se que a idade média foi de 33,1 anos ( $\pm 7,7$ ), com a mínima de 22 anos e a máxima de 49 anos. A distribuição dos apenados segundo a faixa etária revelou que a maioria tinha entre 26 e 30 anos (25,6%), conforme mostra a Tabela 1.

**Tabela 1. Distribuição dos presidiários segundo a faixa etária**

Faixa Etária	Frequência	
	n	%
20 – 25	7	17,9
26 – 30	10	25,6
31 – 35	5	12,8
36 – 40	8	20,5
41 – 45	6	15,4
46 – 50	3	7,7
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Com relação à escolaridade, aproximadamente um quarto da amostra (23,1%) revelou ser analfabeta. Dos que apresentam alguma escolaridade, 46,2% possuía o ensino fundamental incompleto, 15,4% o ensino médio incompleto, 10,3% o ensino médio completo e 5,1% o ensino fundamental completo, como demonstrado no Gráfico 1.

**Gráfico1. Distribuição dos presidiários quanto à escolaridade**

## 5.2 USO DE SERVIÇOS

Quando questionados sobre a utilização de serviços odontológicos em algum momento da vida, todos os indivíduos da amostra afirmaram já ter consultado um cirurgião-dentista. Com relação a última consulta odontológica, 82,1% aconteceram a menos de um ano, 5,1% entre dois e três anos e 12,8% há três anos ou mais. Das quais, 76,9% ocorreram no presídio, 17,9% em algum serviço público fora da prisão e 5,1 no serviço privado. Sendo a exodontia o procedimento realizado em mais da metade dos procedimentos (51,3%). (Tabela 2)

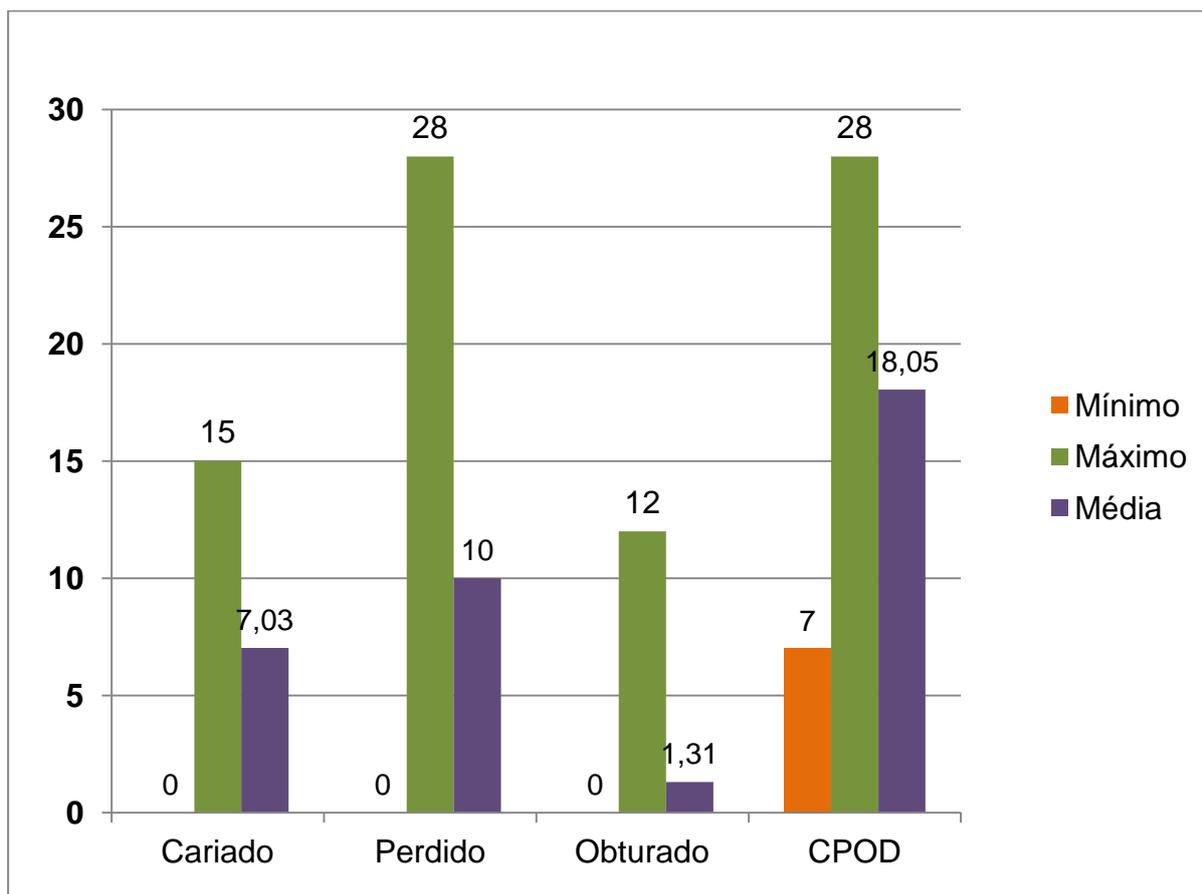
**Tabela 2. Distribuição dos presidiários quanto a autopercepção de necessidade de tratamento e o uso de serviços odontológicos.**

	Frequência	
	n	%
<b>Necessidade de Tratamento</b>		
Sim	<b>34</b>	<b>87,2</b>
Não	<b>03</b>	<b>7,7</b>
Não informado	<b>02</b>	<b>5,1</b>
<b>Tempo da Última Consulta</b>		
< 1 ano	<b>32</b>	<b>82,1</b>
1 a 2 anos	<b>02</b>	<b>5,1</b>
3 anos ou mais	<b>05</b>	<b>12,8</b>
<b>Local da Consulta</b>		
Presídio	<b>30</b>	<b>76,9</b>
Serviço Público	<b>07</b>	<b>17,9</b>
Serviço Privado	<b>02</b>	<b>5,1</b>
<b>Motivo da Consulta</b>		
Exodontia	<b>20</b>	<b>51,3</b>
Outros Motivos	<b>19</b>	<b>48,7</b>

### 5.3 ÍNDICE CPO- D

Quanto ao índice CPO- D, a mediana correspondeu a 18, sendo a média 18,05 ( $\pm 5,8$ ), com o valor mínimo de 7 e o valor máximo de 28. Quando analisados os componentes do CPO-D isoladamente, observou-se que o componente perdido, apresentou-se em maior proporção, como pode ser observado no gráfico 3.

**Gráfico 2. Distribuição do valor mínimo, máximo e média do CPO-D e dos seus respectivos componentes**



## 6 DISCUSSÃO

A violência estrutural, sofrida por grande parte do povo brasileiro, em consequência da desestrutura histórica, social, econômica e educacional, resulta em uma segregação seletiva de uma parcela da população (ARMANI, CRUZ-SILVA, 2010). Destarte, os indivíduos resignados à privação de liberdade, compõem o retrato da exclusão social vivenciada anteriormente a prisão, e reafirmada durante e após o cumprimento da pena (CARVALHO et al., 2006).

A observação dos dados em estudo permitiu identificar que, semelhante ao encontrado em outras pesquisas (ESPÍRITO SANTO, FERNANDEZ, 2008; CARVALHO et al., 2006; NERI, 2004; BORILLI, SHIKIDA, 2003), são os indivíduos entre 20 e 30 anos os mais numerosos entre os presidiários. Neste cenário, percebe-se que existe uma inversão social de valores, visto que, são os indivíduos em idade produtiva, os que mais se aglomeram nas prisões e conseqüentemente proporcionam, ao Estado brasileiro, grandes custos com segurança pública.

Consoante com os dados nacionais e de pesquisas realizadas em outras regiões do país, este estudo observou que grande parte dos apenados não chegou a concluir o ensino fundamental (CARVALHO et al., 2006; BORILLI, SHIKIDA, 2003). A baixa escolaridade é um aspecto tão marcante, que mesmo diante de um número tão pequeno de indivíduos entrevistados nesta pesquisa, é notória a presença do analfabetismo, refletindo não apenas o déficit educacional dos presidiários, mas principalmente o da população da região Nordeste, cuja taxa de analfabetismo é considerada a maior do país (IBGE, 2010).

De acordo com Bastos e Lima-Costa (2009) e Camargo et.al (2009), o uso de serviços odontológicos tende a ser maior entre os indivíduos de maior renda e escolaridade. Contrariamente, pessoas pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade desfavorável de condição bucal (MOREIRA, 2007). Demonstra-se, portanto, que a posição relativa que cada grupo de pessoas ocupa na sociedade, torna-os diferentes quanto ao risco de adoecer, bem como no que se refere ao acesso a serviços de saúde (BOING, 2005).

Sérias dificuldades podem ser encontradas com relação à assistência odontológica dos presidiários, pois, logo no momento da admissão, os ingressos já apresentam precárias condições de saúde bucal, decorrente das necessidades dentais não suprimidas anteriormente a prisão, sobrecarregando a assistência do sistema penitenciário. (WALSH, 2008). No que se refere ao uso de serviços odontológicos por parte dos presidiários em estudo, observou-se que grande parte utilizou a assistência odontológica presente na penitenciária, em menos de um ano, confirmando desta forma, a necessidade de tratamento odontológico relatada pelo grande maioria.

Neste contexto, é importante ressaltar que além da deficiente condição de saúde bucal dos presos, a assistência odontológica nos presídios apresenta outras dificuldades, que podem estar relacionados a diversos fatores, tais como: elevado número de presidiários, dificuldades estruturais e de recursos humanos para os serviços odontológicos, bem como dificuldade na logística de escolta dos presos. (HARVEY et al.; 2005).

Na tentativa de verificar a necessidade de tratamento odontológico, com base na experiência de cárie, utilizou-se o índice CPO-D. Os resultados encontrados neste estudo mostraram um CPO-D médio de 18,05, chegando a ultrapassar a média da população adulta brasileira, que de acordo com o último levantamento epidemiológico correspondeu a 16,3 (BRASIL, 2010). Comparando-se com os achados em presidiários de outros países, observa-se que a média do CPO-D dos presidiários deste estudo foi inferior ao encontrado nos Estados Unidos (22,1) e Austrália (20,4), contudo, superior ao encontrado nos presidiários da Inglaterra (14,2) e Itália (9,8) (OSBORN; BUTLER; BARNARD,2003; HEIDARI et al.,2007; CARMELO et al.,2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007), muitos prisioneiros por originarem-se de comunidades com um elevado nível de exclusão social, apresentam significativamente maiores necessidades de saúde bucal em relação à população geral. Somada a exclusão social, os fatores comportamentais anteriores a prisão, como o uso de bebidas alcoólicas, o fumo e o uso de drogas contribuem sobremaneira para as precárias condições de saúde geral e bucal dos apenados (HARVEY, 2005).

Quando analisados os componentes do CPO-D isoladamente, observa-se que o componente perdido apresentou a média mais elevada, seguida do componente

cariado e obturado respectivamente. Tais achados evidenciam a necessidade de uma orientação do serviço odontológico, visando à prevenção de novas perdas dentárias e de reabilitação dos danos já instalados, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida deste grupo de indivíduos, buscando contribuir com a futura reintegração social dos mesmos.

Neste contexto, ressalta-se, a importância da necessidade de uma avaliação geral das condições de saúde bucal dos presidiários desta unidade prisional, no intuito de guiar a assistência odontológica destes indivíduos, e desta forma, sanar as necessidades dentárias dos mesmos, visto que a referida penitenciária conta com serviço odontológico em seu interior.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora os resultados encontrados neste estudo não permitam fazer inferências, é possível imaginar que as condições de saúde bucal dos presidiários, tanto no município de Guarabira, como no Estado da Paraíba, não sejam satisfatórias, tanto pelo encontrado neste estudo quanto pelo já descrito na literatura internacional. Neste sentido, entende-se que existe a necessidade de uma avaliação mais ampla das condições de saúde bucal dos presidiários do Estado da Paraíba no intuito de auxiliar o planejamento dos gestores no que se refere às ações de saúde bucal a serem desenvolvidas nas unidades de saúde presentes nos presídios.

.

## 8 REFERENCIAS

ALMEIDA, A.B.; ALVES, M.S.; LEITE, I.C.G. Reflexões sobre os desafios da odontologia no sistema único de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 126-132, jan./mar., 2010.

ANTUNES, J.L.F. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n.3, p.562-7, jun, 2008.

ANTUNES, J.L.F; NARVAI, P.C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n.2, p. 360-5, 2010.

ARMANI, T.E; CRUZ-SILVA C.T.A. Avaliação socioeconômica e de fatores que levam a violência com detentos de Cascavel/PR. Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, p. 253-274, abr./jun. 2010

ASSIS, R. F. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XI, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007.

BITTAR, O.T. et al. O PES e a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil, **RFO**, v. 14, n. 1, p. 71-76, jan/abr, 2009.

BOING, A.F. et al. Estratificação sócio econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p. 673-678, mai-jun. 2005.

BORILLI, S.P; SHIKIDA P.F.S. Economia e crime: Um estudo exploratório na Penitenciária Industrial de Guarapava e Cadeia Pública de Foz do Iguaçu(PR).**Rev. Econômica do Nordeste**, v.34,n.3, p.328-346, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 291 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação da saúde no sistema penitenciário. 1ª Ed. Brasília-DF, 2010.172 p

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento,Orçamento e Gestão.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores. Rio de Janeiro, 2009, 288p.

\_\_\_\_\_. MS/SAS/DAPES. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2ª edição. Brasília-DF: Editora MS, 2005.68p

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema penitenciário no Brasil. Brasília (DF); 2005. 56p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população

brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília-DF. 2004. 52p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília; 2004.16 p.

CAMARGO M.B.J.et al. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços; *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n. 9, p.1894-1906, set, 2009.

CARVALHO, M.L. et al.. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11 ,n.2, p.461-471, 2006 .

CATALAN-SOARES, B. C.; ALMEIDA, R. T. P.; CARNEIRO-PROIETTI, A. B. F. Prevalência HIV-1/2, do HTLV-I/II, do vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV), do *Treponema pallidum* e do *Trypanosoma cruzi* entre os presidiários em Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 33, n.1, p. 27-30, jan.-fev. 2000.

COELHO, H.P. et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n.2, p.124-31, 2009.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença. Rio de Janeiro: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2006.

CROPSEY, K.L. et al. Relationship Between Smoking Status and Oral Health in a Prison Population. **Journal of Correctional Health Care**, v. 12, n.4, p.240-248,oct, 2006.

CYPRIANO S.; SOUSA M.L.R.; SEICHI WADA, R. Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária **Rev Saúde Pública**, v.39, n.2, p.285-92, 2005.

ESPÍRITO – SANTO, A.P; FERNANDEZ J.C. Criminalidade sob a ótica do presidiário: o caso da penitenciária lemos brito, na Bahia. **Rev. Desenhahia**, n. 9, set, p. 233-258, 2008.

FERNANDES, L.S.; PERES, M.A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.6, p.930-6, 2005.

GARITA, R.; BALLESTERO, F.; LETCHUK, D. Índice de CPOD y prevalencia de patologías orales en privados de libertad. **Odontología Vital**, v.2, n13, p. 14-25, 2010.

GABE, C.; LARA, G. M. Prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul. **Rev. bras. anal. clín**, v. 40, n.2, p. 87-89, 2008.

HARVEY, S. et al. Reforming prison dental services in England: a guide to good practice. **Health Edu J** , v.64 (Suplem 4), p.1-39,agost., 2005.

HEIDARI, E. et al.Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. **British Dental Journal**, p.1-6, 2007.

HENG, C. Dental Health of Female Inmates in a Federal Prision (2000). UCHC Graduate School Masters Theses. Paper 75. Disponível em: [http://digitalcommons.uconn.edu/uchcgs\\_masters/75](http://digitalcommons.uconn.edu/uchcgs_masters/75). Acessado em setembro de 2011.

LEAL C.O.B. Legitimação do sistema penitenciário no contexto de uma política de observância dos direitos fundamentais. **Rev.IBDH**, v.4,n.4,p.26-32, 2003.

MACHADO, C.V; BAPTISTA, T.W.F; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.3,p.521-532, 2011.

MARTINS A.M.E.B.L. et al. Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. **Unimontes Científica**, v.7 n.1, 2005.

MATOS D.L; LIMA-COSTA M.F. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22,n.8, p.1699-1707, ago, 2006

MCGRATH, C. Oral health behind bars: A study of oral disease and its impact on the life quality of an older prison population.**The Gerodontology Association**, v.19, n.22, 2002.

MOREIRA, T.P. et al. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v. 23, n 6, p.1383-1392, jun, 2007.

MOREIRA, S.R; NICO L.S; TOMITA, N.E. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.1, p.275-284, 2007.

NERI, M. Retratos do cárcere. **Rev. Conj.Econômica**.ago,p.70-71,2004.

NOGUEIRA,P.A.; ABRAHÃO, R.M.C.M. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v.12, n.1, mar, 2009.

OLIVEIRA, H.B.; CARDOSO, J.C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas,São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, n.15,v.3, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. Geneva; 2007.198p.

OSBORN, M.; BUTLER, T.; BARNARD, P.D.Oral health status of prison inmates –

New South Wales, Australia. **Australian Dental Journal**, v. 48, n.1, p. 34-38, 2003.

PUCCA Jr. G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Cien. Saúde Coletiva**,v. 11,n. 1, p. 243-246, 2006.

SÁNCHEZ, A.R.; DIUANA, V.; LAROUZÉ, B. Controle de tuberculose nas prisões brasileiras: novas abordagens para um antigo problema. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n.5, p. 850-851, maio, 2010.

SALIBA, N. et al. Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. **Cien. Saúde Colet.**,v.15(Supl. 1), p.1857-1864, 2010.

SILVA, M. B. B. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 653-682, 2010.

WALSH, T. et al. An investigation of the nature of research into dental health in prisons:a systematic review. **British Dental Journal**, v.204, n.12,p. 683-689, jun, 2008.

# **ANEXOS**

## ANEXO A . TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS APENADOS NO MUNICÍPIO DE GUARABIRA, PARAÍBA**”.

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

O trabalho “**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS APENADOS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA**”, terá como objetivo geral **AVALIAR AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS APENADOS NO MUNICÍPIO DE GUARABIRA, PARAÍBA**.

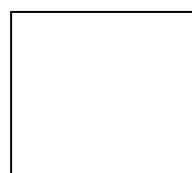
Ao voluntário só caberá a autorização para **A REALIZAÇÃO DE UM EXAME CLÍNICO ODONTOLÓGICO, E APLICAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO**, de modo que não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

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

\_\_\_\_\_/Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_/ Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica - Participante da pesquisa



# APÊNDICE

## APÊNDICE A- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

### 1. Questionário \_\_\_\_\_

#### 1.1 Aspectos Sociodemográficos

1. Idade: _____ anos
2. Grau de Escolaridade: 1. Analfabeto 2. Fundamental _____ 3. Médio _____ 4. Superior _____

#### 1.2 Uso de Serviços Odontológicos

3. Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista? 1- Não                      2- Sim                      8-Não sabe / Não respondeu
4. O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? 1- Não                      2- Sim                      8 - Não sabe / Não respondeu
5. Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente? 1- Não      2- Sim                      8- Não sabe / Não respondeu                      9- Não se aplica
6.Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez? 1-Menos de um ano    5 – Não sabe / Não respondeu 2-Um a dois anos    6 – Não se aplica 3-Três anos ou mais
7. Onde foi a sua última consulta? 1-Presídio    5-Não sabe / Não respondeu 2- Serviço público;                                      6-Não se aplica 3- Serviço particular;

8. Qual o motivo da sua última consulta?

1-Revisão, prevenção ou check-up  
 2-Dor  
 3-Extração  
 4-Tratamento

5-Não sabe / Não respondeu  
 6-Não se aplica  
 7- Outros

## 2. Exame Clínico

### 2.1 Índice CPO

**Códigos : C- Cariado / P- Perdido / O - Obturado**

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