

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Ludmila Roberto Moraes

**Impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida de mulheres
privadas de liberdade em Juiz de Fora – MG**

Juiz de Fora

2020

Ludmila Roberto Moraes

**Impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida de mulheres
privadas de liberdade em Juiz de Fora – MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientadora: Profa. Dra. Danielle Teles da Cruz

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Moraes, Ludmila Roberto.

Impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG / Ludmila Roberto Moraes. -- 2020.

123 f. : il.

Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientadora: Danielle Teles da Cruz

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

1. Autopercepção. 2. Mulheres. 3. Pessoas Privadas de Liberdade. 4. Qualidade de vida. 5. Saúde bucal. I. Leite, Isabel Cristina Gonçalves, orient. II. Cruz, Danielle Teles da, coorient. III. Título.

Ludmila Roberto Moraes

**Impacto Autopercebido da Saúde Bucal na Qualidade de Vida de Mulheres
Privadas de Liberdade em Juiz de Fora - MG**

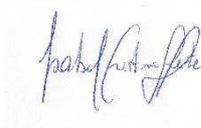
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 04 de dezembro de 2020.

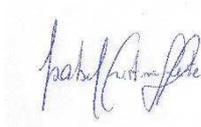
BANCA EXAMINADORA



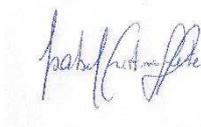
Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora



p/ Profa Dra Danielle Teles da Cruz – Coorientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora



p/ Profa Dra Janice Simpson de Paula
Universidade Federal de Minas Gerais



p/ Profa Dra Efigênia Ferreira e Ferreira
Universidade Federal de Minas Gerais

À Ilka, meu sangue, meu ar, minha companheirinha.

Tudo por você, Filha!

AGRADECIMENTOS

É chegado o momento de agradecer. A retrospectiva desses dois anos me toma de profunda emoção.

Eu tive e tenho Deus comigo a todo instante e a ele inicio com humildade meu texto de gratidão. Obrigada Senhor, por toda luz e sombra precisamente colocadas a cada ato que me conduziram até aqui, e principalmente, Meu Deus, pelos anjos que pôs nesse caminho e que passo a agradecer:

Filha, você tinha um pouquinho mais de 1 ano quando tudo começou por aqui. Mais da metade da sua vida foi ao lado de uma mãe mestranda, que precisou abrir mão de horas com você para seguir nesse propósito. Eu sei que nesses 2 anos o que ficou foi a minha ausência, cansaço e impaciência, mas eu torço que daqui a uns anos ao te contar com alegria os detalhes de como tudo aconteceu, essas sensações sejam substituídas pelo orgulho e pelo exemplo de perseverança e luta.

Pais, obrigada por todo suor, renúncias e coragem responsáveis por me trazerem até aqui.

Gustavo, o homem escolhido por Deus para fazer nascer a Ludmila mãe. Obrigada pelo maior presente da vida. Por ser tão amoroso com a nossa filha. Por ter, solicitamente, me socorrido tantas vezes com ela para que eu conseguisse desenvolver as atividades acadêmicas. Por estar fazendo a infância dela tão feliz.

À minha orientadora, Professora Dr^a Isabel Cristina Gonçalves Leite, agradeço a orientação exemplar, precisa, ágil, respeitosa, encorajadora e a paciência com as minhas deficiências. Sobretudo, Bel, agradeço pela amizade construída, pelo seu interesse não somente pelo estudo que desenvolvemos, mas por todas as vezes que torceu e se preocupou para que todo o resto que se relacionava a mim estivesse se desenvolvendo bem também.

A minha mestre querida Lidi, por todo o caminho aberto para o desenvolvimento do estudo, pelo ser humano inspirador, pelas palavras que me acalmaram tantas vezes.

A minha coorientadora Professora Dr^a Danielle Teles da Cruz, a Dani, que “virou a cadeira para mim” e olha no que deu... (risos).

As professoras Dr^a Janice e Dr^a Efigênia que com atenção e carinho aceitaram o convite de contribuírem com seus conhecimentos para a construção deste estudo.

A querida amiga Professora Dr^a Andréa Videira Assaf, por ter sido a primeira escuta e o empurrão para que o sonho do mestrado assumisse o status de realidade.

Aos colegas de turma, a todos os professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Aos profissionais da Penitenciária José Edson Cavaliere, que contribuíram para o bom andamento da pesquisa, e em especial ao Diretor de Segurança Giovane Schaefer e à policial penal Marielly Crispim pelo esforço despendido nos dias de coleta de dados.

A todas as mulheres acauteladas participantes que confiaram na oportunidade de fazerem sua grita e na responsabilidade do estudo.

Por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram com suas chegadas e partidas para que o momento da realização se concretizasse.

Foi tudo como podia e tinha que ser. Chegamos. Obrigada!

“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem. Lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracterize” (SANTOS, 1995).

RESUMO

No Brasil, aproximadamente 6% da população prisional brasileira é composta por mulheres que apesar da baixa taxa de encarceramento frente aos homens, apresenta crescimento mais incrementado que esses. A maior parte das mulheres privadas de liberdade apresenta situação prévia de vulnerabilidades, o que pode acarretar em diferenças na autopercepção da saúde bucal. As mulheres socialmente mais vulneráveis também podem ser aquelas com as piores condições de saúde bucal e acesso à serviços odontológicos e, quando estão expostas ao encarceramento, é possível que essas questões sejam potencializadas, repercutindo de forma prejudicial nas condições de saúde. O impacto dos problemas bucais tem sido associado a indicadores sociais, da mesma forma, que há associação entre o conceito de qualidade de vida e aspectos gerais de saúde, incluindo a saúde bucal. Assim sendo, o objetivo do presente estudo foi medir o impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida de mulheres acauteladas em uma unidade prisional de Juiz de Fora, Minas Gerais. Para tal foi utilizado como instrumento o Perfil de Impacto da Saúde Oral, analisada como variável dependente do estudo. Trata-se de um estudo de delineamento transversal, realizado com mulheres privadas de liberdade. Os dados foram primeiramente submetidos à análise descritiva. Para análise bivariada foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos adequados a distribuição da variável dependente. Para análise multivariada dos fatores associados ao impacto autopercebido da saúde bucal foi utilizado um modelo teórico de determinação com três blocos hierarquizados, ajustados por regressão linear. As variáveis independentes foram ajustadas entre si dentro de cada bloco. As variáveis com nível de significância $\leq 0,10$ foram incluídas no modelo de regressão linear e ajustadas ao nível superior ao seu. O nível de significância adotado foi de 5%. 99 mulheres foram avaliadas com idade média de 33 anos, maioria não-brancas (77,8%), no máximo de 9 anos completos de escolaridade (76,7%) e renda até um salário mínimo antes do encarceramento (66,7%). 81,9% das acauteladas consideram estar nos degraus mais baixos de acordo com a escala status social subjetivo *Mc Arthur*. Tempo médio de encarceramento de 25 meses ($\pm 38,01$). 90,9 % recebem assistência de saúde na penitenciária, e o menor percentual de assistência informado relaciona-se ao atendimento odontológico (58,6%). 33% referem ter experimentado perdas dentárias após o encarceramento, com média de 3,70 ($\pm 3,26$) dentes perdidos. 65,6% avaliam

a satisfação com o serviço odontológico em regular e ruim. 86,9% relatou algum sintoma de ansiedade e depressão. As maiores prevalências de impacto da saúde bucal foram domínio Desconforto psicológico (50,5%) e Dor física (40,4%). Os domínios de maior impacto foram: Desconforto psicológico, Dor física, Incapacidade psicológica e Desvantagem social. Ao domínio Desconforto psicológico impactaram negativamente as variáveis: Número de consultas odontológicas no último ano e Autopercepção de saúde geral. Ao domínio Dor física, as variáveis associadas foram: Cor autodeclarada e Ansiedade. A variável Autopercepção de saúde geral impactou também os domínios Incapacidade psicológica e Desvantagem social. O OHIP-14 total foi influenciado para um pior impacto pela variável Depressão. O estudo revelou as características desta população, entendendo questões atinentes ao acesso ao serviço odontológico, identificou que a saúde bucal, dentro da autopercepção das acauteladas, impacta em sua qualidade de vida e dessa forma permite contribuir para a elaboração e planejamento de estratégias que visem melhores condições de saúde e de vida nas unidades prisionais e possibilitem minimizar os agravos à saúde durante o encarceramento.

Palavras-chave: Autopercepção. Mulheres. Pessoas Privadas de Liberdade. Qualidade de Vida. Saúde Bucal.

ABSTRACT

In Brazil, approximately 6% of the Brazilian prison population is composed of women whose rate has increased more than men's, despite the low rate of incarceration compared. Most women who are deprived of their liberty have a previous situation of vulnerability, which can lead to differences in self-perception of oral health, and those who are more socially vulnerable are also those with the worst oral health conditions and access to dental services. Incarceration tends to potentiate these issues, affecting health conditions adversely. The impact of oral problems has been associated with social indicators, in the same way, that there is an association between the concept of quality of life and general health aspects, including oral health. Therefore, the objective of the present study is to measure the self-perceived impact of oral health on the quality of life of women in care in a prison unit in Juiz de Fora, Minas Gerais. To this end, the Oral Health Impact Profile will be used as an instrument, it is a globally used indicator to clarify the social impact of oral diseases, as it is robust in measuring dysfunction, discomfort and attributed disability caused by oral condition. This is a cross-sectional, observational study, carried out with women deprived of their liberty. The data were first submitted to descriptive analysis. For bivariate analysis, parametric and nonparametric tests were used, appropriate to the distribution of the dependent variable. For multivariate analysis of the factors associated with the self-perceived impact of oral health, a theoretical model of determination was used with three hierarchical blocks, adjusted by linear regression. The independent variables were adjusted to each other within each block. Variables with a significance level ≤ 0.10 were included in the linear regression model and adjusted to a level higher than yours. The level of significance adopted was 5%. 99 women were evaluated with an average age of 33 years, mostly non-white (77.8%), with a maximum of 9 years of schooling (76.7%) and income up to one minimum wage before incarceration (66.7%). 81.9% of the prisoners consider themselves to be on the lowest steps according to the McArthur subjective social status scale. Average time of incarceration of 25 months (± 38.01). 90.9% receive health care in the penitentiary, and the lowest percentage of informed care is related to dental care (58.6%). 33% reported having experienced tooth loss after incarceration, with an average of 3.70 (± 3.26) missing teeth. 65.6% rated satisfaction with the dental service as regular and poor. 86.9% reported some symptoms of anxiety and depression. The highest prevalence of oral

health impact were the domain psychological discomfort (50.5%) and physical pain (40.4%). The domains of greatest impact were: psychological discomfort, physical pain, psychological disability and social disadvantage. The psychological discomfort domain had a negative impact on the variables: no. Of dental consultations in the last year and self-perception of general health. In the physical pain domain, the associated variables were: self-reported color and anxiety. The variable self-perception of general health also had an impact on the areas of psychological disability and social disadvantage. The total ohip-14 was influenced for a worse impact by the variable depression. The study revealed how characteristics of this population, understanding issues related to access to dental services, identified that oral health, within the self-perception of those in charge, impacts their quality of life and in order to contribute to the preparation and planning of strategies that aim at better health and life conditions in prison units and make it possible to minimize health problems during incarceration.

Keywords: Self Concept. Women. Prisoners. Quality of Life. Oral Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Gráfico de informações prisionais dos países com maior população prisional feminina (janeiro/2016 a março/2016, por taxa da população feminina residente).....	26
Figura 2 - Diagrama descritivo da população de estudo.....	49
Figura 3 - Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre o impacto autopercebido da saúde bucal na vida das mulheres em blocos hierarquizados.....	55
Gráfico 1 - Distribuição das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, de acordo com a prevalência do impacto, por domínios do OHIP-14 – Juiz de Fora, MG, 2020.....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas, socioeconômicas e de encarceramento das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, 2020.....	91
Tabela 2 - Caracterização das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, de acordo com a autopercepção de saúde e morbidades referidas – Juiz de Fora, MG, 2020.....	93
Tabela 3 - Distribuição das mulheres acauteladas em juiz de fora, de acordo com a prevalência do impacto, por domínios do OHIP-14 – Juiz de Fora, MG, 2020.....	94
Tabela 4 - Distribuição das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, pergunta a pergunta por domínio, segundo a prevalência do impacto, média e desvio-padrão (dp) - Juiz de Fora, MG, 2020.....	95
Tabela 5 - Média, desvio-padrão e p-valor das variáveis independentes, por domínios e para OHIP-14 total das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, MG, 2020.....	96
Tabela 6 - Modelo de regressão linear múltipla: fatores associados ao OHIP-14 das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, MG, 2020.....	101
Tabela 7 - Modelo de regressão linear múltipla: fatores associados ao OHIP-14 das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, MG, 2020.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.	Artigo
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CEO	Centro de Especialidades Odontológica
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
Depen	Departamento Penitenciário Nacional
EABp	Equipes de Atenção Básica Prisional
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens Sociais
Infopen	Informações Penitenciárias
ITTC	Instituto Terra, Trabalho e Cidadania
LEP	Lei de Execução Penal
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MG	Minas Gerais
NAS	Núcleo de Assistência à Saúde
OHIP	Oral Health Impact Profile
OHRQoL	Oral Health Reported Quality of Life
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHQ	Patient Health Questionnaire
PIR	Programa de Inclusão e Ressocialização
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade do Sistema Prisional

Pnampe	Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSSP	Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário
PRO	Patient Reported Outcome
PROM	Patient Reported Outcome Measures
QVLS	Qualidade de Vida ligada à Saúde
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RISP	Região Integrada de Segurança Pública
SIGPRI	Sistema Integrado de Gestão Prisional
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHO	World Health Organization

LISTA DE SÍMBOLOS

KM	Quilômetros
%	Porcento
XIX	Dezenove
XX	Vinte
\geq	Maior ou igual
$>$	Maior
\leq	Menor ou igual
$<$	Menor

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1	O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO – ASPECTOS HISTÓRICOS, HODIERNOS E LEGAIS.....	21
2.1.1	As mulheres no sistema e seu encarceramento no Brasil.....	23
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O SISTEMA PRISIONAL	26
2.2.1	Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário – PNSSP.....	27
2.2.2	Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP	28
2.2.3	A Saúde da mulher e a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional – Pnampe.....	31
2.3	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E A ATENÇÃO À POPULAÇÃO PRISIONAL	34
2.4	<i>PATIENT REPORTED OUTCOMES</i> – DESFECHO REPORTADO PELO PACIENTE E <i>PATIENT REPORTED OUTCOME MEASURES</i> – MEDIDA DO DESFECHO REPORTADO PELO PACIENTE.....	37
2.5	<i>ORAL HEALTH IMPACT PROFILE</i> – PERFIL DE IMPACTO DA SAÚDE BUCAL	40
2.5.1	<i>Oral Health Related Quality of Life</i> – Qualidade de vida relacionada à saúde bucal.....	40
2.5.2	<i>Oral Health Impact Profile 49</i> – Perfil de Impacto da Saúde Bucal 49.....	41
2.5.3	<i>Oral Health Impact Profile 14</i> – Perfil de Impacto da Saúde Bucal 14.....	43
3	OBJETIVOS	46
3.1	OBJETIVO GERAL.....	46
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
4	METODOLOGIA.....	47
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	47
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	47
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	48

4.4	COLETA DE DADOS.....	49
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	51
4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	52
4.6.1	Variável dependente.....	52
4.6.2	Variáveis independentes.....	52
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	54
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	57
5	RESULTADOS e DISCUSSÃO	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS.....	86
	APÊNDICE A – TABELAS	95
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	103
	APÊNDICE C – Questionário semiestruturado	105
	ANEXO A – Carta de anuência	114
	ANEXO B – Declaração de concordância e infraestrutura	115
	ANEXO C – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF ..	116

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o Brasil ocupa o quarto lugar na posição de países com maior população carcerária feminina no mundo (WORLD PRISION BRIEF, 2020). Essa população é representada expressivamente por mulheres jovens, negras, solteiras, mães, com baixo nível de escolaridade e renda. O encarceramento feminino destaca-se por sua alta taxa de crescimento frente ao grupo masculino, o que representou no período de 2000 a 2016 aumento em 656% no país (SANTOS *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2013).

As mulheres privadas de liberdade são mais acometidas por agravos à saúde do que a população feminina em geral. Entre as vulnerabilidades estão as relacionadas à saúde bucal, o que pode impactar na percepção de sua qualidade de vida. A autopercepção negativa da saúde guarda relação com indicadores de iniquidades sociais, tais como, baixa renda e escolaridade, evidenciando a ação deletéria dos determinantes sociais de saúde. A relação entre esses determinantes e a manifestação de piores condições de saúde bucal é um tema relevante para a investigação científica no escopo da Saúde Coletiva e compõe a análise do presente estudo. O impacto dos problemas bucais tem sido associado a tais indicadores, da mesma forma, que há associação entre o conceito de qualidade de vida e aspectos gerais de saúde, incluindo a saúde bucal (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013; MINAYO; CONSTANTINO, 2015; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

No sistema prisional, a atenção à saúde está prevista de forma rasa na Lei de Execução Penal, que traz a assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreendendo o atendimento odontológico (BRASIL, 1984). Significativo impulso adveio com a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, em 2014, que se desafia minimizar problemas oriundos da precária atenção à saúde do sistema prisional (BRASIL, 2014c, 2019; FREITAS *et al.*, 2016; SILVA, 2015).

Pesquisa prévia demonstra a situação de fragilidade dos aparatos de saúde dentro das unidades prisionais. Realça que a escassez de perspectivas sociais, educacionais e de acesso a saúde que acompanha a vida dos presos, mantém-se na vida encarcerada e conclui que as instituições prisionais são marcadas por um conjunto de carências estruturais que impedem que o estado garanta que o indivíduo

tenha incólume sua saúde durante o período de sua vida na prisão (MINAYO; CONSTANTINO, 2015).

Estudos recentes sobre medidas de privação social tem sido correlacionados a saúde bucal fornecendo dados que confirmam a validade de construto de medidas de privação e indica que eles devem ser úteis na formulação de políticas de saúde bucal e decisões relativas à alocação de recursos de saúde bucal (LOCKER, 2000).

Muitos instrumentos foram projetados para medir o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Entre eles, o *Perfil de Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile – OHIP)*. Trata-se de um instrumento de qualidade de vida relacionado à saúde bucal para adultos que demonstrou a importância e universalidade dos aspectos mais gerais de saúde bucal relatados pelo paciente. Caracteriza-se como um constructo do impacto psicossocial e físico dos distúrbios orais medidos pelas seguintes escalas: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social (JOHN *et al.*, 2014; LOCKER, 1988; SLADE, 1997; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

Considerando o impacto autopercebido como indicador de saúde e o contexto apresentado que trata a saúde da população carcerária feminina como um problema de saúde pública, o presente estudo foi elaborado com o objetivo de verificar o impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida dessa população e os fatores associados em mulheres acauteladas em uma unidade prisional na cidade de Juiz de Fora- MG.

O município de Juiz de Fora possui como estabelecimento prisional destinado ao acautelamento de mulheres o Anexo Feminino Eliane Betti, inaugurada em outubro de 2018. A unidade prisional é uma referência para o acautelamento feminino de municípios no entorno de Juiz de Fora, que compõem a 4ª Região Integrada de Segurança Pública (4ª RISP). Atualmente a unidade conta com cerca de 120 reclusas.

Diante do exposto, a realização desse estudo é de fundamental importância para o direcionamento de medidas que visem à minimização dos agravos e impactos à saúde gerados pelo encarceramento. Identificar os principais determinantes e os processos que influenciam resultados na saúde bucal é importante porque os caminhos pelos quais fatores ambientais interagem com fatores individuais e subjetivos de saúde bucal pode trazer oportunidades para novas estratégias de promoção da saúde bucal. Estudar o impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida dessa população, pode confluir em tensionamento de políticas

públicas em saúde numa perspectiva integral, equânime e universal do cuidado em saúde estando, portanto, em consonância com o compromisso de defesa dos direitos humanos e sociais, preceito inerente à Saúde Coletiva.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO – ASPECTOS HISTÓRICOS, HODIERNOS E LEGAIS

Remonta-se aos tempos do Brasil-colônia o nascedouro da prisão no país. Àquele tempo, o diploma legal português que trazia o rol das condutas puníveis era as Ordenações Filipinas. Naquele período, Portugal, através desse código legal, positivava entre outras condutas punitivas o “Degredo”, que se trata de uma forma de banimento do país, tendo como destinatárias principais as mulheres que cometiam crimes sexuais ou religiosos, e como destino, o Brasil (SOARES; ILGENFRITZ, 2002).

No momento atual, a situação carcerária constitui-se em um dos problemas de maior complexidade da realidade social brasileira. Dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) informam que o número de presos é superior à quantidade de vagas do sistema penitenciário. Comparando estes dados com os de outros países, em números absolutos, o Brasil tem a quarta maior população prisional e a quinta maior taxa de ocupação dos estabelecimentos prisionais (SANTOS; DE VITTO, 2014a).

O Departamento Penitenciário Nacional (Depen) afirma que o sistema penitenciário brasileiro é um dos dez maiores do mundo, o que compreende o conjunto das unidades de regime aberto, fechado e semiaberto, masculinas e femininas, incluindo os estabelecimentos penais em que o recluso ainda não foi condenado (DAMÁZIO, 2010).

O Sistema Prisional perpetua a escassez de perspectivas sociais, educacionais e de acesso a saúde que acompanha a vida dos presos desde a infância, de modo que, significativa parte, ingressa no sistema depois de experiências de vida com poucas oportunidades de estudo, emprego e moradia, mantendo-se a mesma realidade na vida em cárcere e se projetando para o futuro (MINAYO; CONSTANTINO, 2015; SILVA, 2015).

São diversos os fatores que atravessam a dinâmica prisional e dificultam o acesso de pessoas privadas de liberdade aos direitos mais fundamentais. O próprio âmbito de “instituição total” – conceito cunhado pelo sociólogo canadense Erving Goffman para traduzir o controle e a normatização da vida em espaços isolados como

as prisões, os hospitais psiquiátricos, entre outros – é, sozinho, um intrincado empecilho (BENELLI, 2014).

Ângela Davis, em seu livro “*Estarão as prisões obsoletas*” (DAVIS, 2018), traz a lume que o cumprimento das penas privativas da liberdade, a privação ou a limitação de direitos inerentes ao patrimônio jurídico do homem gera uma hipertrofia da punição o que não só viola a medida da proporcionalidade como se transforma em poderoso fator de reincidência. Nesse diapasão, a autora reflexiona a ideologia do que representa a prisão:

A prisão funciona ideologicamente como local abstrato no qual os indesejáveis são depositados, livrando-nos da responsabilidade de pensar sobre as verdadeiras questões que afligem essas comunidades das quais os prisioneiros são oriundos em números tão desproporcionais. Esse é o trabalho ideológico que a prisão realiza – ela nos livra da responsabilidade de nos envolver seriamente com os problemas de nossa sociedade (DAVIS, 2018, p. 16-17).

As instituições prisionais são marcadas por um conjunto de carências estruturais (arquitetura precária, ambiente insalubre) e processuais (falta de trabalho, estudo, superlotação, pouca quantidade de profissionais de saúde e educação), o que impedem o caráter ressocializador pretendido (MINAYO; CONSTANTINO, 2015).

Numa perspectiva de tentar minimizar as fragilidades do sistema, o ordenamento jurídico brasileiro tutela em seus diplomas os direitos e as garantias dos presidiários de modo a resguardar o supra princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana. A Constituição consagra regras ao estabelecer a personalidade e a individualização da pena como garantias do homem perante o Estado (BRASIL, 2019).

Mas foi através da Lei de Execução Penal (LEP) publicada em 1984, antes da Carta Cidadã de 1988, que aspectos atinentes a direitos fundamentais individuais e sociais, tais como a saúde foram concisamente previstos. Neste sentido, o art. 3º da LEP, prevê que: “Ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei” (BRASIL, 1984, p. 10227). Embora a norma da LEP que regula a assistência à saúde dos apenados leve em consideração as ações de prevenção, sua prioridade ainda é a assistência curativa do preso, compreendendo o atendimento médico, farmacêutico e odontológico e garante ainda que na hipótese de não aparelhamento da unidade prisional para o desenvolvimento dos serviços de saúde, o provimento da assistência seja ofertado em outro local (BRASIL, 1984).

Encerrando, sem pretender esgotar o assunto, o que por vezes obstaculiza a temática é a resistência por parte dos profissionais de saúde, gestores, profissionais do sistema e sociedade ao reconhecimento dos direitos humanos das pessoas em situação de prisão e a pressão social pelo endurecimento da legislação, dentro de um paradigma primordialmente repressivo. Assim, conscientizar esses atores acerca da saúde como direito do cidadão e dever do Estado não sendo, pois, um favor, mas a efetivação de um ordenamento jurídico pactuado socialmente – é um desafio.

2.1.1 As mulheres no sistema e seu encarceramento no Brasil

Data do século XIX, os primeiros registros de mulheres no sistema prisional brasileiro, que junto com “escravos transgressores”, dividiam a escuridão dos calabouços. Somente no século seguinte, que se tornou uma preocupação inclinar um olhar mais específico para as mulheres em situação de cárcere, entendendo a necessidade de se criar um local específico para punição de seus crimes, não por um entendimento de que há especificidades ao gênero, mas para que a presença, à época tida como “perniciosa dessas figuras marginais” não afetasse a rotina do homem no sistema (SOARES; ILGENFRITZ, 2002).

As primeiras instituições prisionais femininas no Brasil foram criadas entre os anos de decurso da Segunda Guerra Mundial, em estados da Região Sul e Sudeste, a saber: Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro (DIAS; SILVA; BARROS, 2012).

A separação do espaço, tendo por balizamento o gênero, para cumprimento de pena privativa de liberdade dentro do sistema prisional está prevista na LEP e foi incorporada à Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (Pnampe) como forma de visibilizar a situação de encarceramento de mulheres em estabelecimentos em que a arquitetura prisional e os serviços penais foram formulados para preso masculino e, posteriormente adaptados para custódia de mulheres (SANTOS, T. *et al.*, 2017).

As penitenciárias femininas brasileiras são lugares de exclusão social, de perpetuação das vulnerabilidades e hipossuficiências que já alcançavam as mulheres preteritamente a ingressarem no sistema prisional. Especificamente em tais unidades, encontram-se as maiores violações no tangente ao exercício de direitos de forma geral, fato que pode ser atribuído a gênese dessas instituições, uma vez que foram

voltadas para homens e por isso não atendem as demandas específicas femininas, sobretudo no tocante aos direitos sexuais e reprodutivos, bem como de acesso à saúde especializada, o que demonstra o desrespeito pleno aos parâmetros legais vigentes, considerando aqui as regras de Bangkok (BRASIL, 2016), a Lei de Execução Penal (LEP), a lei que garante o direito de amamentação para a mulher presa e seu filho (BRASIL, 2009a) e a resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) sobre amamentação (BRASIL, 2009b).

Em 2010, a ONU aprovou regras mínimas para o tratamento da mulher presa, chamadas Regras de Bangkok, tendo por princípio básico a necessidade de considerar as distintas necessidades das mulheres presas. As Regras de Bangkok contemplam com atenção a realidade da mulher-mãe em situação de prisão. Mais de 80% das presas é mãe. As regras oferecem a provisão para que a mulher presa possa definir com quem pode deixar os filhos; garante que no momento de ingresso no sistema, a informação acerca do número de filhos, guarda e necessidade de abrigo esteja incluída no prontuário da presa mãe. O processo de amamentação e a importância de as crianças permanecerem no presídio com suas mães ocupam destaque no documento, sobretudo acerca do momento de separação, considerando o melhor interesse da criança. O documento prevê ainda a responsabilidade estatal de auxiliar nas visitas das crianças às suas mães, a partir da separação (BRASIL, 2016; CERNEKA, 2012).

De acordo com o relatório sobre prisões femininas produzido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2017, grande parte das cadeias brasileiras não possuem infraestrutura adequada para o acolhimento das mães e dos seus filhos, o que gera um grande impacto na vida das crianças. Os dados do Cadastro Nacional de Presas Grávidas e Lactantes, elaborado pelo CNJ, mostra que, em maio de 2018, no estado do Rio de Janeiro, onze mulheres presas eram gestantes e dez eram lactantes. Apesar de esse universo representar aproximadamente 5% do total das mulheres presas em maio de 2018, é importante ter esse dado em perspectiva, já que, no estado inteiro, existe uma única prisão materno-infantil (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2018).

Em 2016, o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias especialmente dedicado às mulheres presas, *Infopen Mulheres*, apurou que a população prisional feminina era de 42 mil mulheres privadas de liberdade, o que

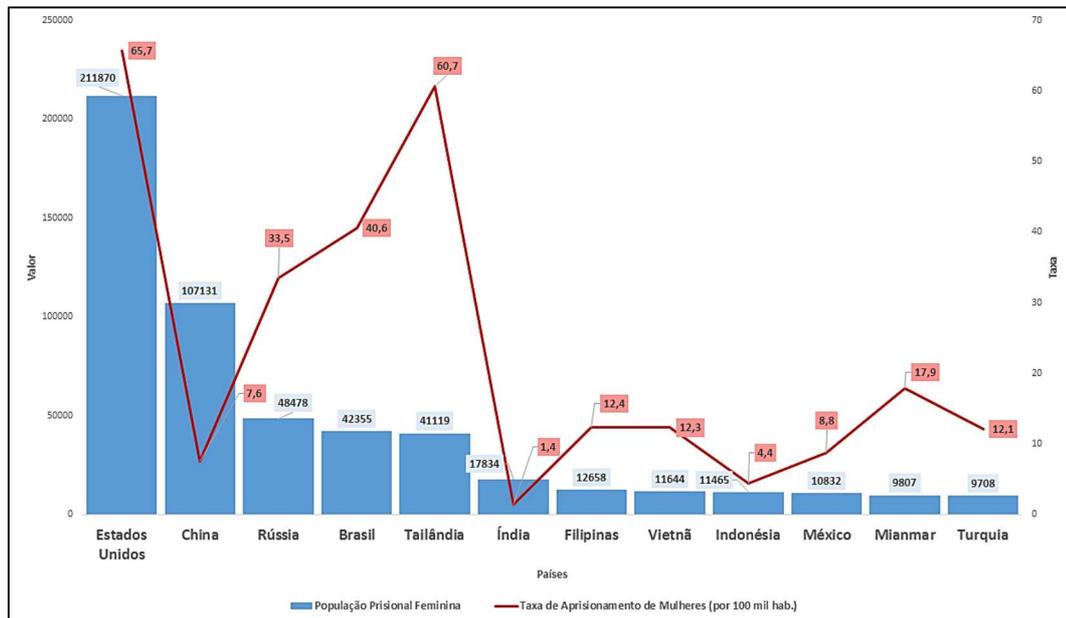
reporta vultuosa discrepância para o ano 2000, quando fora registrado menos de 6 mil mulheres no sistema prisional (SANTOS; DE VITTO, 2014b).

O relatório “*Mulheres em prisão*”, do Instituto Terra, Trabalho e Cidadania (ITTC), alerta que o incremento alarmante de mulheres acauteladas no Brasil tem por causas as múltiplas vulnerabilidades vivenciadas por elas, tais como, baixa escolaridade, falta de acesso a atividades profissionais que possibilitem maiores rendimentos, dupla jornada de trabalho, responsabilidade pelo sustento dos filhos e da família e relatos de violência vivenciada por mais de 90% em algum momento da vida (FONSECA *et al.*, 2017; PASTORAL CARCERÁRIA, CONECTAS DIREITOS HUMANOS, INSTITUTO SOU DA PAZ, 2017).

Ângela Davis (2018) afirma que a combinação de racismo e misoginia por mais que tenha sido combatida pelos movimentos sociais, mantém todas as suas consequências nas prisões femininas, sendo, pois, instituições que perpetuam a violência contra a mulher.

A Figura 1, a seguir, revela que, em 2016, o Brasil estava em 3º lugar na lista dos países com maior número de mulheres acauteladas no mundo, quando se compara à taxa de 100 mil habitantes, fica à frente da Rússia e da China, países com quantitativo populacional superior ao brasileiro.

Figura 1 – Gráfico de informações prisionais dos países com maior população prisional feminina (janeiro/2016 a março/2016, por taxa da população feminina residente)



Fonte: Fundação Getúlio Vargas (2018, p. 03).

Em um período de 16 anos, entre 2000 e 2016, a taxa de aprisionamento de mulheres aumentou em 455% no Brasil. No mesmo período, a Rússia diminuiu em 2% o encarceramento deste grupo populacional (SANTOS *et al.*, 2017).

É cediço que a temática do encarceramento feminino deva reputar muita atenção do Estado, sociedade e da ciência. Trata-se de um reflexo dos caminhos sociais, políticos, econômicos e culturais que a população brasileira está trilhando.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O SISTEMA PRISIONAL

A Política Pública pode ser entendida como um conjunto de ações e omissões que manifestam uma intervenção do Estado, muitas vezes, como resultado do conflito de interesses e negociações entre várias instâncias instituídas e dos mais diversos atores que delas fazem parte, caracterizando formas de ação governamental aptas a alcançar finalidades públicas e a implementar os propósitos do Estado de Bem-Estar-Social (DUARTE, 2011).

Para que haja uma abordagem concisa da temática, se faz necessário dialogar com as políticas que estão postas nesse cenário de constante vulnerabilidade.

2.2.1 Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário – PNSSP

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003), com o propósito de contribuir para o controle e a redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira. Possui um rol de procedimentos de promoção à saúde, prevenção de agravos e assistência atinentes aos três níveis da atenção à saúde, quais sejam: a atenção básica, a média complexidade e as ações complementares. Portanto, segundo a portaria, o Plano destinou-se a promover atenção integral à saúde da população prisional tendo como medidas para o alcance de tais finalidades:

- I. Reforma e aparato das Unidades prisionais;
- II. Organização do Sistema de Informação;
- III. Implantação de ações de promoção;
- IV. Implementação de medidas de Proteção Específica;
- V. Implantação de ações para prevenção;
- VI. Garantia de acesso à população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, nota-se que o plano está em consonância com o Diploma Constitucional, em seu artigo 196 que diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2019, p. 153).

O PNSSP que vigorou de 2003 a 2014, quando fora implementada a Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), destinou-se, sobretudo, a fazer com que políticas de saúde já implementadas no País, tais como Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, pudessem atingir uma população extremamente alijada de atenção e de grande vulnerabilidade social. Condições essas que somadas a privação de direitos civis e políticos importam em grande desafio na efetivação tanto do PNSSP, bem como, mais a frente, da PNAISP (SILVA, 2015).

No tocante a garantir em seu texto a universalidade da atenção, o Plano foi bem sucedido, entretanto, quanto a abrangência houve um viés de cobertura, uma vez que contempla apenas a população penitenciária contida na população carcerária, além das Colônias e Hospitais de Custódias e Tratamento Psiquiátrico – HCTP - o que demonstra restrições quanto ao público atendido, ficando excluídas as pessoas recolhidas em cadeias públicas, distritos policiais, presos provisórios e do regime aberto e semiaberto, trabalhadores do Sistema prisional e os familiares do presos (SILVA, 2015).

Duarte (2011) esclarece que a noção de política pública se aproxima à de plano, que frequentemente a comporta. Os planos normalmente estabelecem os objetivos da política, os instrumentos institucionais de sua realização e outras condições de implementação.

Nesse cenário prisional, a passagem do Plano à Política buscou priorizar a importância do controle social à saúde no Sistema Prisional, buscando estabelecer um canal de comunicação entre os atores envolvidos para troca de experiências e articulação política, de modo que a implantação, implementação e acompanhamento da Política Nacional de Saúde Prisional se realize em todas as esferas da gestão numa perspectiva participativa (SILVA, 2015). Ademais, não foi descontinuado os princípios e diretrizes do plano na política, ficando bem claro em seu documento oficial, como será exposto a seguir.

2.2.2 Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP

A Constituição Federal atribui a saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão, incluindo-se aquele em privação de liberdade. A proposição do SUS incluía a saúde da população do sistema prisional pelo princípio da universalidade, mas ainda timidamente. Significativo impulso adveio de sua institucionalização, ao ser focalizada pela publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014 (SILVA, 2015).

A PNAISP, trata-se de uma política intersetorial, instituída pela portaria Interministerial nº 1 de Janeiro de 2014, construída pelos Ministérios da Justiça e Saúde e, entre outras medidas, delinea o caminho para a inserção formal da população carcerária no Sistema Único de Saúde, conforme o que positiva o art. 5º “É

objetivo geral da PNAISP garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS” (BRASIL, 2014c, p. 18).

A PNAISP resultou da avaliação dos anos em que vigorou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), quando se constatou o esgotamento deste modelo, que se mostrou restrito por não contemplar em suas ações a totalidade do itinerário carcerário – delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas, industriais e, tampouco, penitenciárias federais (FREITAS *et al.*, 2016).

A PNAISP, prevê a defesa do direito à saúde destes indivíduos, incluindo também sua família e trabalhadores dos presídios. Os benefícios desse acesso ao cuidado integral se estendem também às pessoas que se encontram em regime semiaberto, aberto, e àquelas submetidas à medida de segurança, ratificando os princípios de universalidade, integralidade e equidade presentes no SUS (BRASIL, 2014c; FREITAS *et al.*, 2016; SILVA, 2015). A Política assegura ainda que cada unidade prisional seja ponto integrante da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Sua efetivação requer o desenvolvimento de ações que propiciem maior qualidade de vida e dignidade das pessoas inseridas no sistema prisional (FREITAS *et al.*, 2016).

Para tal, a PNAISP estabelece como princípios, alguns em destaque:

- II - Integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executada nos diferentes níveis de atenção;
- III - equidade em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos;
- [...]
- V – Corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede de Atenção à Saúde no território. (BRASIL, 2014c, p. 18).

Cabe nesse momento trazer à baila a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que estabelece a forma de organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e que teve suas diretrizes revisadas em 21 de setembro de 2017 pela Portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017). Em seu texto, considera a Portaria que institui a PNAISP reforçando que ela objetiva garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS (BRASIL, 2017).

A PNAB entende ser a Estratégia de Saúde da Família – ESF - prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica e cita como especificidade, a Equipe de

Atenção Básica Prisional - EABp. Ratifica o trazido no corpo da PNAISP, de que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da RAS no SUS, qualificando também a atenção básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde. Esclarece que a realização de tais ações poderá ser desenvolvida nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada (BRASIL, 2017).

As normas de operacionalização da PNAISP estão disciplinadas pela Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014b), que disciplina os tipos de equipes e os profissionais que as compõem. A EABp apresenta um corpo multiprofissional, composta minimamente por enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal, podendo se integrar a esse corpo básico, atendo o perfil dos acautelados adscritos e ela, psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico (BRASIL, 2014b).

A equipe deve ter por responsabilidade articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas unidades básicas de saúde a que estiver vinculada. O número de pessoas custodiadas e seu perfil epidemiológico determinam as modalidades de equipe que podem apresentar em cinco arranjos (BRASIL, 2014b).

A criação da PNAISP foi reflexo de um conjunto de condições deletérias à saúde de sua população, a saber: aumento no quantitativo de presidiários e, conseqüentemente, da propagação de doenças; escassez de serviços de saúde dentro dos presídios bem como infraestrutura danificada; déficit na qualidade do atendimento prestado e falta de articulação da RAS para a efetivação de uma assistência integral. Desta forma, a PNAISP tem o intuito de minimizar problemas oriundos da precária saúde do sistema prisional, e assim prevenir danos e agravos nesse meio, - cumprindo o que define a Organização Mundial da Saúde, através do Guia Saúde nas Prisões, de que ninguém poderá sair da prisão com o estado de saúde pior do que quando nela entrou - bem como estimular a promoção da saúde entre os detentos e aqueles que participam desse ambiente (FREITAS *et al.*, 2016; MØLLER *et al.*, 2007).

A atenção integral apresenta como diretrizes ser resolutive, contínua e de qualidade, sendo executada em diferentes níveis de atenção à saúde. As atividades preventivas e de promoção à saúde devem ser também prioritárias, bem como o

controle e redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade, para que esse cuidado em saúde seja realmente efetivo no sistema penitenciário (FREITAS *et al.*, 2016; SILVA, 2015).

Aqui insta invocar o conceito de integralidade numa perspectiva de transgredir o recorte setorial da saúde, sendo certo que os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem, assumindo diálogo entre diferentes sujeitos e respeitando as especificidades com que percebem suas necessidades e de que forma os serviços de saúde poderiam abarcá-las. Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho (MATTOS, 2009).

Embora haja dificuldades, vale considerar que a PNAISP tem promovido o debate acerca da saúde no sistema prisional em diversos espaços. A instituição da política é uma oportunidade para que os profissionais envolvidos com a reorganização do sistema de saúde prisional reflitam sobre as peculiaridades inerentes a esta população.

2.2.3 A Saúde da mulher e a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional – Pnampe

No contexto emergente dos movimentos sociais diversos, protagonizados mundialmente na segunda metade do século XX ressurgem o movimento feminista e dele emerge a questão de gênero (BARATA, 2009).

Na área da saúde, o conceito de gênero é utilizado não somente para caracterizar as diferenças biológicas nas condições de saúde entre homens e mulheres, mas principalmente para chamar atenção para a dimensão social do processo de adoecimento (BARATA, 2009; FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Se gênero é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdades, então a política de saúde construída no âmbito do SUS deve reconhecer a existência dessas desigualdades e respondê-las, com vistas à promoção da equidade (FERRAZ; KRAICZYK, 2010, p. 71).

Em Arendt (1989), a ideia de equidade vincula-se ao conceito de justiça e nesse sentido alerta para o risco de que, quanto mais se tende para a igualdade, mais difícil se torna explicar as diferenças que realmente existem entre as pessoas. A

preocupação justifica-se, pois à medida em que a igualdade se torna um elemento de aceitação, algumas pessoas passam a ter direitos iguais, mas não partem de necessidades iguais, e nesse sentido essa igualdade básica, assume formas, por vezes, cruéis (ARENDETT, 1989, p. 76).

Alinhado a mesma ideia de justiça e equidade, Rawls em sua obra *Uma Teoria da Justiça* defende que os pressupostos básicos para o estabelecimento de uma sociedade mais justa seriam a igualdade de oportunidades abertas a todos em condições de plena equidade, e os benefícios nela auferidos devam ser repassados preferencialmente aos socialmente desfavorecidos minimizando as discrepâncias sociais, atento a lógica de que uma desigualdade de oportunidades deve aumentar as oportunidades daqueles que têm uma oportunidade menor (RAWLS, 1981).

Um importante marco da introdução de gênero na política de saúde no Brasil foi o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os programas materno-infantis elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 que traziam uma visão restrita da mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, onde a concepção de saúde da mulher era limitada às demandas de pré-natal e parto (BRASIL, 2004b).

Duas décadas mais tarde, o programa transforma-se na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004b) e inova quando amplia o conceito de saúde da mulher atrelando questões relacionadas aos direitos sexuais/reprodutivos e discute a dimensão da desigualdade de gênero como fator de grande impacto sobre as condições da saúde dessa população.

A PNAISM atinge as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais, preocupando-se com as questões de raça, gênero e classe social (mulheres negras, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, privadas de liberdade e de orientação homossexual) (BRASIL, 2004b).

Mas, foi em 2014 que ações voltadas para mulheres acauteladas foi mais cuidadosamente alinhada através da publicação da Portaria Interministerial nº 210, que traz a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas (Pnampe) (BRASIL, 2014a).

A Política estabeleceu diretrizes, metas e ações para qualificar a assistência às mulheres em privação de liberdade e egressas e promover a adaptação das políticas penitenciárias às especificidades desse público (BRASIL, 2014a).

A Pnampe em seu art. 2º traz as diretrizes, das quais destaca-se:

I - Prevenção de todos os tipos de violência contra mulheres em situação de privação de liberdade;

[...]

IV - humanização das condições para o cumprimento da pena, garantindo o direito à saúde, educação, alimentação, trabalho, segurança, proteção à maternidade e à infância, lazer, esportes, assistência jurídica, atendimento psicossocial e demais direitos humanos;

V - fomento à adoção de normas e procedimentos adequados às especificidades das mulheres no que tange a gênero, idade, etnia, cor ou raça, sexualidade, orientação sexual, nacionalidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, deficiências física e mental;

[...]

VII - incentivo à formação e capacitação de profissionais vinculados ao sistema prisional, por meio da inclusão da temática de gênero e encarceramento feminino;

VIII - incentivo à construção e adaptação de unidades prisionais para o público feminino, exclusivas [...] (BRASIL, 2014a, p. 75).

A referida política objetiva fomentar e desenvolver pesquisas e estudos relativos ao encarceramento feminino, uma vez que é cediço e drástico o incremento do gênero no Sistema Prisional Brasileiro, além de promover, pactuar e incentivar ações integradas e intersetoriais, visando ao acesso aos direitos fundamentais, com destaque ao Direito à saúde previstos na Constituição Federal e Lei de Execução Penal, voltadas às mulheres privadas de liberdade e seus núcleos familiares (BRASIL, 2014a).

A Pnampe orienta a elaboração de ações para: atenção à gestação e à maternidade na prisão; acesso à saúde, à educação e ao trabalho; assistência jurídica; atendimento psicológico e capacitação permanente de profissionais do sistema prisional feminino. Define inúmeras metas, em seu art. 4º, para atenção a mulher custodiada, das quais enumera-se, a seguir, aquelas diretamente em consonância com a saúde dessa população (BRASIL, 2014a):

Art. 4º São metas da Pnampe:

I - criação e reformulação de bancos de dados em âmbito estadual e nacional sobre o sistema prisional, que contemplem:

[...]

d) quantidade de mulheres gestantes, lactantes e parturientes;

[...]

i) quantidade e motivo de óbitos relacionados à mulher e à criança, no âmbito do sistema prisional;

j) dados relativos à incidência de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS-HIV e outras doenças;

k) quantidade de mulheres inseridas em programas de atenção à saúde mental e dependência química;

[...]

II - incentivo aos órgãos estaduais de administração prisional para que promovam a efetivação dos direitos fundamentais no âmbito dos estabelecimentos prisionais, levando em conta as peculiaridades relacionadas a gênero, cor ou etnia, orientação sexual, idade, maternidade, nacionalidade, religiosidade e deficiências física e mental, bem como aos filhos inseridos no contexto prisional, que contemplem:

[...]

b) acesso à saúde em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e as políticas de atenção à saúde da criança, observados os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como o fomento ao desenvolvimento de ações articuladas com as secretarias estaduais e municipais de saúde, visando o diagnóstico precoce e tratamento adequado, com implantação de núcleos de referência para triagem, avaliação inicial e encaminhamentos terapêuticos, voltados às mulheres com transtorno mental;

[...]

h) atenção específica à maternidade e à criança intramuros, observando:

[...]

5. inserção da gestante na Rede Cegonha, junto ao SUS, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê;

[...]

7. respeito ao período mínimo de amamentação e de convivência da mulher com seu filho [...] (BRASIL, 2014a, p. 75–76).

As políticas de atenção à saúde da mulher trouxeram contribuições imprescindíveis para o processo de transformação de paradigmas utilizados no cuidado desta população, mas apesar dos avanços ainda carece de efetiva realização das ações que envolvem garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos, como a visita íntima e a presença de bebês nascidos dentro do cárcere, sendo que o modo pelo qual se permite ou não o acesso de parceiros nos presídios e aloca-se ou não crianças e mães em espaços adequados ao puerpério é bastante heterogêneo, e são reconhecidamente, direitos humanos.

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E A ATENÇÃO À POPULAÇÃO PRISIONAL

Ao aproximar o diálogo acerca da Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB, se faz necessária, a priori, cotejar, de forma ainda que genérica, a temática das políticas públicas.

Sobrinho e Martelli (2019), em seu estudo acerca da Teoria do ciclo das políticas públicas, tendo como objeto a PNSB, pontuam que políticas públicas são resultantes da atividade política do Estado, caracterizada por ações multidisciplinares que envolvem processos decisórios relativo as prestações de serviços bem como à alocação dos recursos públicos.

Os mesmos autores (SOBRINHO; MARTELLI, 2019), atravessaram todas as fases da referida Política desde sua criação até os dias atuais e a população em situação de privação de liberdade não foi contemplada nessa trajetória, constituindo-se, pois, enorme lacuna à luz da equidade, universalidade e integralidade dessa Política.

A configuração de um subsistema público de atenção à saúde bucal ocorreu em um longo processo histórico com rupturas e continuidades, no qual a PNSB expressou um conjunto de diretrizes e articulação de ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), com concepção ampliada de saúde na perspectiva do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, com foco na qualificação e ampliação da atenção primária e especializada (CHAVES *et al.*, 2018).

Cayetano *et al.* (2019) refletem que uma das principais características dessa política é a ênfase em ações intersetoriais e interministeriais. No que se refere ao modelo em que a Saúde Bucal está inserida no sistema público de saúde, é importante destacar que a PNSB compõe o Sistema de Redes de Atenção à Saúde (RAS), conformando-se em uma rede poliárquica que visa a integralidade do cuidado, equidade e a articulação entre todos os níveis de atenção e com outras redes temáticas.

Em 2004, ano em que o Brasil Sorridente – nome pelo qual a PNSB fora batizada – foi criado, o governo federal assumiu um importante papel de indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados, criando linhas de financiamento específicas para possibilitar a atenção a saúde bucal em todos os níveis de atenção, através das Equipes de Saúde Bucal (ESB) (cirurgião dentista + técnico de saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal); implementação de centros de atenção secundária e terciária, dentre outras ações (CAYETANO *et al.*, 2019).

A configuração do ciclo da PNSB iniciou-se pela identificação da inexistência de uma política pública na área, sentida, sobretudo, pela inexistência de indicadores de saúde bucal da população brasileira. Seguiu-se da formação de uma agenda

tripartite, tendo em vista que anterior a esse momento, os entes estadual e municipal, em iniciativas pontuais, ofertavam assistência odontológica de baixa complexidade desarticulado de um plano federal. Em 2003, precedido de diálogos envolvendo atores políticos, entidades governamentais e não-governamentais, foram formuladas as Diretrizes da PNSB, para que no ano seguinte, fosse efetivamente implantada a PNSB - Brasil Sorridente. Ato contínuo: implementação e ampliação do quantitativo das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Atenção Básica, implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) na Média Complexidade; e ofertados procedimentos odontológicos na alta complexidade (BRASIL, 2004a). Ainda dentro do ciclo, seguiu o processo de avaliação da Política por diferentes mecanismos, a exemplo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e dos CEO (PMAQ-CEO), além de pesquisas nacionais para estimar a prevalência dos principais agravos em saúde bucal sobretudo entre os anos de 2003 e 2010 (SOBRINHO; MARTELLI, 2019).

Mesmo em 2011, quando várias populações em condição de vulnerabilidade foram consideradas pela PNSB, ainda assim a população do sistema prisional não foi mencionada, conforme o, descrito a seguir: Criação da Atenção Domiciliar, incluindo a saúde bucal; Revisão da PNAB criando ESF Ribeirinhas e Fluviais, e as Equipes de Consultório na Rua; Formulação das Diretrizes do Componente Indígena da PNSB e o Plano Brasil Sem Miséria, incluindo a saúde bucal (SOBRINHO; MARTELLI, 2019).

Em relação aos dados epidemiológicos, observa-se uma diminuição da carga de doenças bucais da população brasileira, aumento do número de crianças livres de cárie e uma população adulta menos mutilada. Entretanto, essa melhora não se apresenta de maneira homogênea na população, sendo notórias as discrepâncias relacionadas a disponibilidades do serviço e as piores condições epidemiológicas em locais com maior vulnerabilidade social, o que certamente impõe importantes desafios futuros à política e maior interdisciplinaridade com as medidas sociais e econômicas do país (CAYETANO *et al.*, 2019).

Alinhado ao autor supracitado, Chaves, *et al.* (2018), reforçam que apesar da expansão, a PNSB ainda tem dificuldades em reduzir as iniquidades de saúde, uma vez que muitas das ações de saúde são inacessíveis às populações mais vulneráveis. Essa questão do enfrentamento dos determinantes sociais da saúde é ainda pouco explorada e precisa ser resgatada, constituindo-se em um lapso do processo que

culminou no movimento da saúde bucal coletiva influenciadora da formulação da atual PNSB (CHAVES *et al.*, 2018)

Em suma, cabe realçar, com preocupação, que toda a explanação trazida acerca da PNSB, não abarca a atenção à saúde bucal da população em situação de privação de liberdade, portanto, estudar o impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida dessa população, pode confluir numa medida de tensionamento de políticas públicas em saúde bucal, sobretudo na política em tela, numa perspectiva integral, equânime e universal do cuidado em saúde.

2.4 *PATIENT REPORTED OUTCOMES* – DESFECHO REPORTADO PELO PACIENTE E *PATIENT REPORTED OUTCOME MEASURES* – MEDIDA DO DESFECHO REPORTADO PELO PACIENTE

O termo *Patient Reported Outcomes* (PROs) - refere-se aos resultados relatados por pacientes. Esses relatos podem estar atrelados a percepções subjetivas, bem como associados a respostas clínicas a determinados tratamentos, podendo, também, incluir medidas de qualidade de vida (BLACK, 2013).

É crescente o interesse de se incluir os resultados relatados pelos pacientes como medidas de qualidade de vida, estado de saúde, preferências de tratamento e sua satisfação, com fito a avaliar a melhor estratégia visando o aprimoramento no atendimento. Estudos realizados com pacientes hemofílicos reconheceu que o PRO fora utilizada para refletir sobre a doença e suas consequências, bem como sobre tratamentos e prestação de serviços de saúde (BULLINGER *et al.*, 2009).

Black (2013) inferiu que relatos desde os sinais e sintomas, passando pelas experiências sentidas no cuidado à saúde por pacientes, são capazes de trazer melhores e reais resultados quanto a afetação na qualidade de vida desses indivíduos. Além do impacto no aspecto individual, o autor realça que tal recurso, ao ser utilizado, tanto no que se refere a determinado agravo, como na prestação de determinado serviço de saúde, pode resultar em transformações efetivas na atenção à saúde de uma população (BLACK, 2013).

Analisando o instrumento como medida de avaliação, são necessárias recomendações para a sua escolha e uma análise criteriosa dos possíveis benefícios da coleta de dados em condições específicas de saúde. A existência de diferentes instrumentos PRO e seu uso escasso em contextos clínicos e de pesquisa traz

dificuldades para obtenção de dados empíricos suficientes sobre o desempenho de instrumentos específicos, dificultando comparações e a tomada de decisão sobre qual conduta assumir (BULLINGER *et al.*, 2009).

Recuperando historicamente a utilização da ferramenta PRO na Europa, em especial na Inglaterra, foi inicialmente desenvolvida para pesquisas, culminando na exigência do uso dessa metodologia por alguns órgãos reguladores daquele País, instituindo um Programa Nacional de *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) – ou Medidas de Resultados Relatadas por Pacientes – inicialmente para cirurgias eletivas. Quanto ao uso em pesquisas, a perspectiva era de se evitar o viés do observador, uma vez que, dificulta obter uma medida isenta quando quem avalia é o mesmo que realiza a intervenção. Nesse caminhar, o PROM, vem sendo adotado tanto por profissionais de saúde, para melhorar e individualizar o manejo clínico de pacientes, com confiabilidade semelhante a medidas clínicas bem estabelecidas, como também, embora ainda pouco usual, para avaliar e comparar os resultados alcançados no cuidado à saúde pelos serviços públicos (BLACK, 2013).

A ideia geral de uma ferramenta PROM é ser uma medida baseada em um determinado conjunto de perguntas que apresentará a percepção do paciente sobre seu bem-estar funcional e status de saúde. Os instrumentos de PROM têm o potencial de gerar dados que possibilitam aos pacientes, aos formuladores de políticas e pesquisadores debater sobre qualidade de serviços, acesso, equidade, integralidade e prioridades na alocação de recursos de saúde, com fulcro na melhoria do atendimento ao paciente. Um exemplo dessa ferramenta no campo da clínica odontológica é entender como os pacientes com câncer que desenvolvem mucosite oral secundária às terapias do câncer estão sendo gerenciados. No passado, um clínico avaliava a gravidade da mucosite oral através dos sinais clínicos da doença, enquanto hoje é reconhecida a importância dos sintomas relatados pelo paciente (JOKSTAD, 2018).

O PROM pode ser classificado em dois grupos, o primeiro, específico a uma doença e o segundo relacionado a dados genéricos. O PROM específico se alinha aos sintomas, comorbidades e impactos na função atrelados a uma condição clínica determinada. Já o PROM genérico, considera aspectos gerais, como dados sociodemográficos, autocuidado, mobilidade, atividades habituais, dor/desconforto e condições gerais de saúde (BLACK, 2013).

A compreensão da experiência do paciente em vários momentos fornece aos investigadores e clínicos uma imagem mais abrangente do impacto da doença e do tratamento ao longo do tempo. Avanços substanciais foram feitos para criar instrumentos confiáveis e válidos para medir PROs. A determinação da melhor forma de medir e quantificar as mudanças nos PROs ao longo do tempo ainda está em desenvolvimento (SWARTZ *et al.*, 2011).

Black (2013) pondera, em suma, que embora parcamente aplicado com esse fito, o PROM fornece um meio de aprimoramento a avaliação de políticas de saúde, favorecendo a introdução de novas formas de prestação de cuidado na busca por garantir a efetividade, integralidade e equidade dos serviços em saúde (BLACK, 2013).

Adentrando o PRO na temática da saúde bucal, recente revisão sistemática reconhece que pesquisadores e profissionais de saúde bucal usam cada vez mais os resultados referidos pelos pacientes para melhor captar o impacto das doenças (MITTAL *et al.*, 2019).

Os PROs dentários avaliam resultados diferentes em comparação com os PROs em outros campos médicos. Atualmente, a coleção de 36 PROs dentários representam todo o universo das principais preocupações que pacientes podem ter. Esses PROs quando analisados reportam quatro aspectos das experiências de saúde bucal do paciente, quais sejam: função oral; dor oral-facial; aparência facial e impacto psicossocial (MITTAL *et al.*, 2019).

Esses aspectos foram confirmados como fatores comuns subjacentes à QVRS medidos em um instrumento PROM validado conhecido como *Oral Health Impact Profile* – OHIP. Trata-se de um instrumento de qualidade de vida relacionado à saúde bucal para adultos que demonstrou a importância e universalidade dos quatro supracitados aspectos mais gerais de saúde bucal relatados pelo paciente (JOKSTAD, 2018; MITTAL *et al.*, 2019).

É possível caracterizá-lo como um constructo do impacto psicossocial e físico dos distúrbios orais medidos pelas dimensões da limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social (SLADE, 1997). O PRO OHIP será melhor desenvolvido no capítulo seguinte.

2.5 ORAL HEALTH IMPACT PROFILE – PERFIL DE IMPACTO DA SAÚDE BUCAL

2.5.1 *Oral Health Related Quality of Life* – Qualidade de vida relacionada à saúde bucal

O conceito de Qualidade de Vida diz respeito ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, somado as mudanças positivas no modo, condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde. Define a expressão Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) como sendo um valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; percepções e condições sociais; agravos; tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

Quanto a medida QVRS apresenta-se como um reflexo da avaliação de objetivos, expectativas e aspirações, ou seja, uma percepção subjetiva da vida, no que diz respeito ao desempenho físico, social, emocional e mental. Os instrumentos de QVRS diferem em aspectos genéricos e específicos. As medidas genéricas são projetadas para serem aplicáveis a pessoas com uma variedade de condições de saúde, refletindo o impacto da QVRS no nível da população. Já as medidas específicas são desenvolvidas para uma população clínica definida e, portanto, concentram-se nos problemas de saúde mais relevantes para esse grupo. Tanto no aspecto genérico, como no específico, uma descrição transversal epidemiológica da qualidade de vida dos pacientes, por meio de características sociodemográficas, bem como psicossociais e clínicas são importantes para tomada de decisões quanto ao delineamento da conduta clínica bem como da oferta de serviços de saúde (BULLINGER *et al.*, 2009).

Minayo, Hartz e Buss (2000) reconhecem que poderosos determinantes frequentemente estão situados fora do setor saúde, mas são fortemente ligados aos componentes da qualidade de vida, de tal sorte que o sistema de saúde tem dificuldade de intervir sobre eles. Na maioria das vezes, adota uma posição exclusivamente retórica quanto aos chamados determinantes extra setoriais que são, em grande parte, os mais relevantes componentes da qualidade de vida e também de uma vida saudável.

Aproximando os conceitos de Qualidade de Vida e Saúde Bucal, estudos de Locker (2000) sobre medidas de privação social correlacionando a saúde bucal foram importantes, pois forneceram dados que confirmaram a validade de construto de medidas de privação, indicando que eles devem ser úteis na formulação de políticas públicas de saúde bucal e na tomada de decisões relativas à alocação dos recursos nessa área.

Gupta *et al.* (2015) realçam que identificar os principais determinantes e seus processos que influenciam desigualdades na saúde bucal é relevante porque os caminhos pelos quais fatores ambientais interagem com fatores individuais modificam resultados subjetivos de saúde bucal, de forma que esse conhecimento oportuniza o desenvolvimento mais direcionado de novas estratégias de atenção à saúde bucal.

Estudo prospectivo guiado para explorar as complexas interrelações entre os principais fatores ambientais e individuais e seus potenciais caminhos para resultados subjetivos de saúde bucal demonstrou que indivíduos com um status socioeconômico mais elevado tiveram menos dentes cariados e perdidos e impactos menos frequentes no seu dia-a-dia, ou seja, melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Além disso, o efeito desse status foi um caminho importante na explicação da estratificação socioeconômica dos resultados de saúde bucal (GUPTA *et al.*, 2015).

Gabardo, Moysés e Moysés (2013), nesse sentido, evidenciam que a autopercepção negativa da saúde guarda relação com indicadores de iniquidades sociais, como, por exemplo, baixa renda e baixa escolaridade, evidenciando a ação deletéria dos determinantes sociais de saúde. O impacto dos problemas bucais tem sido associado a tais indicadores, da mesma forma, que há associação entre o conceito de qualidade de vida e aspectos gerais de saúde, incluindo a saúde bucal.

É nesse diapasão que se cunha o termo “*Oral Health Related Quality of Life - OHRQoL*” (Qualidade de vida relacionada à saúde bucal). O instituto chama para o diálogo seu principal instrumento, qual seja, o “*Oral Health Impact Profile (OHIP)*” - o Perfil de Impacto na Saúde Oral (WALLER *et al.*, 2016).

2.5.2 Oral Health Impact Profile 49 – Perfil de Impacto da Saúde Bucal 49

OHIP foi desenvolvido por Slade e Spencer (1994) como uma avaliação autopercebida centrada no paciente, projetada para avaliar o impacto psicossocial e físico entre indivíduos e grupos, buscando entender os comportamentos de saúde,

avaliar o tratamento odontológico e fornecer informações para o planejamento da saúde bucal. Surge com base no modelo conceitual de saúde bucal de Locker (1988) – que utilizou-se da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens sociais (ICIDH) de doença da Organização Mundial da Saúde (OMS) – que propõe que os impactos da doença bucal sejam classificados em uma hierarquia de cinco consequências sequencialmente relacionadas, quais sejam: limitação funcional; dor física; desconforto psicológico; incapacidades (física, psicológica e social) e desvantagem social (JOHN *et al.*, 2014; LOCKER, 1988; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005, SLADE, 1997).

A avaliação do efeito das doenças e condições bucais no funcionamento social pode ser de grande valor para pesquisadores, gestores em saúde e para os que atuam na assistência em saúde bucal. Muitos instrumentos foram projetados para medir o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, entretanto, permanece como mais robusto, o OHIP (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

Uma aspiração dos instrumentos de OHRQoL, a exemplo do OHIP, é que eles reflitam com precisão a estrutura do construto medido, para tal, originalmente, o OHIP fora composto por 49 perguntas agrupadas em sete domínios, cada um representado de cinco a nove itens, quais sejam: 1. Limitação Funcional (perda anatômica, anormalidade estrutural, o que pode resultar, por exemplo, em restrições na mobilidade da mandíbula, dificuldade em mastigar, em pronunciar palavras e piora do paladar); 2. Dor física (cárie não tratada e perda de inserção periodontal); 3. Desconforto psicológico (como dificultador para a realização das atividades diárias: perda da autoconfiança); 4. Incapacidade física (restrição alimentar); 5. Incapacidade psicológica (dificuldade para obter relaxamento ou concentração); 6. Incapacidade social (intolerância no convívio) e 7. Desvantagem social (por não estar em conformidade com as expectativas da sociedade, como exemplo, a perda de oportunidades de emprego devido a uma incapacidade de se comunicar efetivamente). As respostas aos itens foram agrupadas em escala *Likert* de 5 pontos variando de “nunca” (0) a “muito frequentemente” (4). O perfil resultante desses domínios caracteriza o impacto mais amplo de doenças e distúrbios bucais, resultando em última análise, em perda da qualidade de vida (JOHN *et al.*, 2014; SLADE, 1997).

A publicação original do OHIP embora especificasse que todos os 49 itens devessem se referir a um período de tempo fixo, ela não recomendou um período de tempo específico (WALLER *et al.*, 2016).

Embora o OHIP tenha o objetivo de fornecer dados abrangentes sobre as percepções do impacto da saúde bucal no bem-estar, alguns ambientes de pesquisa não se adaptam ao OHIP- 49, a exemplo de pesquisas em serviços de saúde, bem como em unidades prisionais, que frequentemente exigem um instrumento sucinto para avaliar o impacto percebido da saúde bucal. Embora exista um princípio psicométrico geral de que a confiabilidade do índice diminui à medida que a quantidade de itens diminui outros critérios fornecem uma justificativa para que o desenvolvimento de índices de curto prazo sejam fomentados e praticados (STEWART, HAYS, WARE, 1988).

Pesquisadores em estudos sobre a temática, descrevem os requisitos conceituais, estatísticos e pragmáticos para os questionários do estado de saúde que são ordinários a uma boa medida, quais sejam: eles devem representar vários conceitos de saúde e uma variedade de estados de saúde pertencentes ao funcionamento geral e bem-estar; deveriam possuir boas propriedades psicométricas (confiabilidade, validade e precisão); e ser simples e de fácil utilização (SLADE, 1997; STEWART, HAYS, WARE, 1988).

2.5.3 *Oral Health Impact Profile 14 – Perfil de Impacto da Saúde Bucal 14*

O OHIP-14 foi desenvolvido por Gary Slade (1997) usando um procedimento estatístico de regressão passo a passo controlado do OHIP-49, permitindo identificar um subconjunto de 14 perguntas sobre o impacto psicossocial e físico da doença oral que representou 94% da variação no OHIP- 49 com coeficiente de confiabilidade interno de 0,88. No subconjunto de 14 perguntas extraída do OHIP-49, dois itens de cada uma das sete dimensões foram mantidos. As respostas são feitas em uma escala de 5 pontos, codificado 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (às vezes), 3 (repetidamente) e 4 (sempre) (SLADE, 1997).

O autor esclarece que o OHIP-14 contém perguntas que mantêm as dimensões conceituais originais contidas em OHIP-49, e essas perguntas têm uma boa distribuição de prevalências, sugerindo que o instrumento seja útil para quantificar os níveis de impacto no bem-estar em contextos em que apenas um número sucinto de perguntas pode ser administrado (SLADE, 1997).

Segundo o autor que desenvolveu tal versão simplificada do OHIP, são feitas avaliações de sete diferentes dimensões, considerando a percepção do indivíduo em

relação ao impacto das condições bucais no bem-estar físico, psicológico e social nos últimos seis meses. Cada item do OHIP-14 possui um grupo de respostas distribuídas em uma escala graduada, tipo *Likert*, sendo avaliadas as seguintes dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, limitação física, limitação psicológica, limitação social e desvantagem social (SLADE, 1997).

Os pesos são calculados representando a proporção de pessoas que julgam o impacto dentro de cada dimensão como mais desagradável do que o outro impacto nessa dimensão. A exemplo, na dimensão da desvantagem social, o peso para o item “Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?” é igual a 0,38, enquanto o peso do item “Você ficou irritado (a) com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?” é igual a 0,62. Os pesos são então multiplicados por respostas codificadas para cada pergunta e os produtos são adicionados para produzir sete pontuações em subescala. Três medidas sumárias também podem ser computadas: prevalência, gravidade e extensão (SLADE, 1997).

Jokstad (2018), de forma um pouco mais simplificada, classifica o OHIP-14 como um instrumento PROM validado que consiste em 14 linhas × 5 colunas, onde a PROM esperada pode variar entre as pontuações da soma de 0 e 56. Nas linhas encontram-se um conjunto de perguntas que se espera refletir a percepção do paciente sobre seu bem-estar funcional e estado de saúde, e nas colunas a escala de *Likert*.

Waller *et al.* (2016) realçam que ao medir os resultados reportados pelo paciente, um dos elementos mais importantes na avaliação dos sintomas e dos problemas percebidos é o período de tempo que os pacientes devem considerar ao responder as perguntas relacionadas à saúde. Por exemplo, se o período de tempo é limitado a um dia ou a um ano, pode influenciar a frequência e a gravidade dos sinais e sintomas relatados. Para os questionários de qualidade de vida relacionada à saúde bucal aplicados em populações, como o Perfil de impacto à saúde bucal e os Impactos orais nas performances diárias, os períodos de recordação comumente aplicados são o tempo de vida em meses, comumente, doze, seis, três e um mês (WALLER *et al.*, 2016).

Estudos europeus descobriram que a modificação dos períodos apurados do OHIP não produziu diferenças clinicamente significativas nas confiabilidade e validade do OHIP. No entanto, as interpretações desses estudos foi diversa, por exemplo, o

estudo finlandês, concluiu que embora um período de referência padronizado de 12 meses fosse o recomendado, em pesquisas populacionais o uso de um período de referência mais curto (um mês) não parecia influenciar as respostas, já no estudo alemão, com base na expectativa de que a memória seja mais precisa em períodos mais curtos, os autores recomendaram o uso de um período de recuperação de um mês em comparação com períodos de referência mais longo (WALLER *et al.*, 2016).

Do todo supra inferido, o desempenho do OHIP-14 em pesquisas transversais fornecem resultados encorajadores, sugerindo que possui boas propriedades estatísticas e validade, com o óbvio benefício que os dados podem ser coletados com menos esforço de trabalho de campo e carga dos respondentes (SLADE, 1997).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Medir o impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida e os fatores associados em mulheres acauteladas em uma unidade prisional na cidade de Juiz de Fora estado de Minas Gerais – Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil demográfico e socioeconômico da população de estudo;
- Caracterizar o encarceramento feminino na unidade prisional estudada;
- Descrever as condições referidas de saúde das acauteladas;
- Verificar a associação das condições autopercebidas e características sociodemográficas ao impacto da saúde bucal na vida das mulheres privadas de liberdade;
- Verificar a relação entre o impacto autopercebido da saúde bucal e o acesso ao serviço odontológico na Unidade Prisional.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, realizado por meio de inquérito com mulheres privadas de liberdade, com 18 anos ou mais de idade, acauteladas por no mínimo 30 dias em uma Unidade Prisional de Juiz de Fora, Minas Gerais.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com as mulheres acauteladas no Anexo Feminino Eliane Betti, localizado na cidade de Juiz de Fora – MG. O município está na região da Zona da Mata mineira, e de acordo com os dados de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sob o código 3136702, conta com uma população estimada de 568.873 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Juiz de Fora é sede da 4ª Região Integrada de Segurança Pública - RISP, que engloba mais de 80 municípios, no entanto, desses, apenas 14 possuem estabelecimentos prisionais. Dentre esses municípios, Juiz de Fora é o que apresenta o maior número de unidades prisionais (Centro de Remanejamento do Sistema Prisional, Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires, Penitenciária José Edson Cavaliere e Casa do Albergado José de Alencar Rogêdo) e, conseqüentemente, a maior concentração de indivíduos acautelados. Em toda a 4ª RISP, há apenas dois locais destinados exclusivamente ao acautelamento feminino: Presídio Feminino de Eugenópolis e o Anexo Feminino Eliane Betti da Penitenciária José Edson Cavaliere.

De acordo com os dados disponibilizados pelas unidades prisionais da cidade¹, atualmente, o número de indivíduos privados de liberdade no município de Juiz de Fora é de aproximadamente 2500. Do total de encarcerados, aproximadamente 130 são mulheres e estão alojadas no Anexo Feminino Eliane Betti. Essa unidade foi construída especificamente para atender as demandas das mulheres em privação de liberdade e está sob administração da Penitenciária José Edson Cavaliere. Foi

¹ Informação gerada pelo Sistema Integrado de Gestão Prisional – SIGPRI, no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020.

inaugurada em outubro de 2018 e nela estão acauteladas mulheres nos regimes provisório, fechado e semiaberto, de Juiz de Fora e região.

Antes da criação dessa unidade, as mulheres em privação de liberdade em Juiz de Fora eram recebidas em um dos quatro pavilhões da Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires, que funcionava como uma unidade mista e apresentava condições inadequadas para o acautelamento feminino.

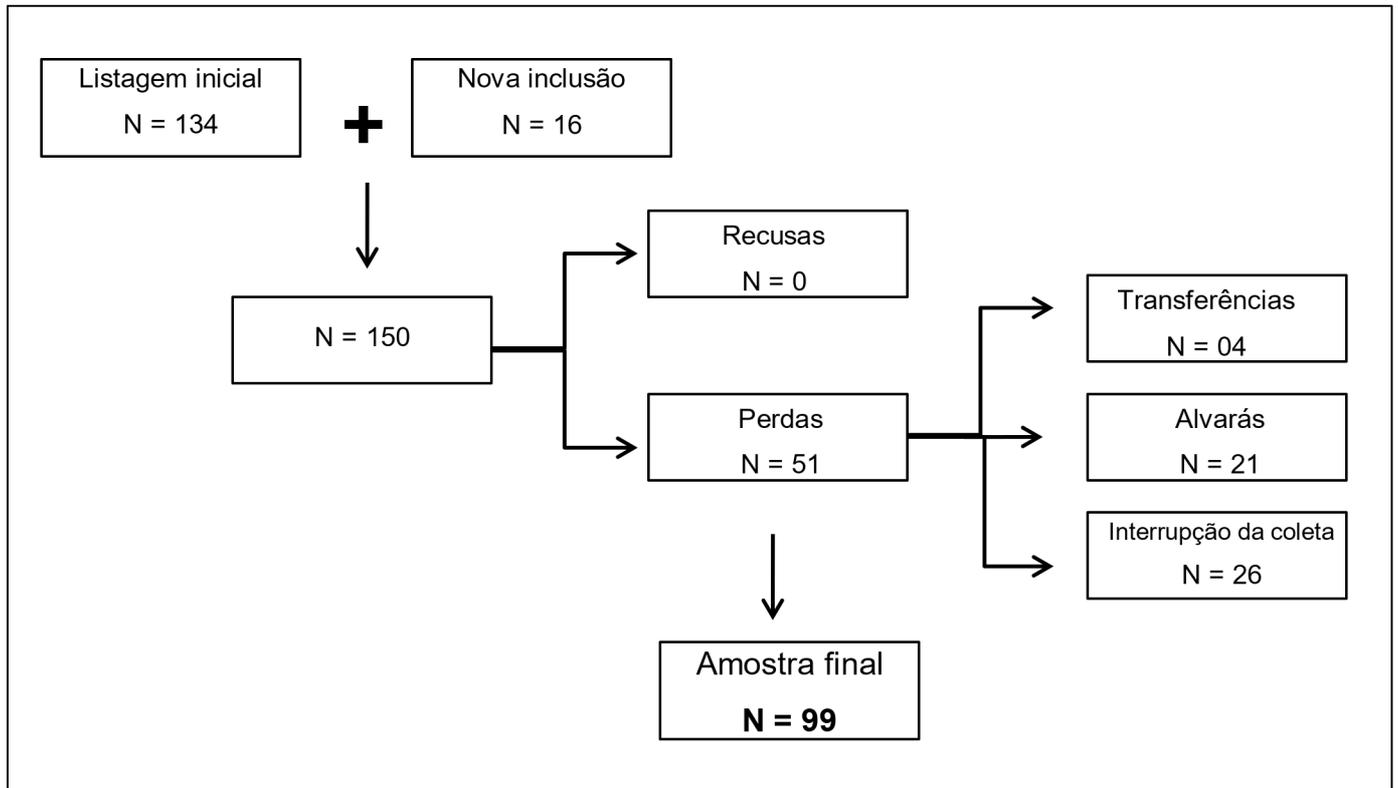
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população acessível foi constituída por mulheres privadas de liberdade, com idade mínima de 18 anos, acauteladas por mais de 30 dias, nos regimes provisório, fechado e semiaberto.

Todas as mulheres acauteladas na Unidade Prisional² do Anexo Feminino Eliane Betti, constando no Sistema Integrado de Gestão Prisional – SIGPRI, no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020 foram convidadas a participar. Não participaram as acauteladas que tiveram seu alvará de soltura expedido antes da entrevista; acauteladas transferidas para outras unidades prisionais; acauteladas há menos de 30 dias da data em que se encerrou a coleta de dados (3 de fevereiro de 2020). Quando não foi possível a abordagem da acautelada no primeiro agendamento conforme o cronograma de coleta de dados, foram realizadas novas tentativas em dias e horários distintos. Esgotadas as possibilidades de tentativas essas constituíram perdas, conforme demonstra o fluxograma a seguir:

² Na listagem inicial datada do dia 26 de setembro de 2019 constavam matriculadas na referida Unidade Prisional 134 mulheres, sendo este o N inicial do referido estudo. Desta computou-se 51 perdas, das quais 21 resultaram de alvará judicial, 4 por transferência para outra Unidade Prisional e 26 perdas por interrupção da coleta frente as medidas de contingenciamento da Pandemia da COVID-19, resultando desta primeira listagem 83 participantes. Entretanto o número de participantes até a presente data chegou a 99 mulheres, porque durante a pesquisa outras 16 mulheres foram admitidas na Unidade Prisional em regime provisório e durante o período de coleta completaram 30 dias de acautelamento.

Figura 2 – Diagrama descritivo da população de estudo



Fonte: Autora (2020).

4.4 COLETA DE DADOS

Esta etapa foi precedida por um estudo piloto, realizado no Presídio Feminino de Eugenópolis – MG, que teve como objetivo testar o instrumento, detectar possíveis dificuldades de compreensão das acauteladas, bem como treinar as pesquisadoras. O estudo seguiu orientações de professores da UFJF e da Fiocruz com experiência em estudos epidemiológicos e na temática de interesse.

O estudo foi realizado um mês antes do início da coleta de dados, com três grupos de 5 mulheres, totalizando 15 acauteladas, o que representava aproximadamente 10% da amostra esperada. O espaço utilizado foi a sala de aula da unidade prisional. A forma de aplicação do instrumento foi distinta em cada grupo, sendo: Grupo 1: utilizado um modelo autoaplicável do instrumento, onde as pesquisadoras ficaram a disposição para sanar dúvida; Grupo 2: as pesquisadoras aplicaram o questionário de forma individual e Grupo 3: as pesquisadoras aplicaram o questionário em grupo, conduzindo a leitura do instrumento e dando o tempo necessário para que as reeducandas respondessem as questões.

Para cada forma de aplicação foi feito o registro dos aspectos observados, como tempo de aplicação do instrumento, comportamento das acauteladas, questões que geraram dúvidas, bem como apontadas as vantagens e desvantagens em cada método. Posteriormente, essas observações foram discutidas com toda a equipe envolvida na pesquisa, que concluiu que para melhor atender os objetivos deste trabalho, o instrumento deveria ser aplicado de forma individual, por uma única pesquisadora de campo treinada nesse estudo piloto.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020, em dias e horários acordados com o gestor da unidade prisional, respeitando os procedimentos de segurança estabelecidos. Foi feita uma vez por semana, de forma individual, nas salas de atendimento da unidade prisional e no Núcleo de Assistência à Saúde - NAS. Durante os dias de aplicação do questionário, as agentes penitenciárias garantiram o procedimento de trânsito das presas e a supervisão do lado externo das salas, visando a segurança da pesquisadora envolvida na coleta de dados. Foram entrevistadas, individualmente, por volta de 10 mulheres, a cada dia de coleta de dados, variando esse número por reflexo da mudança da rotina no interior da Unidade ou pelo nível de instrução das entrevistadas. As presas entrevistadas a cada dia eram as previamente selecionadas para demandas do atendimento médico, do serviço social, do Programa de Inclusão e Ressocialização – PIR, e também especificamente para a entrevista, sem prévio atendimento da equipe de saúde prisional.

Foram obedecidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo o preconizado em relação à pesquisa com grupos com limitação de autonomia. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) foi elaborado expressando o cumprimento das exigências da Resolução.

Antes da realização da entrevista, a pesquisadora sensibilizou as presas através de visita a galeria das celas, onde procedeu a sua apresentação, bem como a apresentação da instituição que chancela o estudo, a UFJF, explicando de forma clara quais os objetivos e benefícios do estudo. Ato contínuo, a cada início de entrevista, a pesquisadora procedia a leitura do TCLE, a qual a acautelada acompanhava por meio de sua cópia. Apenas mediante seu consentimento e assinatura em duas vias, é que a pesquisadora iniciava a aplicação do instrumento. Uma via está arquivada em setor próprio para o armazenamento de pertences das

acauteladas e a outra com as pesquisadoras responsáveis. Fora a todo tempo assegurado às participantes o esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa, o anonimato e a garantia de ter sua participação interrompida a qualquer momento, caso fosse de seu desejo.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados é composto por questões semiestruturadas, elaboradas a partir do instrumento utilizado por Minayo e Constantino (2015) na pesquisa “*Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos e das condições ambientais das unidades prisionais do Estado do Rio de Janeiro*” e por escalas padronizadas e de ampla utilização em pesquisas científicas (Apêndice B).

O questionário está organizado em três grandes blocos temáticos. O Bloco 1 retrata as características sócio demográficas e aborda as seguintes variáveis: idade; cor da pele; gênero; orientação afetiva sexual; situação conjugal; número de filhos; moradia; escolaridade; profissão; renda; e status social subjetivo, mensurada por meio da Escala *MacArthur* de Status Social Subjetivo. O Bloco 2 direcionado para as condições de saúde, onde foram averiguadas a autoavaliação do estado de saúde; a presença de problemas de saúde; uso de medicamentos; casos de aborto; sintomas de ansiedade e depressão através do *Patient Health Questionnaire – 4* (PHQ – 4); tabagismo, doenças preexistentes; autopercepção da saúde bucal através do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) e por último, o uso de substâncias e sua frequência.

O último bloco contém questões relacionadas à vivência das mulheres na unidade prisional e aborda tópicos relacionados ao motivo e tempo da prisão; transferência de unidade prisional; relação da presa com a família; o regime penal; visita social e íntima, assistência religiosa, jurídica e médica; trabalho e estudo na unidade; cirurgias e internações; satisfação com a estrutura física e atendimentos na unidade prisional; prática de atividade física; exposição à violência e preconceitos; e perspectivas ao sair da prisão. O instrumento de análise do impacto autopercebido da saúde bucal (*Oral Health Impact Profile - OHIP-14*) será contemplado como objeto de análise dessa pesquisa e será apresentado a seguir.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.6.1 Variável dependente

- OHIP 14 – *Oral Health Impact Profile* 14 - Perfil de Impacto da Saúde Bucal 14: Será considerado com impacto o domínio que for autopercebido dentro da escala *Likert* em repetidamente e/ou sempre, recebendo minimamente o valor 3 e o máximo de 8; e sem impacto o domínio autopercebido dentro da mesma escala em nunca, raramente e às vezes, recebendo um valor entre 0 e 4 (JOHN *et al.*, 2014; JOKSTAD, 2018; SLADE, 1997).
- Impacto autopercebido da saúde bucal – Domínio 1 Limitação funcional
- Impacto autopercebido da saúde bucal – Domínio 2 Dor física
- Impacto autopercebido da saúde bucal – Domínio 3 Desconforto psicológico
- Impacto autopercebido da saúde bucal – Domínio 4 Incapacidade Física
- Impacto autopercebido da saúde bucal – Domínio 5 Incapacidade psicológica
- Impacto autopercebido da saúde bucal – Domínio 6 Incapacidade social
- Impacto autopercebido da saúde bucal – Domínio 7 Desvantagem social

4.6.2 Variáveis independentes

- Idade: como variável contínua correspondente à idade em anos completos, categorizada em: 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos e 50 a 59 anos e dicotomizada pelo cálculo da média em ≤ 33 e > 33 ;
- Cor autodeclarada categorizada em branca, preta, parda e amarela/indígena e dicotomizada em branca e não-branca;
- Escolaridade categorizada em anos completos: analfabeto, menos de 9 anos concluídos, 9 anos concluídos, menos de 12 anos concluídos, 12 anos concluídos; ensino superior completo e dicotomizada em < 9 anos concluídos e ≥ 9 anos concluídos;

- Renda mensal antes do aprisionamento: valores em reais declarado em campo aberto. Categorizada em salários mínimos³, sendo: de 0 a 0,5 salário mínimo; >0,5 e ≤ 1 salário mínimo; >1 e ≤ 1,5 salários mínimos; >1,5 e ≤ 2,0 salários mínimos e > 2 salários mínimos, e dicotomizada em < 1 e ≥ 1;
- Status social subjetivo mensurado através da Escala de *MacArthur* de Status Social Subjetivo: como variável contínua com *score* variando de 1 a 10 e dicotomizada em ruim e bom que representam, respectivamente, as categorias: “muito ruim” e “ruim” (degraus 1 e 2; 3 e 4), e “regular”, “bom” e “muito bom” (5 e 6; 7 e 8; 9 e 10) (SANCHÓN-MACIAS *et al.*, 2013);
- Autopercepção de saúde: Categorizada em: muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim e dicotomizada em boa (muito boa e boa) e ruim (regular, ruim e muito ruim) (MEIRELES *et al.*, 2015);
- Morbidade referida categorizada em sim ou não;
- Medicamento de uso contínuo categorizada em sim ou não; para aqueles medicamentos utilizados diariamente com ou sem prescrição médica;
- Uso de medicamento para depressão como variável categórica em sim ou não;
- Fumante ativo: como variável categórica sim ou não; como variável contínua para quantificar o número de anos que é fumante;
- Sintomas de ansiedade mensurado através da subescala de ansiedade do *Patient Health Questionnaire – 4* (PHQ – 4): categorizados em negativo quando < 3 e positivo quando ≥ 3 (KROENKE *et al.*, 2009; LÖWE *et al.*, 2010);
- Sintomas depressivos mensurado através da subescala de depressão do *Patient Health Questionnaire – 4* (PHQ – 4) categorizado em negativo

³ Refere-se ao salário mínimo nacional vigente no valor de R\$ 1.045,00 (Hum mil e quarenta e cinco reais)

quando < 3 e positivo quando ≥ 3 (KROENKE *et al.*, 2009; LÖWE *et al.*, 2010);

- Tempo de encarceramento: variável coletada em campo aberto, categorizada em meses e dicotomizada a partir do cálculo da mediana em: ≤ 25 meses e > 25 meses.
- Quantas mulheres dividem a cela - variável coletada em campo aberto e dicotomizada a partir do cálculo da mediana em: ≤ 17 e > 17 ;
- Assistência de saúde recebida: como variável categorizada em sim ou não;
- Utilização do serviço odontológico nos últimos 12 meses: categorizado em sim ou não e como variável contínua para quantificar o número de consultas odontológicas no último ano dicotomizada em 1 e > 1 ;
- Perda dentária após o encarceramento: categorizada em sim ou não e como variável contínua para identificar o número de dentes perdidos dicotomizada pela média em < 4 e ≥ 4 ;
- Nível de satisfação em relação ao atendimento odontológico: categorizados em ruim, regular e bom e dicotomizada em bom (bom) e ruim (regular e ruim).

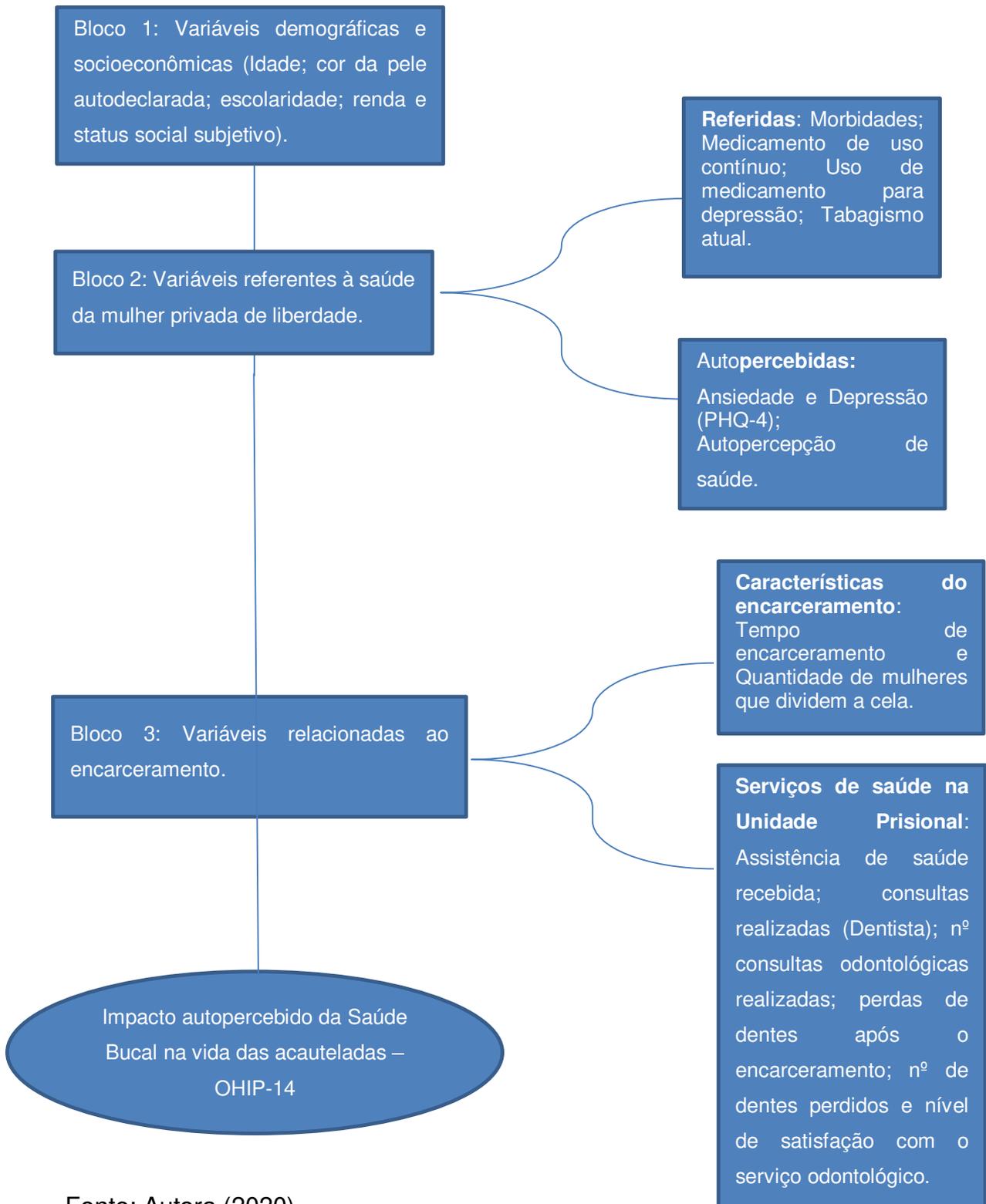
As variáveis independentes acima correspondem àquelas que foram utilizadas no modelo teórico de determinação adotado para análise dos fatores associados ao desfecho. Contudo, cabe reportar que uma série de outras variáveis foram exploradas não somente para compor a análise descritiva da população estudada, mas também, para permitir a realização de outros estudos do projeto “Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora – MG”.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos fatores associados ao impacto autopercebido da saúde bucal na vida das mulheres, foi construído um modelo teórico de determinação (VICTORA *et al.*, 1997) com três blocos hierarquizados de variáveis (Figura 2) dentre as descritas no item 4.6. Os três blocos foram elaborados da seguinte forma: Bloco 1 - variáveis demográficas e socioeconômicas; Bloco 2 - variáveis referentes a saúde

da mulher privada de liberdade (dividido em dois sub-blocos: 2.1 variáveis de saúde referidas e 2.2 variáveis de saúde autopercebidas), Bloco 3 – variáveis relacionadas ao encarceramento (dividido em dois sub-blocos: 3.1 variáveis referentes à características do encarceramento e variáveis referentes ao serviço de saúde na Unidade Prisional).

Figura 3 – Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre o impacto autopercibido da saúde bucal na vida das mulheres em blocos hierarquizados



Fonte: Autora (2020).

Os dados coletados foram digitados e organizados em um banco de dados utilizando o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0. O tratamento estatístico incluiu a codificação, digitação e edição dos dados. Para minimizar possíveis inconsistências na construção do banco, a digitação dos dados ficou concentrada e realizada pela pesquisadora envolvida em outro estudo do macroprojeto supracitado, em nome de quem foi cancelada a realização do estudo conforme os anexos deste estudo.

Inicialmente, os dados foram submetidos à análise descritiva, para obtenção das medidas de frequência absolutas e relativas das variáveis analisadas e de tendência central e suas medidas de dispersão. A associação entre variáveis independentes e a dependente, ou seja, a análise bivariada se constituiu por meio de testes paramétricos ou não paramétricos adequados, conforme o padrão de distribuição da variável dependente. Nessa etapa, a análise por domínio e para o escore final, adotou o nível de significância de 10%, assim as variáveis independentes foram ajustadas entre si dentro de cada bloco. As variáveis com nível de significância $\leq 0,10$ foram incluídas no modelo de regressão linear e ajustadas ao nível superior ao seu. Na análise multivariada de regressão linear foi realizado o controle das variáveis, adotando nível de significância 5%.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo está inserido no macroprojeto intitulado “Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG”, aprovado pela Secretaria de Estado de Administração Prisional (Anexo A) conforme termo de concordância expedido, em 25 de março de 2019, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, em 30 de abril de 2019, na forma do Parecer n. 3.294.253 (Anexo B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de atender aos requisitos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, os resultados e discussão serão apresentados na forma do artigo abaixo, com complementação no Apêndice A.

Artigo – **IMPACTO AUTOPERCEBIDO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE⁴.**

IMPACTO AUTOPERCEBIDO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

Ludmila Roberto Moraes¹, Lidiane Castro Duarte de Aquino², Danielle Teles da Cruz³, Isabel Cristina Gonçalves Leite³

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora - MG, Brasil.

²Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora - MG, Brasil

³Docente do Departamento de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora - MG, Brasil.

RESUMO

Background: As unidades prisionais são marcadas por um conjunto de carências estruturais, sobretudo no que concerne ao gênero feminino, refletindo a omissão estatal como agente garantidor de direitos sociais constitucionais, possibilitando que a mulher tenha preservada sua saúde durante o período de vida no cárcere.

Objetivos: O estudo objetivou medir o impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida e os fatores associados em mulheres acauteladas em uma unidade prisional na cidade de Juiz de Fora estado de Minas Gerais – Brasil.

Metodologia: Estudo transversal, realizado por meio de inquérito censitário em mulheres privadas de liberdade no anexo feminino de uma penitenciária do estado de

⁴ O artigo segue as orientações de apresentação fornecidas pela revista a que foi submetido.

Minas Gerais – Brasil. O instrumento de coleta de dados foi composto por questões semiestruturadas e por escalas validadas para a língua portuguesa. A variável dependente foi o impacto da saúde bucal na qualidade de vida mensurado pelo *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Para a análise dos fatores associados ao impacto autopercebido da saúde bucal, foi construído um modelo teórico de determinação, com três blocos hierarquizados de variáveis demográficas e socioeconômicas; variáveis referentes a saúde da mulher privada de liberdade e referentes ao encarceramento feminino e ao serviço de saúde ofertado pela unidade. O padrão de normalidade foi avaliado pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Inicialmente, os dados foram submetidos à análise descritiva. A análise bivariada se constituiu por meio de teste não paramétrico Mann-Whitney. As variáveis com nível de significância $\leq 0,10$ foram incluídas no modelo de regressão linear e ajustadas ao nível superior ao seu. Na análise multivariada de regressão linear foi realizado o controle das variáveis, adotando nível de significância 5%.

Resultados: 99 mulheres foram avaliadas com idade média de 33 anos, maioria não-brancas (77,8%), no máximo de 9 anos completos de escolaridade (76,7%) e renda até um salário mínimo antes do encarceramento (66,7%). 81,9% das acauteladas consideram estar no nível mais baixo da escala de status social subjetivo *Mc Arthur*. Tempo médio de encarceramento de 25 meses ($\pm 38,01$). 90,9 % recebem assistência de saúde na penitenciária, e o menor percentual de assistência informado relaciona-se ao atendimento odontológico (58,6%). 33% referem ter experimentado perdas dentárias após o encarceramento, com média de 3,70 ($\pm 3,26$) dentes perdidos. 65,6% avaliam a satisfação com o serviço odontológico como regular e ruim. 86,9% relatou algum sintoma de ansiedade e/ou depressão. As maiores prevalências de impacto da saúde bucal foram domínio Desconforto psicológico (50,5%) e Dor física (40,4%). Os domínios de maior impacto foram: Desconforto psicológico, Dor física, Incapacidade psicológica e Desvantagem social. Ao domínio Desconforto psicológico impactaram negativamente as variáveis: Número de consultas odontológicas no último ano e Autopercepção de saúde geral. Ao domínio Dor física, as variáveis associadas foram: Cor autodeclarada e Ansiedade. A variável Autopercepção de saúde geral impactou também os domínios Incapacidade psicológica e Desvantagem social. O OHIP-14 total foi influenciado para um pior impacto pela variável Depressão.

Conclusão: O estudo revelou o impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida de mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional brasileira,

apontando para a necessidade de investimento no sistema prisional, no sentido de ampliar e qualificar os serviços de saúde bucal permitindo acesso as vulneráveis acauteladas.

PALAVRAS CHAVES: AUTOPERCEPÇÃO. MULHERES. PRESAS. QUALIDADE DE VIDA. SAÚDE BUCAL. ACESSO A SERVIÇO DE SAÚDE.

KEYWORDS: SELF CONCEPT. WOMEN. PRISONERS. QUALITY OF LIFE. ORAL HEALTH. HEALTH SERVICE ACCESSIBILITY.

INTRODUÇÃO

Atualmente o Brasil ocupa o quarto lugar na posição de países com maior população carcerária feminina no mundo (WORLD PRISION BRIEF, 2020). Essa população é representada expressivamente por mulheres jovens, negras, solteiras, mães, com baixo nível de escolaridade e renda. O encarceramento feminino destaca-se por sua alta taxa de crescimento frente ao grupo masculino, o que representou no período de 2000 a 2016 aumento em 656% no país (SANTOS *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2013).

As mulheres privadas de liberdade são mais acometidas por agravos à saúde do que a população feminina em geral (MINAYO; CONSTANTINO, 2015). Entre as vulnerabilidades estão as relacionadas à saúde bucal, o que pode impactar na percepção de sua qualidade de vida. A autopercepção negativa da saúde guarda relação com indicadores de iniquidades sociais evidenciando a ação deletéria dos determinantes sociais de saúde (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013). O impacto dos problemas bucais tem sido associado a tais indicadores, da mesma forma, que há associação entre o conceito de qualidade de vida e aspectos gerais de saúde, incluindo a saúde bucal (FREEMAN, RUTH & RICHARDS, DEREK, 2019; GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013).

Pesquisa prévia nacional demonstrou a situação de fragilidade dos aparatos de saúde dentro das unidades prisionais. Realçou que a escassez de perspectivas sociais e de acesso a saúde que acompanha a vida pregressa dos presos mantem-se na vida encarcerada e concluiu que as instituições prisionais são marcadas por um conjunto de carências estruturais que impedem que o estado garanta que o indivíduo

tenha incólume sua saúde durante o período de sua vida na prisão (MINAYO; CONSTANTINO, 2015).

Estudos recentes sobre medidas de privação social têm sido correlacionados à saúde bucal, fornecendo dados que confirmam a validade do conceito trazido por essas medidas, o que indica sua utilidade na formulação de políticas de saúde bucal e decisões relativas à alocação de recursos para essa área (LOCKER, 2000).

O *Perfil de Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile – OHIP)* trata-se de um instrumento de qualidade de vida relacionado à saúde bucal para adultos que demonstrou a importância e universalidade dos aspectos mais gerais de saúde bucal relatados pelo paciente, caracterizando-se como um constructo do impacto psicossocial e físico dos distúrbios orais (JOHN *et al.*, 2014; LOCKER, 1988; SLADE, 1997; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005; VETTORE; AQEELI, 2016).

Considerando a autopercepção de saúde como um relevante indicador e o contexto apresentado que trata a saúde da população carcerária feminina como um problema de saúde pública, o presente estudo foi elaborado com o objetivo de medir o impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida dessa população e os fatores associados em mulheres acauteladas em uma unidade prisional na cidade de Juiz de Fora- MG.

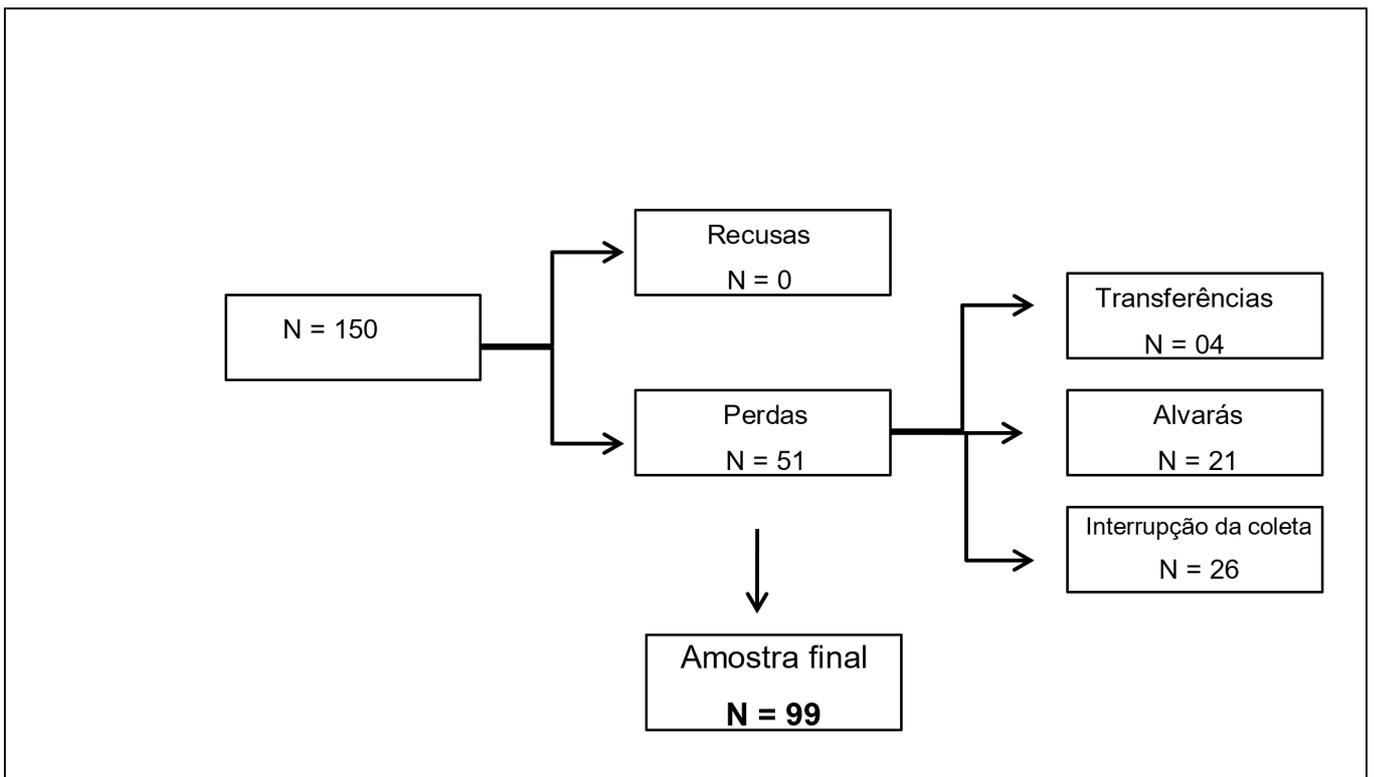
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado por meio de inquérito censitário com mulheres privadas de liberdade, com 18 anos ou mais de idade, acauteladas por no mínimo 30 dias no anexo feminino Eliane Betti da Penitenciária José Edson Cavalieri, localizado na cidade de Juiz de Fora no estado de Minas Gerais. Juiz de Fora é sede da 4ª Região Integrada de Segurança Pública, composta por quatro unidades prisionais e apresenta o maior número de estabelecimentos e a maior concentração de acautelados, em torno de 2300, segundo dados de agosto de 2020 contidas no Sistema Integrado de Gestão Prisional.

Todas as mulheres acauteladas nos regimes provisório, fechado e semiaberto da unidade de estudo, constando no Sistema Integrado de Gestão Prisional, no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020 foram convidadas a participar. Na listagem constavam matriculadas 150 mulheres, das quais computou-se 51 perdas: 21 resultaram de alvará judicial, 4 por transferência para outra Unidade Prisional e 26

por interrupção da coleta frente as medidas de contingenciamento da Pandemia da COVID-19, resultando em 99 participantes, conforme ilustra o diagrama da figura 1.

Figura 1 – Diagrama descritivo da população de estudo



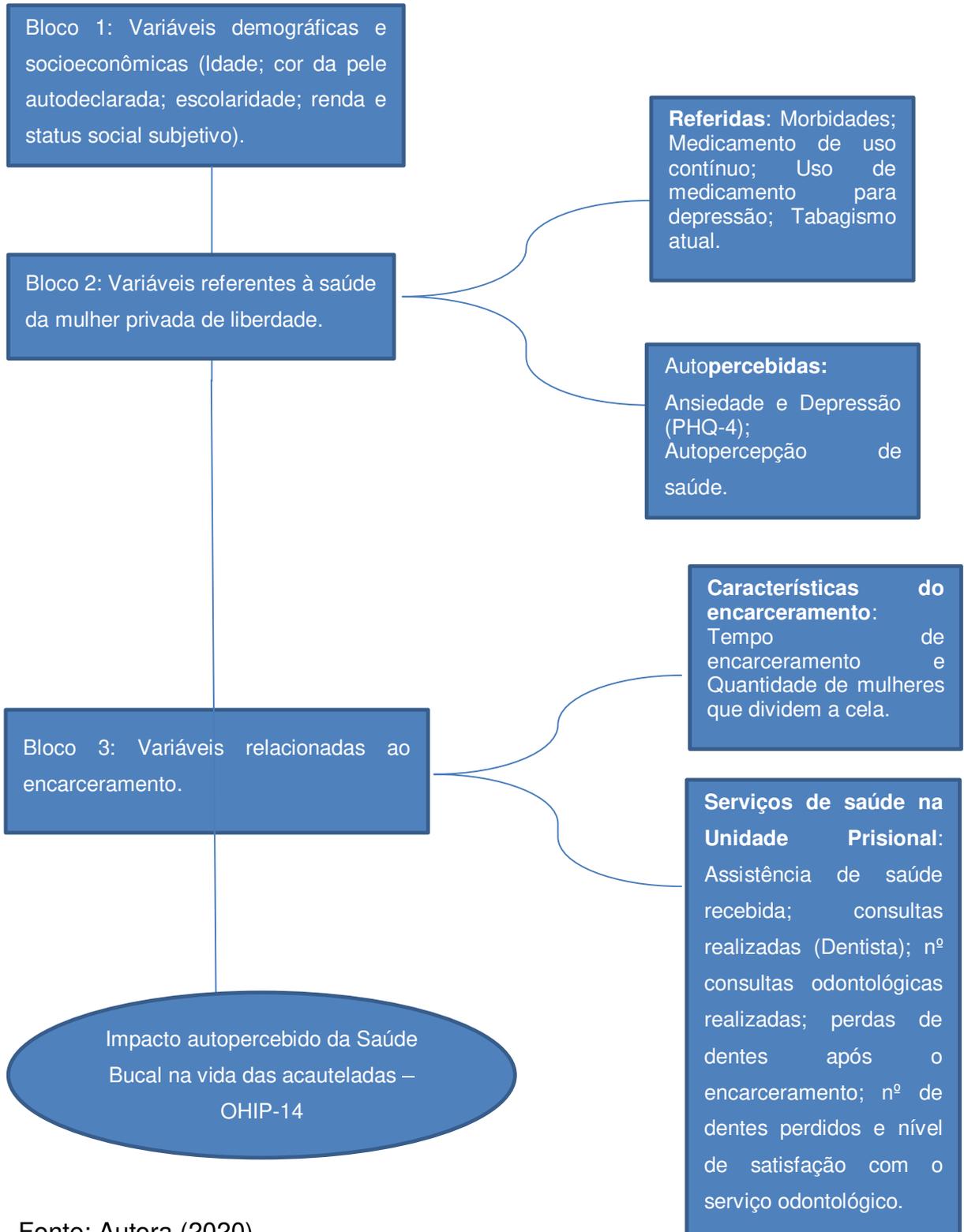
Fonte: Autora (2020).

A coleta de dados foi precedida de estudo piloto em outra unidade prisional feminina, quando foram feitas adequações no instrumento e na forma de aplicação. O instrumento de coleta de dados foi composto por questões semiestruturadas, elaboradas a partir do instrumento utilizado na pesquisa “*Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos e das condições ambientais das unidades prisionais do Estado do Rio de Janeiro*” (MINAYO; CONSTANTINO, 2015) e por escalas validadas para a língua portuguesa. O estudo, teve por variável dependente o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), desenvolvido por Slade e Spencer, em 1994. O questionário proposto mede a limitação, o desconforto e a incapacidade atribuída à condição bucal. É composto por duas perguntas para cada um dos sete domínios:

limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. Suas questões foram organizadas de modo que as acauteladas indicassem, segundo uma escala *Likert* contendo cinco categorias de resposta, com que frequência experimentaram cada um dos problemas, dentro de um período de referência de 6 meses. As categorias de resposta e respectivas cotações são: sempre = 4; repetidamente = 3; às vezes = 2; raramente = 1; nunca = 0. Para a análise descritiva do OHIP-14, foi considerado com impacto o domínio autopercebido em repetidamente e/ou sempre, recebendo minimamente o valor 3 e o máximo de 8; e sem impacto o domínio autopercebido em nunca, raramente e às vezes, recebendo um valor entre 0 e 4 (JOHN *et al.*, 2014; JOKSTAD, 2018; SLADE, 1997).

Para a análise dos fatores associados ao impacto autopercebido da saúde bucal na vida das mulheres, foi construído um modelo teórico de determinação (VICTORA *et al.*, 1997), ilustrado na figura 2, com três blocos hierarquizados de variáveis independentes.

Figura 2 – Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre o impacto autopercebido da saúde bucal na vida das mulheres em blocos hierarquizados



Fonte: Autora (2020).

Os dados foram digitados no programa SPSS 15.0 e inicialmente submetidos à análise descritiva, para obtenção das medidas de frequência absolutas e relativas das variáveis analisadas e de tendência central e suas medidas de dispersão. O padrão de normalidade foi avaliado pelo teste Kolmogorov-Smirnov. A análise bivariada se constituiu por meio de teste não paramétrico Mann-Whitney, tendo em vista que o padrão de distribuição da variável dependente quanto aos domínios foi assimétrico. Já para o OHIP-14 total, a distribuição foi normal aplicando-se o teste t para amostras independentes. As variáveis com nível de significância $\leq 0,10$ foram incluídas no modelo de regressão linear e ajustadas ao nível superior ao seu. Na análise multivariada de regressão linear foi realizado o controle das variáveis, adotando nível de significância 5%.

O presente estudo está inserido no macroprojeto intitulado “Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG”, aprovado pela Secretaria de Estado de Administração Prisional e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, na forma do Parecer n. 3.294.253.

RESULTADOS

A população deste estudo ($n = 99$) foi composta por mulheres com média de idade de 33 anos, não-brancas (77,8%), possuindo, no máximo, 9 anos completos de escolaridade (76,7%) e renda até um salário mínimo antes do encarceramento (66,7%). Quanto ao status social subjetivo, 81,9% das acauteladas consideram estar no nível mais baixos de acordo com a escala de status social subjetivo *Mc Arthur* (Tabela 1). Quanto às características do encarceramento destacam-se o tempo médio de encarceramento de 25 meses ($\pm 38,01$) bem como média de 18,17 ($\pm 4,37$) mulheres por cela (Tabela 1).

Em relação à assistência de saúde recebida, 90,9% responderam que são assistidas, sendo que o menor percentual de assistência informado pelas acauteladas relaciona-se ao atendimento odontológico (58,6%). 33% das acauteladas referem ter experimentado perdas dentárias após o encarceramento, com média de 3,70 ($\pm 3,26$) dentes perdidos. Nessa linha, 65,6% avaliam o nível de satisfação com o serviço odontológico como regular e ruim (Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas e de encarceramento das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, 2020

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Características demográficas		
<i>Idade (em anos)</i>		
20-29	36	36,4
30-39	39	39,3
40-49	17	17,2
50-59	7	7,1
<i>Cor da pele autodeclarada</i>		
Branca	22	22,2
Preta	33	33,3
Parada	41	41,5
Amarela/indígena	3	3,0
Características socioeconômicas		
<i>Escolaridade (em anos)</i>		
Analfabeta	1	1,0
≥ 1 e < 9	60	60,5
9	16	16,2
> 9 e < 12	5	5,1
12	15	15,2
Ensino superior completo	2	2,0
<i>Profissão</i>		
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	61	61,6
Desempregada	9	9,1
Sem remuneração (estudante e do lar)	7	7,1
Outros	22	22,2
<i>Renda familiar (em salários mínimos)</i>		
0 a ≤ 0,5	26	26,3
> 0,5 e ≤ 1,0	40	40,3
> 1,0 e ≤ 1,5	16	16,2
> 1,5 e ≤ 2,0	10	10,1
> 2,0	7	7,1
<i>Escala Mac Arthur de Status Social Subjetivo</i>		
Muito ruim (1 e 2)	28	28,3
Ruim (3 e 4)	25	25,2
Regular (5 e 6)	28	28,2
Bom (7 e 8)	12	12,2
Muito bom (9 e 10)	6	6,1
Características do encarceramento		
<i>Motivo da prisão</i>		
Crime contra a pessoa	12	12,1
Crime contra o patrimônio	30	30,3
Tráfico de drogas	52	52,5
Outros	5	5,1

<i>Tempo de encarceramento (em meses)</i>		
≥ 1 e ≤ 12	45	45,4
> 12 e ≤ 48	41	41,4
> 48 e ≤ 96	8	8,1
> 96	5	5,1
<i>Sentença recebida (em anos)</i>		
Até 4	9	12,8
> 4 e ≤ 8	27	38,6
> 8	30	42,9
Não soube responder	4	5,7
<i>Quantas mulheres dividem a cela</i>		
10-15	27	27,3
16-20	26	26,2
> 20	46	46,5
<i>Média (dp) 18,17 (4,37)</i>		
<hr/> Serviços de saúde na Unidade prisional <hr/>		
<i>Assistência de saúde recebida</i>		
Sim	90	90,9
<i>Consultas realizadas</i>		
<i>Dentista</i>		
Sim	58	58,6
<i>Nº de consultas odontológicas no último ano</i>		
1	34	58,6
2	15	25,9
3	3	5,2
4	6	10,3
<i>Perdas dentárias após o encarceramento</i>		
Sim	33	33,3
<i>Nº de dentes perdidos após o encarceramento</i>		
1	9	27,3
> 1 e ≤ 4	16	48,5
> 4	8	24,2
<i>Média (dp) 3,70 (3,26)</i>		
<i>Nível de satisfação com o serviço odontológico</i>		
Ruim	24	37,5
Regular	18	28,1
Bom	22	34,4

Fonte: Autora (2020).

A maioria das acuteladas classificou a saúde como boa (58,6%), embora 52,5% referissem ter algum problema de saúde. Fazem uso contínuo de medicações (70,7%), sendo 33,3% para depressão. 72,7% fumam, com média de 15,68 anos de tabagismo ($\pm 10,09$). Foi expressivo o número de mulheres que relatou algum sintoma de ansiedade e/ou depressão (86,9%) (Tabela 2).

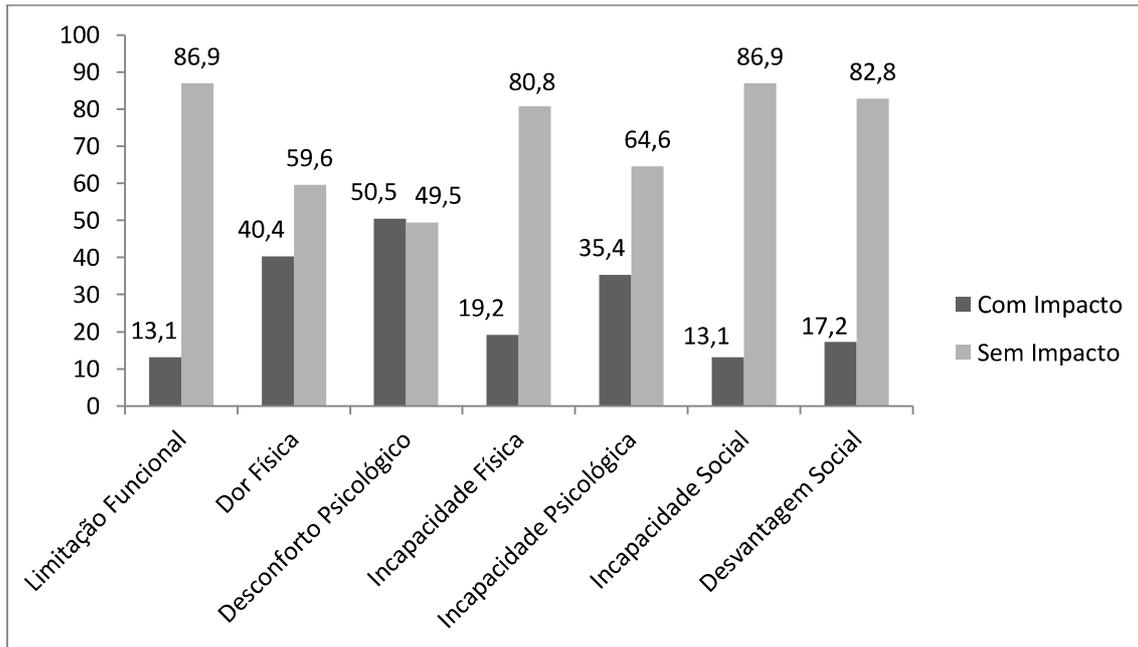
Tabela 2 – Caracterização das mulheres acuteladas em Juiz de Fora, de acordo com autopercepção de saúde e morbidade referidas – Juiz de Fora, 2020

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa(%)
<i>Autopercepção de saúde</i>		
Muito boa	10	10,1
Boa	58	58,6
Regular	23	23,2
Ruim	5	5,1
Muito ruim	3	3,0
<i>Morbidade Referida</i>		
Sim	52	52,5
<i>Medicamento de uso contínuo</i>		
Sim	70	70,7
<i>Medicamento para depressão</i>		
Sim	33	33,3
<i>Tabagismo atual</i>		
Sim	72	72,7
<i>Sintomas de ansiedade e depressão</i>		
Nenhum	13	13,1
Leve	19	19,2
Moderado	24	24,2
Grave	43	43,5
<i>Ansiedade (PHQ-4)</i>		
Negativo (<3)	36	36,4
Positivo (≥ 3)	63	63,6
<i>Depressão (PHQ-4)</i>		
Negativo (<3)	57	57,6
Positivo (≥ 3)	42	42,4

Fonte: Autora (2020).

O gráfico 1 a seguir apresenta a prevalência de impacto para cada domínio do OHIP-14. Os domínios Dor física (40,4%) e Desconforto psicológico (50,5%) apresentaram as maiores prevalências de impacto da saúde bucal.

Gráfico 1 – Distribuição das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, de acordo com a prevalência do impacto, por domínios do OHIP-14 – Juiz de Fora, 2020



Fonte: Autora (2020).

A tabela 3 traz a comparação de estratos das variáveis independentes por domínio e pontuação final do OHIP-14.

Tabela 3 – Média, desvio-padrão e p-valor⁵ das variáveis independentes, por domínios e para OHIP-14 total das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, Juiz de Fora – 2020

Variável	Médias por domínio (dp)							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
Idade (em anos)								
≤33	1,33 (1,91)	3,69 (2,85)	3,61 (2,83)	1,44 (2,08)	2,36 (2,59)	1,21 (1,94)	1,25 (2,20)	15,07 (12,64)
> 33	1,58 (2,35)	3,21 (2,48)	3,68 (2,88)	2,05 (2,75)	2,71 (2,25)	1,05 (1,64)	1,29 (2,10)	15,24 (11,79)
p-valor	0,852	0,455	0,933	0,435	0,283	0,871	0,746	0,575

⁵ Foi utilizado o teste Mann Whitney para cálculo do p-valor dos domínios do OHIP-14. Para o p-valor do escore total do OHIP-14 foi utilizado o Teste t de amostras independentes.

Cor da pele autodeclarada								
Branca	0,64 (1,25)	2,45 (2,02)	3,23 (3,12)	2,00 (2,54)	2,82 (2,54)	0,86 (1,49)	0,68 (1,21)	12,05 (9,87)
Não-branca	1,65 (2,22)	3,81 (2,82)	3,75 (2,76)	1,58 (2,32)	2,40 (2,45)	1,23 (1,91)	1,43 (2,34)	16,01 (12,78)
p-valor	0,031	0,052	0,393	0,287	0,428	0,476	0,287	0,173
Escolaridade (em anos concluídos)								
< 9	1,57 (2,31)	3,34 (2,70)	3,36 (2,80)	1,41 (2,12)	2,36 (2,45)	1,07 (1,92)	1,23 (2,21)	14,67 (12,51)
≥ 9	1,18 (1,66)	3,76 (2,74)	4,08 (2,87)	2,11 (2,69)	2,71 (2,49)	1,29 (1,67)	1,32 (2,09)	15,87 (11,98)
p-valor	0,748	0,455	0,221	0,261	0,515	0,206	0,695	0,334
Renda familiar (em salários mínimos)⁶								
< 1	1,17 (1,96)	3,47 (2,65)	3,73 (2,86)	1,44 (2,20)	2,56 (2,63)	1,17 (1,90)	1,35 (2,19)	14,92 (12,46)
≥ 1	1,94 (2,26)	3,58 (2,87)	3,45 (2,83)	2,15 (2,65)	2,36 (2,12)	1,12 (1,69)	1,09 (2,10)	15,55 (12,04)
p-valor	0,049	0,928	0,611	0,162	0,902	0,983	0,670	0,956
Escala de Mac Arthur de Status Social Subjetivo⁷								
Ruim	1,58 (2,15)	3,81 (2,86)	3,98 (2,78)	1,64 (2,39)	2,62 (2,47)	1,34 (2,00)	1,43 (2,22)	16,75 (13,08)
Bom	1,24 (2,01)	3,15 (2,52)	3,24 (2,88)	1,72 (2,36)	2,35 (2,47)	0,93 (1,60)	1,07 (2,08)	13,26 (11,09)
p-valor	0,399	0,275	0,174	0,631	0,530	0,239	0,266	0,443
Tempo de encarceramento (em meses)								
≤ 15	1,54 (2,26)	3,90 (2,95)	3,85 (3,06)	1,48 (2,32)	2,58 (2,67)	1,21 (1,94)	1,44 (2,53)	16,48 (13,32)
> 15	1,30 (1,89)	3,06 (2,38)	3,40 (2,58)	1,89 (2,42)	2,40 (2,22)	1,09 (1,70)	1,06 (1,65)	13,64 (10,92)
p-valor	0,769	0,177	0,501	0,221	0,934	0,805	0,987	0,141

⁶ Refere-se ao salário mínimo nacional vigente no valor de R\$ 1.045,00 (Hum mil e quarenta e cinco reais) que corresponde a U\$ 187 (Cento e oitenta e sete dólares)

⁷ Variável contínua com *score* variando de 1 a 10 e dicotomizada em ruim e bom representando, respectivamente, as categorias: “muito ruim” e “ruim” (degraus 1 e 2; 3 e 4), e “regular”, “bom” e “muito bom” (5 e 6; 7 e 8; 9 e 10) (SANCHÓN-MACIAS *et al.*, 2013)

Quantas mulheres dividem a cela								
≤ 17	1,72 (2,27)	3,60 (2,94)	3,58 (2,94)	1,81 (2,64)	2,32 (2,37)	1,08 (1,74)	1,51 (2,55)	15,98 (13,34)
> 17	1,09 (1,81)	3,39 (2,44)	3,70 (2,74)	1,52 (2,02)	2,70 (2,57)	1,24 (1,93)	0,98 (1,56)	14,15 (10,95)
p-valor	0,097	0,859	0,811	0,982	0,518	0,602	0,865	0,790
Assistência de saúde recebida								
Sim	1,41 (2,06)	3,34 (2,74)	3,62 (2,86)	1,71 (2,43)	2,44 (2,38)	1,13 (1,81)	1,28 (2,19)	14,84 (12,01)
Não	1,56 (2,45)	5,11 (1,83)	3,78 (2,77)	1,33 (1,73)	3,00 (3,28)	1,33 (2,06)	1,11 (1,83)	18,00 (15,05)
p-valor	0,973	0,046	0,829	0,857	0,782	0,715	0,948	0,465
Consulta realizada dentista								
Sim	1,31 (1,88)	3,79 (2,94)	4,10 (2,96)	1,93 (2,67)	2,62 (2,50)	1,31 (1,82)	1,24 (2,10)	16,26 (12,64)
Não	1,59 (2,35)	3,10 (2,33)	2,98 (2,54)	1,32 (1,84)	2,32 (2,42)	0,93 (1,84)	1,29 (2,25)	13,54 (11,67)
p-valor	0,842	0,293	0,065	0,578	0,537	0,159	0,840	0,521
Nº de consulta odontológica no último ano								
1	1,00 (1,58)	3,09 (3,02)	3,21 (3,00)	2,29 (2,83)	2,18 (2,82)	0,91 (1,76)	0,74 (1,52)	12,50 (12,31)
> 1	1,75 (2,21)	4,79 (2,55)	5,38 (2,43)	1,42 (2,37)	3,25 (1,82)	1,88 (1,78)	1,96 (2,60)	21,58 (11,32)
p-valor	0,170	0,018	0,006	0,163	0,025	0,013	0,039	0,720
Perda dentária após o encarceramento								
Sim	1,64 (2,12)	4,21 (2,55)	4,58 (2,47)	1,82 (2,58)	3,21 (2,22)	1,39 (1,95)	1,88 (2,34)	19,42 (11,89)
Não	1,32 (2,08)	3,15 (2,74)	3,17 (2,91)	1,61 (2,27)	2,14 (2,51)	1,03 (1,76)	0,95 (2,00)	12,98 (11,96)
p-valor	0,439	0,051	0,014	0,848	0,018	0,355	0,012	0,892
Nº de dentes perdidos após o encarceramento								
< 4	1,76 (2,30)	4,48 (2,56)	4,90 (2,23)	1,71 (2,81)	3,52 (2,23)	1,71 (1,98)	2,10 (2,51)	21,43 (11,98)
≥ 4	1,42	3,75	4,00	2,00	2,67	0,83	1,50	15,92

	(1,83)	(2,56)	(2,86)	(2,22)	(2,19)	(1,85)	(2,07)	(11,38)
p-valor	0,855	0,496	0,471	0,425	0,456	0,145	0,647	0,593
Nível de satisfação com o serviço odontológico								
<i>Ruim</i>	1,58	3,58	3,60	1,62	2,60	1,23	1,43	15,81
	(2,21)	(2,70)	(2,82)	(2,34)	(2,48)	(1,92)	(2,22)	(12,69)
<i>Bom</i>	0,86	3,23	3,77	1,86	2,14	0,86	0,68	12,77
	(1,46)	(2,81)	(2,97)	(2,49)	(2,40)	(1,42)	(1,84)	(10,57)
p-valor	0,280	0,537	0,827	0,638	0,443	0,634	0,075	0,195
Autopercepção de saúde								
<i>Boa</i>	1,13	3,16	3,15	1,65	1,99	1,06	0,78	12,72
	(1,98)	(2,71)	(2,65)	(2,29)	(2,18)	(1,66)	(1,77)	(11,31)
<i>Ruim</i>	2,06	4,26	4,71	1,74	3,61	1,35	2,32	20,42
	(2,19)	(2,61)	(2,98)	(2,57)	(2,69)	(2,15)	(2,55)	(12,79)
p-valor	0,014	0,054	0,014	0,987	0,004	0,699	<0,001	0,324
Morbidade referida								
<i>Sim</i>	1,56	3,40	3,71	1,67	2,73	1,29	1,35	15,46
	(1,97)	(2,54)	(2,86)	(2,29)	(2,51)	(1,86)	(1,92)	(11,62)
<i>Não</i>	1,28	3,62	3,55	1,68	2,23	1,00	1,17	14,77
	(2,21)	(2,92)	(2,84)	(2,48)	(2,41)	(1,79)	(2,41)	(13,05)
p-valor	0,127	0,790	0,798	0,884	0,286	0,229	0,243	0,294
Medicamento de uso contínuo								
<i>Sim</i>	1,38	3,58	3,69	1,56	2,60	1,18	1,33	15,33
	(1,97)	(2,68)	(2,80)	(2,13)	(2,41)	(1,80)	(2,23)	(11,74)
<i>Não</i>	1,56	3,30	3,48	2,00	2,22	1,07	1,07	14,59
	(2,39)	(2,83)	(2,99)	(2,92)	(2,62)	(1,80)	(1,96)	(13,77)
p-valor	0,762	0,599	0,702	0,676	0,384	0,581	0,749	0,239
Medicamento para depressão								
<i>Sim</i>	1,52	4,09	3,91	1,61	3,03	1,06	1,76	17,21
	(2,28)	(2,38)	(2,83)	(2,28)	(2,35)	(1,58)	(2,51)	(11,27)
<i>Não</i>	1,38	3,21	3,50	1,71	2,23	1,20	1,02	14,09
	(2,00)	(2,84)	(2,85)	(2,43)	(2,49)	(1,95)	(1,92)	(12,68)
p-valor	0,886	0,081	0,469	0,938	0,077	0,814	0,097	0,349
Tabagismo atual								
<i>Sim</i>	1,56	3,94	4,10	1,54	2,71	1,28	1,56	16,99
	(2,21)	(2,70)	(2,92)	(2,34)	(2,51)	(1,99)	(2,38)	(12,70)
<i>Não</i>	1,07	2,33	2,41	2,04	1,93	0,81	0,48	10,19

	(1,68)	(2,42)	(2,22)	(2,44)	(2,25)	(1,24)	(1,09)	(9,56)
p-valor	0,379	0,008	0,011	0,244	0,167	0,599	0,030	0,173
Sintomas de								
ansiedade								
Negativo	0,89	2,69	2,97	1,78	1,97	1,17	0,78	11,64
	(1,74)	(2,45)	(2,35)	(2,63)	(2,31)	(1,68)	(1,55)	(10,19)
Positivo	1,74	3,97	4,02	1,62	2,79	1,14	1,54	17,13
	(2,22)	(2,77)	(3,03)	(2,22)	(2,51)	(1,92)	(2,40)	(12,96)
p-valor	0,041	0,025	0,098	0,997	0,099	0,639	0,116	0,164
Sintomas de								
depressão								
Negativo	1,05	3,47	3,12	1,65	2,00	0,95	0,63	12,46
	(1,74)	(2,65)	(2,50)	(2,40)	(2,20)	(1,53)	(1,29)	(10,24)
Positivo	1,93	3,55	4,33	1,71	3,17	1,43	2,12	18,76
	(2,41)	(2,83)	(3,14)	(2,35)	(2,65)	(2,15)	(2,74)	(13,88)
p-valor	0,066	0,957	0,048	0,658	0,026	0,396	0,002	0,003

Fonte: Autora (2020).

A tabela 4 apresenta o resultado da análise de regressão linear múltipla. A respeito do domínio Dor física, as variáveis que permaneceram significativas após o ajuste foram: cor autodeclarada e sintomas de ansiedade. Essas variáveis justificam 26% da variabilidade desse domínio. Para o domínio desconforto psicológico, após o ajuste, as variáveis que se mantiveram significativas foram número de consultas odontológicas no último ano e autopercepção de saúde geral, que explicam quase 35% da variabilidade desse domínio. Para o domínio Incapacidade psicológica e desvantagem social foi significativa a associação com a autopercepção de saúde geral que traduz 24% e 25% da variabilidade dos referidos domínios, respectivamente.

Tabela 4 – Modelo de regressão linear múltipla: fatores associados ao OHIP-14 das mulheres acuteladas em Juiz de Fora, Juiz de Fora – 2020

	Dor física			Desconforto psicológico*			Incapacidade psicológica			Desvantagem social			OHIP-14		
r ² ajustado	0,262			0,345			0,239			0,255			0,056		
Variáveis	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	P

<i>Cor autodeclarada (Branca)</i>	1,84	0,29; 3,38	0,021										
<i>Nº de consultas odontológicas no último ano (1)</i>	0,62	-0,14; 1,39	0,109	0,88	0,18; 1,59	0,015	0,89	0,25	-0,39;0,438	0,21	-0,33;0,441		
<i>Autopercepção de saúde geral (Boa)</i>	1,15	-0,46; 2,76	0,158	1,88	0,26; 3,51	0,024	3,41	1,94	0,48; 0,010	1,62	0,39; 0,011		
<i>Sintomas de ansiedade (Negativo)</i>	1,52	0,02; 3,02	0,046	0,84	-0,80; 2,47	0,305	2,11	0,64	-0,84;0,390				
<i>Sintomas de depressão (Negativo)</i>				1,25	-0,43; 2,93	0,142	2,17	0,64	-0,89;0,404	1,07	-0,04;0,058	6,31	1,50; 0,011

* A variável *Consulta realizada no dentista* foi excluída por autocorrelação

Fonte: Autora (2020).

DISCUSSÃO

Este estudo buscou medir o impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida de mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional de Minas Gerais. Os domínios de maior prevalência de impacto para a população estudada foram: Desconforto psicológico (50,05%); Dor física (40,4%); Incapacidade psicológica (35,4%) e Desvantagem social (17,2%). Ao desfecho Desconforto psicológico mantiveram associadas no modelo final as variáveis: número de consultas odontológicas no último ano ($p=0,015$) e Autopercepção de saúde geral ($p=0,024$); para o desfecho Dor física as variáveis associadas foram: Cor autodeclarada ($p=0,021$) e Ansiedade ($p=0,046$); quanto aos desfechos Incapacidade psicológica e Desvantagem social associaram-se à variável Autopercepção de saúde geral ($p=0,010$ e $p=0,011$, respectivamente). O OHIP-14 Total demonstrou associação à variável Depressão ($p=0,011$).

O estudo reportou que 77,8% das entrevistadas se autodeclararam não brancas, mesmo perfil apurado em inquérito com acauteladas de uma penitenciária

em São Paulo (AUDI, *et al.*, 2016) e pelo levantamento do DEPEN (SANTOS, *et al.*, 2017). No presente estudo, a variável cor autodeclarada não branca associou-se a um pior desempenho do domínio Dor física, que segundo Slade (1997), é o domínio que apresenta reflexos das doenças cárie e periodontal. Tal resultado é uníssono com outros estudos de mesmo perfil populacional em diferentes regiões do País (SOARES, GH *et al.*, 2019; RODRIGUES, *et al.*, 2014; BEZERRA, *et al.*, 2015). No mesmo sentido, estudo realizado em uma cidade do estado de Minas Gerais com grupos de perfis distintos, demonstraram que menor acesso aos serviços de saúde bucal são experimentados por mulheres pardas (68%) que apresentaram maiores impactos da dor física na qualidade de vida (PINHO, *et al.*, 2012). Outro estudo aponta que no caso específico da assistência odontológica, o percentual de negros que nunca foi ao dentista chega a 24%, já o percentual de brancos, soma 14% (GUIOTOKU, *et al.*, 2012).

O histórico das doenças bucais cárie e doença periodontal parece ser achado frequente que afeta a qualidade de vida de populações encarceradas, tal como revelam pesquisa na Índia (FOTEDAR *et al.*, 2016). As doenças bucais podem ser consideradas expressão biológica de fatores sociais. Estudo com indivíduos em privação social referem percepções e comportamentos mais negativos em saúde quando comparados aos socialmente abastados (LOCKER, 2000).

Escassos são os estudos na literatura com população feminina acautelada que verificassem impacto da saúde bucal utilizando como instrumento o OHIP-14, o que dificulta a comparação dos presentes achados. O estudo obteve média do OHIP-14 total de 15,13, o que diverge de estudo realizado com trabalhadores de uma universidade federal brasileira tendo em vista que a média total do OHIP-14 foi 4,55, no qual a maioria possuía como escolaridade a pós-graduação. Isso aponta que escolaridade reflete em aspectos atinentes a acesso a serviços de saúde (GUERRA, MJC *et al.*, 2014), embora no presente estudo, a variável não tenha se mostrado significativa para o desfecho.

A renda familiar inferior a 1 salário mínimo experimentado por 66,6% das acauteladas apresentou associação significativa ($p=0,049$) na análise bivariada para o domínio Limitação funcional, o que dialoga em afirmativa com estudo que aponta que as iniquidades em saúde bucal podem ser determinadas por contextos sociais excludentes, que aumentam a vulnerabilidade de grupos populacionais (GUIOTOKU, *et al.*, 2012). Estudo indiano, num ambiente industrial com adultos, concluiu que

indivíduos com um status socioeconômico mais elevado tiveram menos dentes cariados e perdidos e impactos menos frequentes no seu dia-a-dia, ou seja, melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal, o que demonstra a estratificação socioeconômica dos resultados de saúde bucal e a determinação social em saúde (GUPTA *et al.*, 2015).

Quanto a variável número de consultas odontológicas no último ano, 58,6% das acauteladas receberam apenas 1 consulta odontológica, associando-se de maneira desfavorável ao domínio Desconforto psicológico, que se traduz como dificultador para realização das atividades diárias, tais como, alimentação e concentração (SLADE, 1997). Na Índia, a alta prevalência de morbidades orais entre os presos pode ser atribuída a ausência de serviço odontológico ofertados pelo sistema penitenciário (FOTEDAR *et al.*, 2016). Situação muito próxima acontece na unidade prisional de estudo, que embora apresente um consultório odontológico, não importa em real oferta de serviço odontológico, prestando-se apenas como um serviço de triagem dentro do Programa de Inclusão e Ressocialização, o que resulta numa avaliação quanto a satisfação com serviço como regular ou ruim (65,6%), uma vez que não se mostra capaz de sanar questões atinentes ao adoecimento da saúde bucal daquela população.

A severidade do impacto da saúde bucal na qualidade de vida pode estar associada a escassez de acesso a serviços odontológicos, pois congruente ao estudo, COHEN-CARNEIRO *et al.*, (2011) encontraram médias elevadas do OHIP-14 total para duas comunidades ribeirinhas na Amazônia (10,92 e 14,03), o que segundo os autores, são resultados explicados pelo limitado acesso a serviços odontológicos nessa região, em razão da distância dos centros urbanos. Estudo escocês realizado em três unidades prisionais para verificar os fatores associados ao acesso ao serviço odontológico encontrou pontuação média do OHIP-14 em 15,61, muito próxima a encontrada no presente estudo, demonstrando a importância dessa associação para o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de populações privadas de liberdade (FREEMAN, RUTH & RICHARDS, DEREK, 2019).

Quanto a autopercepção da saúde geral, 68,7% das acauteladas reportaram serem muito boa ou boa. De forma oposta, as acauteladas em São Paulo, avaliaram negativamente sua saúde em 61,5% (BEZERRA, *et.al*, 2015). Gabardo, Moysés e Moysés (2013) evidenciam que a autopercepção negativa da saúde bucal guarda relação com indicadores de iniquidades sociais, como, por exemplo, baixa renda e

baixa escolaridade, evidenciando a ação deletéria dos determinantes sociais de saúde.

Quanto a saúde mental da população de estudo, 63,6% das acauteladas apresentaram sintomas positivos para ansiedade, enquanto que 42,4% apresentaram sintomas positivos para depressão de acordo com as subescalas PHQ-4. A elevada prevalência observada de tais sintomas na população de estudo coaduna a estudo com indivíduos encarcerados do Rio de Janeiro e ambos refletem dados nacionais e internacionais que ratificam a preocupação com estes transtornos mentais entre pessoas aprisionadas, especialmente mulheres (KRAVITZ *et.al*, 2002; SILVA, ROSA, AMBONI, MINA, QUEVEDO, 2011; DAMAS, 2013).

Pesquisa americana apontou que em torno de 70% das mulheres em prisões tinham pelo menos um problema de saúde mental (JAMES DJ & GLAZE LE, 2006). Outro estudo em unidade prisional, nesse mesmo país, revelou que mais da metade dos detentos apresentavam sintomas positivos para ansiedade e que acima de dois terços dos detentos potencialmente desenvolveriam algum transtorno psiquiátrico ao longo da vida, apurando, por último, que as estimativas de morbidade psiquiátrica nas mulheres eram superiores às dos homens, dados esses que reiteram ser crucial o oferecimento de serviços de saúde mental nos presídios, com especial atenção para o sexo feminino (TRESTMAN RL, FORD J, ZHANG W, WIESBROCK V., 2007).

Toda a complexidade de questões relacionadas ao confinamento expõem as mulheres a uma sobreposição de sentimentos como dor, tristeza, abandono pela interrupção das relações familiares, solidão, estresse, ansiedade e depressão que afetam negativamente as condições de saúde e de vida conforme apuraram ARAÚJO *et al.*, (2020) e SANTOS *et al.*, (2017) e que convergem aos resultados deste estudo, uma vez que sintomas de ansiedade e depressão mostraram-se associados a domínios do OHIP-14 e portanto, constituem-se como importantes fatores associados ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida das acauteladas.

No presente estudo, a variável ansiedade associou-se significativamente ao domínio Dor física, enquanto a variável depressão apresentou-se associada de forma significativa ao OHIP-14 total. Locker & Quiñonez (2011) em estudo com idosos, apurou ser diretamente proporcional o comprometimento da saúde mental na qualidade de vida e a uma maior pontuação do OHIP-14. Portanto, os impactos das desordens bucais em seus domínios físico e psicossocial estiveram associados a pior qualidade de vida, quando presente comprometimento da saúde mental.

Os dados coletados no estudo de ARORA, *et al.*, (2020) em presídios na Escócia, demonstraram, assim como no corrente estudo, a relação de comorbidade entre saúde mental e saúde bucal em indivíduos acautelados e demonstraram a importância da incorporação da saúde bucal na política de saúde prisional e inclusão de medidas de promoção da saúde bucal para garantir que essas necessidades sejam atendidas de forma mais adequada, de modo a não trazer impactos na qualidade de vida dessa população.

A presença de pessoas com problemas de saúde mental em presídios dos Estados Unidos foi registrada numa frequência três vezes maior do que em hospitais estadunidenses (CLOUD *et al.*, 2014). Também nesse sentido, estudo realizado em presídios escoceses apurou que a prevalência de indivíduos deprimidos nesses ambientes é o dobro que na população escocesa (ARORA, *et al.*, 2020). Estudos em presídios da Paraíba, São Paulo e Rio de Janeiro revelaram a alta prevalência de transtornos mentais na população carcerária feminina (OLIVEIRA, COSTA, MEDEIROS E CAVALCANTI, 2013; ANDREOLI, *et al.*, 2014; CONSTANTINO, *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2017). Outros estudos internacionais convergem a esses resultados (BARANYI, CASSIDY, FAZEL, PRIEBE & MUNDT, 2018; BARTLETT & HOLLINS, 2018; GREEN *et al.*, 2016).

Constantino & Assis (2016) em estudo desenvolvido em unidade prisional no estado do Rio de Janeiro e Damas & Oliveira (2016) em estudo realizado em unidade prisional em Santa Catarina reforçam que os achados do comprometimento da saúde mental da população encarcerada relacionam-se não somente a experiências anteriores ao ingresso no sistema prisional, mas a condições atinentes ao cárcere, o que choca com princípios internacionais que impõe ao estado uma postura comissiva de tutela responsável e humana dos presos de modo que os mesmos não saiam da prisão em pior situação de saúde do que quando nela entraram (WHO, 2007).

Em suma, vários estudos apontam que questões afetas ao encarceramento, a condições socioeconômicas, demográficas, de saúde mental e saúde geral, impactam na qualidade de vida da população feminina privada de liberdade. O estudo apresentou limitação atribuída a inexistência de dados clínicos da saúde bucal das acauteladas, uma vez que a realização dos exames odontológicos demandaria uma logística rigorosa das acauteladas pelas policiais penais, fluxo este, não viabilizado pela unidade penitenciária de estudo. Entretanto, inova ao medir o impacto da saúde

bucal na qualidade de vida da população feminina acautelada em diferentes domínios, sejam eles físicos, sociais, psicológicos.

CONCLUSÃO

O estudo revelou o impacto autopercebido da saúde bucal na qualidade de vida de mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional de Minas Gerais. Os domínios de maior prevalência de impacto foram: Desconforto psicológico, Dor física, Incapacidade psicológica e Desvantagem social. Ao domínio Desconforto psicológico impactaram negativamente as variáveis: Número de consultas odontológicas no último ano e Autopercepção de saúde geral. Ao domínio Dor física, as variáveis associadas foram: Cor autodeclarada e Ansiedade. A variável Autopercepção de saúde geral impactou simultaneamente os domínios Incapacidade psicológica e Desvantagem social. O OHIP-14 total foi influenciado para um pior impacto pela variável Depressão. O estudo serviu para indicar a necessidade de maior investimento no sistema prisional, no sentido de ampliar e qualificar os serviços de saúde bucal de modo a permitir acesso às acauteladas em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

ANDREOLI, S.B.; DOS SANTOS, M. M.; QUINTANA, M. I.; RIBEIRO, W. S.; BLAY, S. L.; TABORDA, J. G. V. T.; *et al.* Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 9, n. 2, 2014.

AUDI, C. A. F. *et al.* Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 112-124, abr./jun. 2016.

ARAUJO, M. M. *et al.* Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020.

BARANYI, G.; CASSIDY, M.; FAZEL, S.; PRIEBE, S.; MUNDT, A. P. Prevalence of posttraumatic stress disorder in prisoners. **Epidemiologic Reviews**, Oxford, v. 40, n. 1, p. 134-145, 2018.

BARTLETT, A.; HOLLINS, S. Challenges and mental health needs of women in prison. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, Cambridge, v. 212, n. 3, p. 134–136, 2018.

CAMARGO DE BEZERRA, R. C.; QUINTELLA FERNANDES, R. A. Perfil social e de saúde de mulheres apenadas de uma penitenciária da cidade de São Paulo. **Perspectivas Médicas**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 21-30, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243242711004>. Acesso em: 16 jul. 2020.

COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; REBELO, M.A.B. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Cien. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 6, sup. 1, p. 1007-1015, 2011.

CLOUD, D.; DOUGHERTY, M.; MAY, R. L.; PARSON, J.; WORMELI, P.; RUDMAN, W. J. At the intersection of health and justice. **Perspect Health Inf Manag**, Columbus, p. 1-4, inv. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3995482/pdf/phim0011-0001c.pdf> Acesso em: 10 maio 2016.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2089-2099, 2016.

DAMAS, F. B.; OLIVEIRA, W. F. A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 5, n. 12, p. 1984-2147, 2013.

DE PINHO, A. M.; CAMPOS, A. C.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. Toothaches in the daily lives of Brazilian adults. **Int J Environ Res Public Health**, Basel, v. 9, n. 8, p. 2587-2600, 2012.

FOTEDAR, S.; CHAUHAN, A.; BHARDWAJ, V.; MANCHANDA, K.; FOTEDAR, V. 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. **Indian Journal of Public Health**, v. 60, n. 2, p. 150-153, 2016.

FREEMAN, R.; RICHARDS, D. Factors Associated with Accessing Prison Dental Services in Scotland: A Cross-Sectional Study. **Dentistry Journal**, Basel, v. 7, n. 12, 2019. [online]

GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 33, n. 6, p. 439–445, 2013.

GREEN, B. L.; DASS-BRAILSFORD, P.; HURTADO DE MENDOZA, A.; METE, M., LYNCH, S. M.; DEHART, D. D.; BELKNAP, J. Trauma experiences and mental health among incarcerated women. **Psychological Trauma**, Texas, v. 8, n. 4, p. 455–463, 2016.

GUERRA, M. J. C.; GRECO, R. M.; LEITE, I. C. G.; FERREIRA, E. F.; PAULA, M. V. Q. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 4777-4786, dez. 2014.

GUIOTOKU, S. K.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S.; BISINELLI, J. C. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 2, p. 135-141, 2012.

GUPTA, E. *et al.* Oral health inequalities: relationships between environmental and individual factors. **Journal of Dental Research**, Thousand Oaks, v. 94, n. 10, p. 1362–1368, 2015.

JAMES, D. J.; GLAZE, L. E. **Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates**. Washington: US Department of Justice; Office of Justice Programs; Bureau of Justice Statistics, 2006.

JOHN, M. T. *et al.* Factor analyses of the oral health impact profile: overview and studied population. **Journal of Prosthodontic Research**, Amsterdam, v. 58, n. 1, p. 26–34, 2014.

JOKSTAD, A. Editorial. Patient-Reported Outcomes (PROs) versus Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)-is there a difference? **Clinical and Experimental Dental Research**, Hoboken, v. 4, n. 3, p. 61–62, 2018.

KRAVITZ, H. M.; CAVANAUGH JUNIOR, J. L.; RIGSBEE, S. S. A cross-sectional study of psychosocial and criminal factors associated with arrest in mentally ill female detainees. **J Am Acad Psychiatry Law**, Bloomfield, v. 30, n. 3, p. 380-390, 2002.

KROENKE, K. *et al.* An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. **Psychosomatics**, Washington, v. 50, n. 6, p. 613–621, 2009.

LIMA, G. M. B. *et al.* Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 446-56, set. 2013.

LOCKER, D. Measuring Oral Health: A Conceptual Framework. **Community Dental Health**, Suffolk, v. 5, n. 1, p. 3-18, 1988.

LOCKER, D. Deprivation and oral health: a review. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 28, n. 3, p. 161–169, 2000.

LOCKER D, QUINÓNEZ C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 39, n. 1, p. 3-11, 2011.

LÖWE, B. *et al.* A 4-Item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the patient health questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 122, n. 1-2, p. 86–95, 2010.

MINAYO, M. C. S.; CONSTANTINO, P. **Deserdados sociais**: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian Version of the Oral Health Impact Profile-Short Form. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 33, n. 4, p. 307-314, 2005.

OLIVEIRA, L. V.; COSTA, G. M. C.; MEDEIROS, K. K. A. S.; CAVALCANTI, A. L. Epidemiological profile of female detainees in the Brazilian state of Paraíba: A descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 4, p. 1-9, 2013.

RODRIGUES, I. S. A. A.; SILVEIRA, I. T. D M.; PINTO, M. S. D A.; XAVIER, A. F. C.; OLIVEIRA, T. B. S. D.; PAIVA, S. M. D.; CAVALCANTI, A. L. Locked mouths: Tooth loss in a women's prison in northeastern Brazil. **The Scientific World Journal**, Washington, 2014.

SANCHON-MACIAS, M. V. *et al.* Relação entre status social subjetivo e saúde percebida entre mulheres imigrantes latino-americanas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1353-1359, dez. 2013.

SANTOS, T. *et al.* **Levantamento nacional de informações penitenciárias Infopen mulheres**. 2. ed. Brasília: Ministério da Justiça/Depen, 2017.

SANTOS, M. V. *et al.* Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do estado do rio de janeiro. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200314&lng=en&nrm=iso Acesso em: 17 jul. 2020.

SILVA, N. C.; ROSA, M. I.; AMBONI, G.; MINA, F.; COMIM, C. M.; QUEVEDO, J. Transtornos psiquiátricos e fatores de risco em uma população carcerária. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 40, n. 1, 2011.

SILVA, V. H.; ROCHA, J. S. B.; CALDEIRA, A. P. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1611-1620, maio 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501611&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 25, n. 4, p. 284-290, 1997.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community Dental Health**, Suffolk, v. 11, n. 1, p. 3-11, 1994.

SOARES, G. H.; MENDONÇA, I.; MICHEL-CROSATO, E.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; WERNECK, R. I. Impact of oral conditions on the quality of life of incarcerated women in Brazil, **Health Care for Women International**, Reino Unido, v. 40, n. 7-9, p. 776-787, 2019.

TRESTMAN, R. L.; FORD, J.; ZHANG, W.; WIESBROCK, V. Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in

Connecticut's jails. **J Am Acad Psychiatry Law**, Bloomfield, v. 35, n. 4, p. 490-500, 2007.

VETTORE, M. V.; AQEELI, A. The roles of contextual and individual social determinants of oral health-related quality of life in Brazilian adults. **Qual Life Res.**, Suíça, v. 25, n. 4, p. 1029-1042, abr. 2016.

VICTORA, C. G. *et al.* The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 26, n. 1, p. 222-227, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health in prisons**: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: Organization Regional Office for Europe, 2007.

WORLD PRISON BRIEF, INSTITUTE FOR CRIME & JUSTICE POLICY RESEARCH. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/about-us>. Acesso em: 06 abr. 2020. [site]

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil figura como um dos principais países com maior encarceramento feminino no mundo, população essa que vê perpetuar no cárcere a vulnerabilidade social previamente experimentada ao acautelamento. O sistema prisional embora venha sendo tensionado por políticas públicas, ainda carece de estruturação pertinente as demandas do gênero, bem como de garantias efetivas de acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral em saúde. A PNAB cita como especificidade, a Equipe de Atenção Básica Prisional, mas esta não confere com a realidade do cárcere, demonstrando a fragilidade desse ponto da rede de atenção à saúde do SUS. No que concerne à saúde bucal, a política nacional que norteia seus princípios não inclina qualquer olhar a essa população.

O *Perfil de Impacto da Saúde Oral* – OHIP, trata-se de um instrumento de qualidade de vida relacionado à saúde bucal que demonstrou a importância e universalidade de aspectos mais gerais de saúde bucal relatados pelo indivíduo, caracterizando-se como uma medida do impacto psicossocial e físico, uma vez que doenças bucais são consideradas como a expressão biológica de fatores sociais.

O estudo, ao caracterizar o perfil demográfico e socioeconômico da população bem como o encarceramento feminino na unidade prisional estudada, buscou repercutir as vulnerabilidades sociais que atravessam a vida das mulheres que ingressam no cárcere. Ao associar as condições autopercebidas e referidas em saúde, determinantes sociodemográficos e aspectos relacionados ao acesso ao serviço odontológico na unidade prisional ao impacto da saúde bucal na vida dessas mulheres, reflexiona sobre o cumprimento e efetividade das ações previstas nas políticas prisionais em saúde do país e sobretudo busca ecoar sobre a responsabilidade que a omissão da política nacional de saúde bucal, à população encarcerada, pode ter sobre esses resultados.

De acordo com a metodologia utilizada e com a análise dos resultados obtidos, pode-se concluir pelo impacto da saúde bucal na qualidade de vida dessas mulheres, com as seguintes variáveis - número de consultas odontológicas no último ano, autopercepção de saúde geral, cor autodeclarada, ansiedade e depressão - impactando negativamente os domínios Desconforto psicológico, Dor física, Incapacidade psicológica e Desvantagem social, bem como o OHIP-14 total.

Os resultados do estudo são úteis para o planejamento e execução de outros trabalhos que envolvam a temática do impacto psicossocial e físico da saúde bucal na população carcerária, haja vista que é carente de estudos dessa natureza as bases de dados consultadas.

Por derradeiro, afirma-se com a realização desse estudo que o OHIP-14 é um seguro instrumento para medir o impacto físico e psicossocial da saúde bucal na qualidade de vida de acauteladas, servindo para indicar a necessidade de maior investimento no sistema prisional, no sentido de ampliar e qualificar os serviços de saúde bucal de modo à permitir acesso as vulneráveis acauteladas e espera-se também que os achados desta pesquisa possam subsidiar estratégias de saúde para as mulheres acauteladas não somente no município de Juiz de Fora, mas para a totalidade da população prisional feminina.

REFERÊNCIAS

ANDREOLI, S.B.; DOS SANTOS, M. M.; QUINTANA, M. I.; RIBEIRO, W. S.; BLAY, S. L.; TABORDA, J. G. V. T.; *et al.* Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 9, n. 2, 2014.

ARAUJO, M. M. *et al.* Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020

ARENDT, H. **As Origens do Totalitarismo**. Trad. Roberto Raposo. 1ª Ed. 10ª Reimpressão. São Paulo: Cia. Das Letras, 1989.

AUDI, C. A. F. *et al.* Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 112-124, abr./jun. 2016.

BARANYI, G.; CASSIDY, M.; FAZEL, S.; PRIEBE, S.; MUNDT, A. P. Prevalence of posttraumatic stress disorder in prisoners. **Epidemiologic Reviews**, Oxford, v. 40, n. 1, p. 134-145, 2018.

BARATA, R. B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? *In*: BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 73-94.

BARTLETT, A.; HOLLINS, S. Challenges and mental health needs of women in prison. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, Cambridge, v. 212, n. 3, p. 134–136, 2018

BENELLI, S. J. Goffman e as instituições totais em análise. *In*: BENELLI, S. J. **A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas**. São Paulo: Unesp, 2014. p. 23-62.

BLACK, N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. **BMJ**, London, v. 346, n. 1, p. 167, jan. 2013.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v./ano 122, n. 135, p. 10227-10234, 13 jul. 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o plano nacional de saúde no sistema penitenciário, constante do anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. **Diário Oficial da União**: seção 1, v. ano 140, n. 176, p. 39-43, 11 set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. **Diário Oficial da União**: seção 1, v. ano 146, n. 101, p. 1, 29 maio 2009a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 3, de 11 de março de 2009. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais para a Oferta de Educação nos estabelecimentos penais. **Diário Oficial da União**: seção 1, v. ano 146, n. 57, p. 22-23, 25 mar. 2009b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, v. ano 151, n. 12, p. 75-76, 17 jan. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da 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**: seção 1, v. ano 151, n. 63, p. 48-50, 2 abr. 2014b.

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**: seção 1, v. ano 151, n. 2, p. 18-21, 3 jan. 2014c.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Regras de Bangkok**: regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras. Brasília: CNJ, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, v. ano 154, n. 183, p. 68-76, 25 set. 2017.

BRASIL. [1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2019. [atualizada até a EC nº 101/2019]. [recurso eletrônico]

BULLINGER, M. *et al.* Challenges of Patient-Reported Outcome Assessment in Hemophilia Care – a State of the Art Review. **Value in Health**, Malden, v. 12, n. 5, p. 808-820, 2009.

CAMARGO DE BEZERRA, R. C.; QUINTELLA FERNANDES, R. A. Perfil social e de saúde de mulheres apenadas de uma penitenciária da cidade de São Paulo. **Perspectivas Médicas**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 21-30, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243242711004>. Acesso em: 16 jul. 2020

CAYETANO, M. H. *et al.* Política nacional de saúde bucal brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. **Universitas Odontologica**, Bogotá, v. 38, n. 80, p. 1-23, 2019.

CERNEKA, H. A. Regras de Bangkok: está na hora de fazê-las valer! **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, v. 20, n. 232, p. 18-19, 2012.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 2, p. 76-91, 2018.

COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; REBELO, M.A.B. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Cien. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 6, sup. 1, p. 1007-1015, 2011.

CLOUD, D.; DOUGHERTY, M.; MAY, R. L.; PARSON, J.; WORMELI, P.; RUDMAN, W. J. At the intersection of health and justice. **Perspect Health Inf Manag**, Columbus, p. 1-4, inv. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3995482/pdf/phim0011-0001c.pdf> Acesso em: 10 maio 2016.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2089-2099, 2016.

DAMAS, F. B.; OLIVEIRA, W. F. A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 5, n. 12, p. 1984-2147, 2013.

DAMÁZIO, D. S. **O sistema prisional no Brasil**: problemas e desafios para o serviço social. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. 90 f.

DAVIS, A. **Estarão as prisões obsoletas?** Tradução de Marina Vargas. Rio de Janeiro: Difel, 2018.

DE PINHO, A. M.; CAMPOS, A. C.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. Toothaches in the daily lives of Brazilian adults. **Int J Environ Res Public Health**, Basel, v. 9, n. 8, p. 2587-2600, 2012.

DIAS, E.; SILVA, G.; BARROS, D. A reconstrução dos vínculos afetivos, familiares e comunitários de uma egressa do presídio feminino do Distrito Federal. **Projeção, Direito e Sociedade**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 228-251, 2012.

DUARTE, L. G. M. **Possibilidades e limites do controle judicial sobre as políticas públicas de saúde**: um contributo para a dogmática do direito à saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e políticas públicas de saúde: construindo respostas para o enfrentamento de desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da Unesp**, Assis, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.

FONSECA, A. L. *et al.* **Mulheres em prisão**: desafios e possibilidades para reduzir a prisão provisória de mulheres. São Paulo: ITTC, 2017.

FOTEDAR, S.; CHAUHAN, A.; BHARDWAJ, V.; MANCHANDA, K.; FOTEDAR, V. 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. **Indian Journal of Public Health**, v. 60, n. 2, p. 150-153, 2016.

FREEMAN, R.; RICHARDS, D. Factors Associated with Accessing Prison Dental Services in Scotland: A Cross-Sectional Study. **Dentistry Journal**, Basel, v. 7, n. 12, 2019. [online]

FREITAS, R. S. *et al.* Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n. 1, p. 171, 2016.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, Diretoria de Análise de Políticas de Públicas. **Encarceramento feminino**. Rio de Janeiro: FGV, 2018.

GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 33, n. 6, p. 439-445, 2013.

GREEN, B. L.; DASS-BRAILSFORD, P.; HURTADO DE MENDOZA, A.; METE, M., LYNCH, S. M.; DEHART, D. D.; BELKNAP, J. Trauma experiences and mental health among incarcerated women. **Psychological Trauma**, Texas, v. 8, n. 4, p. 455–463, 2016.

GUERRA, M. J. C.; GRECO, R. M.; LEITE, I. C. G.; FERREIRA, E. F.; PAULA, M. V. Q. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 4777-4786, dez. 2014.

GUIOTOKU, S. K.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S.; BISINELLI, J. C. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 2, p. 135-141, 2012.

GUPTA, E. *et al.* Oral health inequalities: relationships between environmental and individual factors. **Journal of Dental Research**, Thousand Oaks, v. 94, n. 10, p. 1362-1368, 2015. DOI: 10.1177/0022034515592880.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Juiz de Fora. **Panorama**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>. Acesso em: 20 nov. 2019.

JAMES, D. J.; GLAZE, L. E. **Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates**. Washington: US Department of Justice; Office of Justice Programs; Bureau of Justice Statistics, 2006.

JOHN, M. T. *et al.* Factor analyses of the oral health impact profile: overview and studied population. **Journal of Prosthodontic Research**, Amsterdam, v. 58, n. 1, p. 26-34, 2014.

JOKSTAD, A. Editorial. Patient-Reported Outcomes (PROs) versus Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)-is there a difference? **Clinical and Experimental Dental Research**, Hoboken, v. 4, n. 3, p. 61-62, 2018.

KRAVITZ, H. M.; CAVANAUGH JUNIOR, J. L.; RIGSBEE, S. S. A cross-sectional study of psychosocial and criminal factors associated with arrest in mentally ill female detainees. **J Am Acad Psychiatry Law**, Bloomfield, v. 30, n. 3, p. 380-390, 2002

KROENKE, K. *et al.* An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. **Psychosomatics**, Washington, v. 50, n. 6, p. 613-621, 2009.

LIMA, G. M. B. *et al.* Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 446-56, set. 2013.

LOCKER, D. Measuring Oral Health: A Conceptual Framework. **Community Dental Health**, Suffolk, v. 5, n. 1, p. 3-18, 1988.

LOCKER, D. Deprivation and oral health: a review. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 28, n. 3, p. 161-169, 2000.

LÖWE, B. *et al.* A 4-Item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the patient health questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 122, n. 1-2, p. 86-95, 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO; 2009. p. 43-68.

MEIRELES, A. L.; XAVIER, C. C.; ANDRADE, A. C. S.; FRICHE, A. A. L.; PROIETTI, F. A.; CAIAFFA, W. T. Autoavaliação da saúde em adultos urbanos, percepção do ambiente físico e social e relato de comorbidades: Estudo Saúde em Beagá. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, sup. 1, p. 1-17, 2015.

MINAYO, M. C. S.; CONSTANTINO, P. **Deserdados sociais**: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MITTAL, H. *et al.* Patient-reported outcome measures for adult dental patients: a systematic review. **The Journal of Evidence-Based Dental Practice**, St. Louis, v. 19, n. 1, p. 53-70, 2019.

MØLLER, L. *et al.* **Health in prisons**: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian Version of the Oral Health Impact Profile-Short Form. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 33, n. 4, p. 307-314, 2005.

OLIVEIRA, L. V.; COSTA, G. M. C.; MEDEIROS, K. K. A. S.; CAVALCANTI, A. L. Epidemiological profile of female detainees in the Brazilian state of Paraíba: A descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 4, p. 1-9, 2013

PASTORAL CARCERÁRIA; CONECTAS DIREITOS HUMANOS; INSTITUTO SOU DA PAZ. **Penitenciárias são feitas por homens e para homens**. Relatório. 2017. Disponível em: http://pensando.mj.gov.br/wp-content/uploads/2014/03/relatorio-mulherese-presas_com-propostas-de-PLs.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.

RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**. Brasília: Universidade de Brasília, 1981.

RODRIGUES, I. S. A. A.; SILVEIRA, I. T. D M.; PINTO, M. S. D A.; XAVIER, A. F. C.; OLIVEIRA, T. B. S. D.; PAIVA, S. M. D.; CAVALCANTI, A. L. Locked mouths: Tooth loss in a women's prison in northeastern Brazil. **The Scientific World Journal**, Washington, 2014.

SANCHON-MACIAS, M.V. *et al.* Relação entre status social subjetivo e saúde percebida entre mulheres imigrantes latino-americanas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1353-1359, dez. 2013.

SANTOS, B. S. A construção multicul-tural da igualdade e da diferença. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 2010, Rio de Janeiro. **Conferência**. Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 4-6 set. 1995.

SANTOS, M. V. *et al.* Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do estado do rio de janeiro. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200314&lng=en&nrm=iso Acesso em: 17 jul. 2020.

SANTOS, T.; DE VITTO, R. C. P. **Levantamento nacional de informações penitenciárias Infopen**. Brasília: Ministério da Justiça/Depen, 2014a.

SANTOS, T. *et al.* **Levantamento nacional de informações penitenciárias: Infopen mulheres.** Brasília: Ministério da Justiça/Depen, 2014b.

SANTOS, T. *et al.* **Levantamento nacional de informações penitenciárias Infopen mulheres.** 2. ed. Brasília: Ministério da Justiça/Depen, 2017.

SILVA, M. **Saúde penitenciária no Brasil: plano e política.** Brasília: Verbená, 2015.

SILVA, N. C.; ROSA, M. I.; AMBONI, G.; MINA, F.; COMIM, C. M.; QUEVEDO, J. Transtornos psiquiátricos e fatores de risco em uma população carcerária. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 40, n. 1, 2011.

SILVA, V. H.; ROCHA, J. S. B.; CALDEIRA, A. P. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1611-1620, maio 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501611&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 25, n. 4, p. 284-290, 1997.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community Dental Health**, Suffolk, v. 11, n. 1, p. 3-11, 1994.

SOARES, B. M.; ILGENFRITZ, I. **Prisioneiras: vida e violência atrás das grades.** Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

SOARES, G. H.; MENDONÇA, I.; MICHEL-CROSATO, E.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; WERNECK, R. I. Impact of oral conditions on the quality of life of incarcerated women in Brazil, **Health Care for Women International**, Reino Unido, v. 40, n. 7-9, p. 776-787, 2019.

SOBRINHO, J. E. L.; MARTELLI, P. J. L. Saúde bucal no Brasil: análise do ciclo da política. **Universitas Odontologica**, Bogotá, v. 38, n. 80, p. 1-25, 2019.

STEWART, A. L.; HAYS, R. D.; WARE, J. E. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. **Medical Care**, Philadelphia, v. 26, n. 7, p. 724-735, 1988.

SWARTZ, R. J. *et al.* The king's foot of patient-reported outcomes: current practices and new developments for the measurement of change. **Quality of Life Research**, Dordrecht, v. 20, n. 8, p. 1159-1167, 2011.

TRESTMAN, R. L.; FORD, J.; ZHANG, W.; WIESBROCK, V. Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails. **J Am Acad Psychiatry Law**, Bloomfield, v. 35, n. 4, p. 490-500, 2007.

VETTORE, M. V.; AQEELI, A. The roles of contextual and individual social determinants of oral health-related quality of life in Brazilian adults. **Qual Life Res.**, Suíça, v. 25, n. 4, p. 1029-1042, abr. 2016.

VICTORA, C. G. *et al.* The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

WALLER, N. *et al.* A 7-day recall period for a clinical application of the oral health impact profile questionnaire. **Clinical Oral Investigations**, Berlin, v. 20, n. 1, p. 91-99, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health in prisons**: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: Organization Regional Office for Europe, 2007.

WORLD PRISON BRIEF, INSTITUTE FOR CRIME & JUSTICE POLICY RESEARCH. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/about-us>. Acesso em: 06 abr. 2020. [site]

APÊNDICE A – TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas e de encarceramento das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, MG, 2020

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Características demográficas		
<i>Idade (em anos)</i>		
20-29	36	36,4
30-39	39	39,3
40-49	17	17,2
50-59	7	7,1
<i>Cor da pele autodeclarada</i>		
Branca	22	22,2
Preta	33	33,3
Parda	41	41,5
Amarela/indígena	3	3,0
Características socioeconômicas		
<i>Escolaridade (em anos)</i>		
Analfabeta	1	1,0
≥ 1 e < 9	60	60,5
9	16	16,2
> 9 e < 12	5	5,1
12	15	15,2
Ensino superior completo	2	2,0
<i>Profissão</i>		
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	61	61,6
Desempregada	9	9,1
Sem remuneração (estudante e Do lar)	7	7,1
Outros	22	22,2
<i>Renda familiar (em salários mínimos)</i>		
0 a ≤ 0,5	26	26,3
> 0,5 e ≤ 1,0	40	40,3
> 1,0 e ≤ 1,5	16	16,2
> 1,5 e ≤ 2,0	10	10,1
> 2,0	7	7,1
<i>Escala Mac Arthur de Status Social Subjetivo</i>		
Muito ruim (1 e 2)	28	28,3
Ruim (3 e 4)	25	25,2
Regular (5 e 6)	28	28,2
Bom (7 e 8)	12	12,2
Muito bom (9 e 10)	6	6,1
Características do encarceramento		
<i>Motivo da prisão</i>		
Crime contra a pessoa	12	12,1
Crime contra o patrimônio	30	30,3

<i>Tráfico de drogas</i>	52	52,5
<i>Outros</i>	5	5,1
<i>Tempo de encarceramento (em meses)</i>		
≥ 1 e ≤ 12	45	45,4
> 12 e ≤ 48	41	41,4
> 48 e ≤ 96	8	8,1
> 96	5	5,1
<i>Sentença recebida (em anos)</i>		
Até 4	9	12,8
> 4 e ≤ 8	27	38,6
> 8	30	42,9
<i>Não soube responder</i>	4	5,7
<i>Quantas mulheres dividem a cela</i>		
10-15	27	27,3
16-20	26	26,2
> 20	46	46,5
<i>Média (dp) 18,17 (4,37)</i>		
Serviços de saúde na Unidade prisional		
<i>Assistência de saúde recebida</i>		
<i>Sim</i>	90	90,9
<i>Consultas realizadas</i>		
<i>Dentista</i>		
<i>Sim</i>	58	58,6
<i>Nº de consultas odontológicas no último ano</i>		
1	34	58,6
2	15	25,9
3	3	5,2
4	6	10,3
<i>Perdas dentárias após o encarceramento</i>		
<i>Sim</i>	33	33,3
<i>Nº de dentes perdidos após o encarceramento</i>		
1	9	27,3
> 1 e ≤ 4	16	48,5
> 4	8	24,2
<i>Média (dp) 3,70 (3,26)</i>		
<i>Nível de satisfação com o serviço odontológico</i>		
<i>Ruim</i>	24	37,5
<i>Regular</i>	18	28,1
<i>Bom</i>	22	34,4

Fonte: Autora (2020).

Tabela 2 – Caracterização das mulheres acuteladas em Juiz de Fora, de acordo com a autopercepção de saúde e morbidades referidas – Juiz de Fora, MG, 2020

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
<i>Autopercepção de saúde</i>		
Muito boa	10	10,1
Boa	58	58,6
Regular	23	23,2
Ruim	5	5,1
Muito ruim	3	3
<i>Morbidade Referida</i>		
Sim	52	52,5
<i>Medicamento de uso contínuo</i>		
Sim	70	70,7
<i>Medicamento para depressão</i>		
Sim	33	33,3
<i>Tabagismo atual</i>		
Sim	72	72,7
<i>Média em anos (dp) 15,68 (10,09)</i>		
<i>Sintomas de ansiedade e depressão</i>		
Nenhum	13	13,1
Leve	19	19,2
Moderado	24	24,2
Grave	43	43,5
<i>Ansiedade (PHQ-4)</i>		
Negativo (<3)	36	36,4
Positivo (≥3)	63	63,6
<i>Depressão (PHQ-4)</i>		
Negativo (<3)	57	57,6
Positivo (≥3)	42	42,4

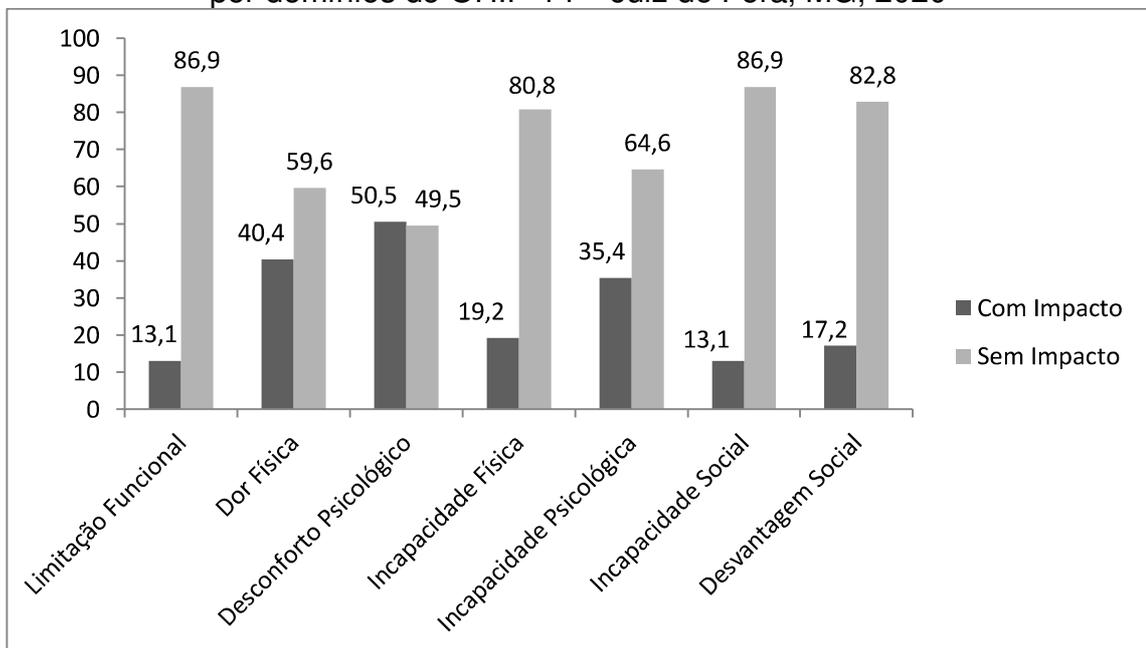
Fonte: Autora (2020).

Tabela 3 – Distribuição das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, de acordo com a prevalência do impacto, por domínios do OHIP-14 - Juiz de Fora, MG, 2020

Domínios do OHIP-14	Com impacto n (%)	Sem impacto n (%)
Limitação funcional	13 (13,1)	86 (86,9)
Dor física	40 (40,4)	59 (59,6)
Desconforto psicológico	50 (50,5)	49 (49,5)
Incapacidade física	19 (19,2)	80 (80,8)
Incapacidade psicológica	35 (35,4)	64 (64,6)
Incapacidade social	13 (13,1)	86 (86,9)
Desvantagem social	17 (17,2)	82 (82,8)

Fonte: Autora, (2020).

Gráfico 1 – Distribuição das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, de acordo com a prevalência do impacto, por domínios do OHIP-14 – Juiz de Fora, MG, 2020



Fonte: Autora (2020).

Tabela 4 – Distribuição das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, pergunta a pergunta por domínio, segundo a prevalência do impacto, média e desvio-padrão (dp) - Juiz de Fora, MG, 2020

Domínio Perguntas	Sem impacto n (%)	Com impacto n (%)	Média (dp)
<i>1: Limitação funcional</i>			
Você teve problemas para falar alguma palavra...	87 (87,8%)	12 (12,2%)	0,74 (1,282)
Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado...	92 (92,9%)	7 (7,1%)	0,69 (1,131)
<i>2: Dor física</i>			
Você já sentiu dores fortes...	69 (69,7%)	30 (30,3%)	1,84 (1,489)
Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento...	69 (69,7%)	30 (30,3%)	1,67 (1,584)
<i>3: Desconforto psicológico</i>			
Você tem ficado pouco à vontade...	51 (51,5%)	48 (48,5%)	2,33 (1,684)
Você se sentiu estressado...	76 (76,8%)	23 (23,2%)	1,30 (1,613)
<i>4: Incapacidade física</i>			
Sua alimentação tem sido prejudicada...	80 (70,8%)	19 (19,2%)	1,09 (1,546)
Você teve que parar suas refeições...	91 (92%)	8 (8%)	0,57 (1,117)
<i>5: Incapacidade psicológica</i>			
Você tem encontrado dificuldade em relaxar...	85 (85,8%)	14 (14,2%)	1,02 (1,348)
Você já se sentiu um pouco envergonhado...	69	30	1,47

	(69,6%)	(30,4%)	(1,716)
<i>6: Incapacidade social</i>			
Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas...	90 (90,9%)	9 (9,1%)	0,72 (1,213)
Você tem tido dificuldade em realizar atividades diárias...	92 (93%)	7 (7%)	0,43 (1,032)
<i>7: Desvantagem social</i>			
Você sentiu que a vida em geral ficou pior...	84 (84,9%)	15 (15,1%)	0,91 (1,429)
Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias...	92 (92,9%)	7 (7,1%)	0,35 (1,023)

Fonte: Autora (2020).

Tabela 5 – Média, desvio-padrão e p-valor⁸ das variáveis independentes, por domínios e para OHIP-14 total das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2020

Variável	Médias por domínio (dp)							
	1	2	3	4	5	6	7	Total
Idade								
(em anos)								
≤33	1,33 (1,91)	3,69 (2,85)	3,61 (2,83)	1,44 (2,08)	2,36 (2,59)	1,21 (1,94)	1,25 (2,20)	15,07 (12,64)
> 33	1,58 (2,35)	3,21 (2,48)	3,68 (2,88)	2,05 (2,75)	2,71 (2,25)	1,05 (1,64)	1,29 (2,10)	15,24 (11,79)
p-valor	0,852	0,455	0,933	0,435	0,283	0,871	0,746	0,575
Cor da pele autodeclarada								
Branca	0,64 (1,25)	2,45 (2,02)	3,23 (3,12)	2,00 (2,54)	2,82 (2,54)	0,86 (1,49)	0,68 (1,21)	12,05 (9,87)
Não-branca	1,65 (2,22)	3,81 (2,82)	3,75 (2,76)	1,58 (2,32)	2,40 (2,45)	1,23 (1,91)	1,43 (2,34)	16,01 (12,78)
p-valor	0,031	0,052	0,393	0,287	0,428	0,476	0,287	0,173

⁸ Foi utilizado o teste Mann Whitney para cálculo do p-valor dos domínios do OHIP-14. Para o p-valor do escore total do OHIP-14 foi utilizado o Teste T de amostras independentes.

Escolaridade								
(em anos concluídos)								
< 9	1,57 (2,31)	3,34 (2,70)	3,36 (2,80)	1,41 (2,12)	2,36 (2,45)	1,07 (1,92)	1,23 (2,21)	14,67 (12,51)
≥ 9	1,18 (1,66)	3,76 (2,74)	4,08 (2,87)	2,11 (2,69)	2,71 (2,49)	1,29 (1,67)	1,32 (2,09)	15,87 (11,98)
p-valor	0,748	0,455	0,221	0,261	0,515	0,206	0,695	0,334
Renda familiar								
(em salários mínimos)								
< 1	1,17 (1,96)	3,47 (2,65)	3,73 (2,86)	1,44 (2,20)	2,56 (2,63)	1,17 (1,90)	1,35 (2,19)	14,92 (12,46)
≥ 1	1,94 (2,26)	3,58 (2,87)	3,45 (2,83)	2,15 (2,65)	2,36 (2,12)	1,12 (1,69)	1,09 (2,10)	15,55 (12,04)
p-valor	0,049	0,928	0,611	0,162	0,902	0,983	0,670	0,956
Escala de Mac								
Arthur de Status								
Social Subjetivo								
<i>Ruim</i>	1,58 (2,15)	3,81 (2,86)	3,98 (2,78)	1,64 (2,39)	2,62 (2,47)	1,34 (2,00)	1,43 (2,22)	16,75 (13,08)
<i>Bom</i>	1,24 (2,01)	3,15 (2,52)	3,24 (2,88)	1,72 (2,36)	2,35 (2,47)	0,93 (1,60)	1,07 (2,08)	13,26 (11,09)
p-valor	0,399	0,275	0,174	0,631	0,530	0,239	0,266	0,443
Tempo de								
encarceramento								
(em meses)								
≤ 15	1,54 (2,26)	3,90 (2,95)	3,85 (3,06)	1,48 (2,32)	2,58 (2,67)	1,21 (1,94)	1,44 (2,53)	16,48 (13,32)
> 15	1,30 (1,89)	3,06 (2,38)	3,40 (2,58)	1,89 (2,42)	2,40 (2,22)	1,09 (1,70)	1,06 (1,65)	13,64 (10,92)
p-valor	0,769	0,177	0,501	0,221	0,934	0,805	0,987	0,141
Quantas								
mulheres								
dividem a cela								
≤ 17	1,72 (2,27)	3,60 (2,94)	3,58 (2,94)	1,81 (2,64)	2,32 (2,37)	1,08 (1,74)	1,51 (2,55)	15,98 (13,34)
> 17	1,09 (1,81)	3,39 (2,44)	3,70 (2,74)	1,52 (2,02)	2,70 (2,57)	1,24 (1,93)	0,98 (1,56)	14,15 (10,95)
p-valor	0,097	0,859	0,811	0,982	0,518	0,602	0,865	0,790

Assistência de saúde recebida								
<i>Sim</i>	1,41 (2,06)	3,34 (2,74)	3,62 (2,86)	1,71 (2,43)	2,44 (2,38)	1,13 (1,81)	1,28 (2,19)	14,84 (12,01)
<i>Não</i>	1,56 (2,45)	5,11 (1,83)	3,78 (2,77)	1,33 (1,73)	3,00 (3,28)	1,33 (2,06)	1,11 (1,83)	18,00 (15,05)
p-valor	0,973	0,046	0,829	0,857	0,782	0,715	0,948	0,465
Consulta realizada dentista								
<i>Sim</i>	1,31 (1,88)	3,79 (2,94)	4,10 (2,96)	1,93 (2,67)	2,62 (2,50)	1,31 (1,82)	1,24 (2,10)	16,26 (12,64)
<i>Não</i>	1,59 (2,35)	3,10 (2,33)	2,98 (2,54)	1,32 (1,84)	2,32 (2,42)	0,93 (1,84)	1,29 (2,25)	13,54 (11,67)
p-valor	0,842	0,293	0,065	0,578	0,537	0,159	0,840	0,521
Nº de consulta odontológica no último ano								
<i>1</i>	1,00 (1,58)	3,09 (3,02)	3,21 (3,00)	2,29 (2,83)	2,18 (2,82)	0,91 (1,76)	0,74 (1,52)	12,50 (12,31)
<i>> 1</i>	1,75 (2,21)	4,79 (2,55)	5,38 (2,43)	1,42 (2,37)	3,25 (1,82)	1,88 (1,78)	1,96 (2,60)	21,58 (11,32)
p-valor	0,170	0,018	0,006	0,163	0,025	0,013	0,039	0,720
Perda dentária após o encarceramento								
<i>Sim</i>	1,64 (2,12)	4,21 (2,55)	4,58 (2,47)	1,82 (2,58)	3,21 (2,22)	1,39 (1,95)	1,88 (2,34)	19,42 (11,89)
<i>Não</i>	1,32 (2,08)	3,15 (2,74)	3,17 (2,91)	1,61 (2,27)	2,14 (2,51)	1,03 (1,76)	0,95 (2,00)	12,98 (11,96)
p-valor	0,439	0,051	0,014	0,848	0,018	0,355	0,012	0,892
Nº de dentes perdidos após o encarceramento								
<i>< 4</i>	1,76 (2,30)	4,48 (2,56)	4,90 (2,23)	1,71 (2,81)	3,52 (2,23)	1,71 (1,98)	2,10 (2,51)	21,43 (11,98)
<i>≥ 4</i>	1,42 (1,83)	3,75 (2,56)	4,00 (2,86)	2,00 (2,22)	2,67 (2,19)	0,83 (1,85)	1,50 (2,07)	15,92 (11,38)
p-valor	0,855	0,496	0,471	0,425	0,456	0,145	0,647	0,593

Nível de satisfação com o serviço odontológico								
<i>Ruim</i>	1,58 (2,21)	3,58 (2,70)	3,60 (2,82)	1,62 (2,34)	2,60 (2,48)	1,23 (1,92)	1,43 (2,22)	15,81 (12,69)
<i>Bom</i>	0,86 (1,46)	3,23 (2,81)	3,77 (2,97)	1,86 (2,49)	2,14 (2,40)	0,86 (1,42)	0,68 (1,84)	12,77 (10,57)
p-valor	0,280	0,537	0,827	0,638	0,443	0,634	0,075	0,195
Autopercepção de saúde								
<i>Boa</i>	1,13 (1,98)	3,16 (2,71)	3,15 (2,65)	1,65 (2,29)	1,99 (2,18)	1,06 (1,66)	0,78 (1,77)	12,72 (11,31)
<i>Ruim</i>	2,06 (2,19)	4,26 (2,61)	4,71 (2,98)	1,74 (2,57)	3,61 (2,69)	1,35 (2,15)	2,32 (2,55)	20,42 (12,79)
p-valor	0,014	0,054	0,014	0,987	0,004	0,699	<0,001	0,324
Morbidade referida								
<i>Sim</i>	1,56 (1,97)	3,40 (2,54)	3,71 (2,86)	1,67 (2,29)	2,73 (2,51)	1,29 (1,86)	1,35 (1,92)	15,46 (11,62)
<i>Não</i>	1,28 (2,21)	3,62 (2,92)	3,55 (2,84)	1,68 (2,48)	2,23 (2,41)	1,00 (1,79)	1,17 (2,41)	14,77 (13,05)
p-valor	0,127	0,790	0,798	0,884	0,286	0,229	0,243	0,294
Medicamento de uso contínuo								
<i>Sim</i>	1,38 (1,97)	3,58 (2,68)	3,69 (2,80)	1,56 (2,13)	2,60 (2,41)	1,18 (1,80)	1,33 (2,23)	15,33 (11,74)
<i>Não</i>	1,56 (2,39)	3,30 (2,83)	3,48 (2,99)	2,00 (2,92)	2,22 (2,62)	1,07 (1,80)	1,07 (1,96)	14,59 (13,77)
p-valor	0,762	0,599	0,702	0,676	0,384	0,581	0,749	0,239
Medicamento para depressão								
<i>Sim</i>	1,52 (2,28)	4,09 (2,38)	3,91 (2,83)	1,61 (2,28)	3,03 (2,35)	1,06 (1,58)	1,76 (2,51)	17,21 (11,27)
<i>Não</i>	1,38 (2,00)	3,21 (2,84)	3,50 (2,85)	1,71 (2,43)	2,23 (2,49)	1,20 (1,95)	1,02 (1,92)	14,09 (12,68)
p-valor	0,886	0,081	0,469	0,938	0,077	0,814	0,097	0,349
Tabagismo atual								

<i>Sim</i>	1,56 (2,21)	3,94 (2,70)	4,10 (2,92)	1,54 (2,34)	2,71 (2,51)	1,28 (1,99)	1,56 (2,38)	16,99 (12,70)
<i>Não</i>	1,07 (1,68)	2,33 (2,42)	2,41 (2,22)	2,04 (2,44)	1,93 (2,25)	0,81 (1,24)	0,48 (1,09)	10,19 (9,56)
p-valor	0,379	0,008	0,011	0,244	0,167	0,599	0,030	0,173
Sintomas de ansiedade								
<i>Negativo</i>	0,89 (1,74)	2,69 (2,45)	2,97 (2,35)	1,78 (2,63)	1,97 (2,31)	1,17 (1,68)	0,78 (1,55)	11,64 (10,19)
<i>Positivo</i>	1,74 (2,22)	3,97 (2,77)	4,02 (3,03)	1,62 (2,22)	2,79 (2,51)	1,14 (1,92)	1,54 (2,40)	17,13 (12,96)
p-valor	0,041	0,025	0,098	0,997	0,099	0,639	0,116	0,164
Sintomas de depressão								
<i>Negativo</i>	1,05 (1,74)	3,47 (2,65)	3,12 (2,50)	1,65 (2,40)	2,00 (2,20)	0,95 (1,53)	0,63 (1,29)	12,46 (10,24)
<i>Positivo</i>	1,93 (2,41)	3,55 (2,83)	4,33 (3,14)	1,71 (2,35)	3,17 (2,65)	1,43 (2,15)	2,12 (2,74)	18,76 (13,88)
p-valor	0,066	0,957	0,048	0,658	0,026	0,396	0,002	0,003

Fonte: Autora (2020).

Tabela 6 – Modelo de regressão linear múltipla: fatores associados ao OHIP-14 das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, Juiz de Fora – 2020

Variáveis	Limitação funcional			Dor física			Desconforto psicológico*			Incapacidade física			Incapacidade psicológica			Incapacidade social			Desvantagem social			OHIP-14										
	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	P	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p								
r^2 ajustado	0,085			0,262			0,345			-0,100			0,239			0,007			0,255			0,056										
<i>Cor autodeclarada (Branca)</i>	0,08	-1,26; 1,87	0,086	1,84	0,29; 3,38	0,021																										
<i>Renda familiar (< 1 SM)</i>	0,65	-0,19; 1,50	0,129																													
<i>Nº de mulheres por cela (≤ 17)</i>	-0,30	-1,13; 0,53	0,480																													
<i>Assistência de saúde recebida (Sim)</i>				0,15	-3,94; 3,64	0,936																										
<i>Nº de consultas odontológicas no último ano (1)</i>				0,62	-0,14; 1,39	0,109	0,88	0,18; 1,59	0,015		0,25 -0,39; 0,438			0,27	-0,22; 0,270	0,21	-0,33; 0,441	0,76														
<i>Perda dentária (Sim)</i>				0,35	-1,89; 1,19	0,648	-0,65	-2,10; 0,80	0,373		-1,13 -2,43; 0,087			0,17			-0,46 -1,56; 0,405			0,64												
<i>Nível de satisfação com o serviço odontológico (Ruim)</i>																			-0,62	-	0,238		1,64; 0,42									
<i>Autopercepção de saúde geral (Boa)</i>	0,71	-0,20; 1,62	0,124	1,15	-0,46; 2,76	0,158	1,88	0,26; 3,51	0,024		0,09	-0,93; 1,12	0,854	1,94	0,48; 3,41	0,010	0,64	-0,42; 1,70	0,231	1,62	0,39; 2,85	0,011										
<i>Medicamento para depressão (Sim)</i>				0,09	-1,65; 1,47	0,907																										
<i>Tabagismo (Sim)</i>				-1,32	-2,91; 0,27	0,102	-0,75	-2,21; 0,71	0,306											-0,06 -1,20; 0,913			1,08									
<i>Sintomas de ansiedade (Negativo)</i>	0,34	-0,61; 1,30	0,480	1,52	0,02; 3,02	0,046	0,84	-0,80; 2,47	0,305		0,64 -0,84; 0,390			2,11																		
<i>Sintomas de depressão (Negativo)</i>	0,40	-0,55; 1,35	0,409				1,25	-0,43; 2,93	0,142		0,64 -0,89; 0,404			2,17			1,07 -0,04; 0,058			6,31	1,50; 11,12	0,011										

* A variável *Consulta realizada no dentista* foi excluída por autocorrelação

Fonte: Autora (2020).

Tabela 7 – Modelo de regressão linear múltipla: fatores associados ao OHIP-14 das mulheres acauteladas em Juiz de Fora, Juiz de Fora – 2020

	Dor física			Desconforto psicológico*			Incapacidade psicológica			Desvantagem social			OHIP-14		
r ² ajustado	0,262			0,345			0,239			0,255			0,056		
Variáveis	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p
<i>Cor autodeclarada (Branca)</i>	1,84	0,29; 3,38	0,021												
<i>Nº de consultas odontológicas no último ano</i>	0,62	-0,14; 1,39	0,109	0,88	0,18; 1,59	0,015		0,25 -0,39;0,438		0,21 -0,33;0,441			0,89	0,76	
<i>Autopercepção de saúde geral (Boa)</i>	1,15	-0,46; 2,76	0,158	1,88	0,26; 3,51	0,024		1,94 0,48; 0,010		1,62 0,39; 0,011			3,41	2,85	
<i>Sintomas de ansiedade (Negativo)</i>	1,52	0,02; 3,02	0,046	0,84	-0,80; 2,47	0,305		0,64 -0,84;0,390					2,11		
<i>Sintomas de depressão (Negativo)</i>				1,25	-0,43; 2,93	0,142		0,64 -0,89;0,404		1,07 -0,04;0,058			6,31 1,50; 0,011	11,12	

* A variável *Consulta realizada no dentista* foi excluída por autocorrelação

Fonte: Autora (2020).

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você para participar como voluntária da pesquisa “Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG”. Nesta pesquisa pretendemos verificar o perfil de saúde e as condições de vida em geral. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a importância da identificação dos principais agravos à saúde relacionados ao encarceramento e contribuir para a criação de políticas públicas destinadas a essa população, considerando que a taxa de encarceramento feminino tem crescido significativamente nos últimos anos.

Caso concorde em participar, você responderá um questionário com perguntas gerais sobre você, sobre suas condições de saúde e sobre as condições em que vive na unidade prisional. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e incluem possíveis sentimentos de incômodo, constrangimento, medo e/ou insegurança em relação às respostas na entrevista. Para diminuir a chance desses riscos acontecerem, é importante deixar claro que em momento nenhum da pesquisa haverá identificação do seu questionário e que você não precisa comentar sobre sua participação com nenhuma outra pessoa, sobretudo em relação às respostas dadas. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. A pesquisa pode auxiliar no direcionamento de medidas que visem à minimização dos agravos à saúde aos quais estão expostas no ambiente carcerário, contribuindo para o fortalecimento e direcionamento das políticas públicas voltadas para a população prisional, favorecendo o cumprimento da pena em harmonia com condições que permitam a recuperação e a reinserção efetiva à sociedade.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não irá trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendida na unidade prisional. O pesquisador não divulgará seu nome e você não será identificada em qualquer publicação que possa resultar desse trabalho. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na

pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura da Orientadora

Orientadora Profª Drª Danielle Teles da Cruz:
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Prédio Nates – Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde
Rua José Lourenço Kelmer, s/n, São Pedro
CEP: 36036-900 – Juiz de Fora – MG
Telefone: (32) 2102 3830
E-mail: lili_castro21@hotmail.com.br

APÊNDICE C – Questionário semiestruturado



Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde



“CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE”

Aplicador: _____ Nº quest.: _____ Data: ____/____/____ Cella: _____

ENTREVISTADOR: *Fazer a leitura do quadro abaixo.*

Prezada,

Este questionário se refere a algumas questões sobre você, questões relacionadas à sua saúde e à rotina na unidade.

O questionário é anônimo. Desta forma, você estará protegida, isto é, ninguém vai saber quem respondeu cada questionário. Os questionários serão utilizados apenas pela equipe de pesquisa. Não existem respostas certas ou erradas para as questões, por isso a sua sinceridade é muito importante ao respondê-lo.

Você não é obrigada a participar da pesquisa e tem o direito de desistir a qualquer momento. Caso não queira participar, por favor, se manifeste a qualquer momento.

Agradecemos sua colaboração!

BLOCO 1 NÓS VAMOS COMEÇAR COM ALGUMAS INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A SENHORA

1. Qual a idade da senhora? _____
2. Como a senhora se vê em relação a cor da sua pele?
 - 1) BRANCA
 - 2) PRETA
 - 3) PARDA
 - 4) AMARELA/INDÍGENA _____
3. Como se identifica em relação ao seu gênero?
 - 1) FEMININO (CISGÊNERO)
 - 2) MASCULINO (TRANSGÊNERO)
 - 3) NÃO TOTALMENTE FEMININO E NÃO TOTALMENTE MASCULINO (NÃO-BINÁRIO)
 - 4) NÃO TENHO UM GÊNERO (AGÊNERO)
4. A senhora se relaciona afetivamente e/ou sexualmente com?
 - 1) HOMENS
 - 2) MULHERES
 - 3) HOMENS E MULHERES
 - 4) HOMENS, MAS ATUALMENTE COM MULHERES (OUTRA ACAUTELADA)
 - 5) OUTRO _____
5. Qual é a sua situação conjugal atual?
 - 1) SOLTEIRA
 - 2) COMPANHEIRA (O)
 - 3) CASADA
 - 4) SEPARADA
 - 5) VIÚVA
 - 6) OUTRO _____
6. A senhora tem filhos? _____

- 1) SIM. QUANTOS? |__|__|
 2) NÃO

7. Com quem morava antes de ser presa? _____

8. Qual é a sua escolaridade?

- 1) NÃO SEI LER E ESCREVER (ANALFABETO)
 2) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (ESTUDEI ATÉ A 4ª SÉRIE)
 3) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (ESTUDEI ATÉ A 7ª SÉRIE)
 4) ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (CONCLUÍ A 8ª SÉRIE)
 5) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (PAREI ENTRE O 1º E 3º ANO DO 2ª GRAU)
 6) ENSINO MÉDIO COMPLETO (CONCLUÍ O 3º ANO DO 2º GRAU)
 7) SUPERIOR INCOMPLETO (ESTUDEI CURSO DE GRADUAÇÃO NA FACULDADE, MAS NÃO CONCLUÍ)
 8) SUPERIOR COMPLETO (ME FORMEI EM UM CURSO DE GRADUAÇÃO)

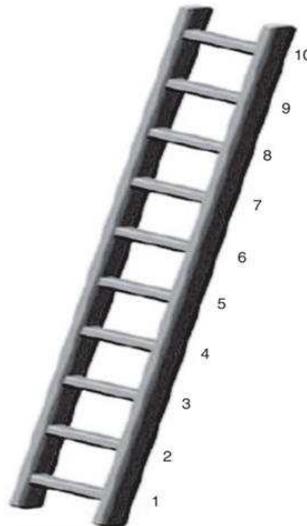
9. Qual profissão exercia antes da prisão? _____

10. Renda mensal antes da prisão _____

11. Escala de Mac Arthur de Status Social Subjetivo

ENTREVISTADOR: Fazer a leitura do texto e marcar com o "X" o degrau indicado pela participante.

Considere que a escada que estou lhe mostrando representa o lugar que as pessoas ocupam na sociedade. No topo desta escada estão as pessoas que possuem mais dinheiro, maior escolaridade e os melhores empregos. Na parte mais baixa da escada, estão as pessoas que possuem menos dinheiro, menor escolaridade e piores empregos (empregos com menor reconhecimento) ou estão desempregadas. Quanto mais alto a senhora se considerar nesta escada, mais próximo estará das pessoas que estão no topo da escada e quanto mais baixo, mais próximo das pessoas que se encontram na parte mais baixa. Onde a senhora se colocaria nesta escada? **Indique em qual degrau que a senhora considera estar.**



BLOCO 2
NÓS VAMOS FALAR AGORA DE QUESTÕES RELACIONADAS À SUA SAÚDE DE UMA
FORMA GERAL

12. Em geral, você diria que sua saúde é?

ENTREVISTADOR: Espere por uma resposta espontânea. Caso a resposta não se encaixa em uma das categorias abaixo, leia as opções de resposta para a participante.

- 1) MUITO BOA
 2) BOA
 3) REGULAR
 4) RUIM
 5) MUITO RUIM

13. A senhora tem algum problema de saúde?

- 1) SIM. QUAIS? _____
 2) NÃO

14. A senhora utiliza diariamente medicamentos para:

- | | SIM | NÃO |
|---|--|-----------------------------|
| 1) PRESSÃO ARTERIAL | 1) <input type="checkbox"/> QUANTIDADE POR DIA | 2) <input type="checkbox"/> |
| 3) DIABETES | 1) <input type="checkbox"/> QUANTIDADE POR DIA | 2) <input type="checkbox"/> |
| 4) DEPRESSÃO | 1) <input type="checkbox"/> QUANTIDADE POR DIA | 2) <input type="checkbox"/> |
| 5) COLESTEROL | 1) <input type="checkbox"/> QUANTIDADE POR DIA | 2) <input type="checkbox"/> |
| 6) OUTROS (ESPECIFICAR A QUANTIDADE): _____ | | |

15. A senhora já fez aborto em algum momento da vida?

- 1) SIM. QUANTOS? _____
 2) NÃO

16. Agora eu vou disponibilizar para a senhora quatro cartões que a senhora utilizará para me responder algumas questões. Para cada pergunta que eu fizer aponte o cartão que representa a sua resposta, sem tirá-los da ordem que eu colocar na mesa.

ENTREVISTADOR: Colocar sobre a mesa os cartões com as respostas referentes a esta escala, de acordo com a ordem estabelecida na própria escala. Leia a pergunta: **DURANTE AS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA A SENHORA FOI INCOMODADA COM OS PROBLEMAS ABAIXO?** Posteriormente leia, uma a uma, as questões contidas na primeira coluna do quadro. Para cada item a entrevistada deverá mostrar um cartão com a categoria de resposta, e então você marcará um "X" em cada linha, de acordo com a categoria declarada. Não deixe de repetir que as questões se referem a um período de tempo de 2 semanas passadas. Ao término da questão recolha os cartões.

Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS, com que frequência a senhora foi incomodada com os problemas abaixo?

Patient Health Questionnaire – 4 (PHQ-4)					
	NENHUMA VEZ	VÁRIOS DIAS	MAIS DA METADE DOS DIAS	QUASE TODOS OS DIAS	SCORE
SENTIR-SE NERVOSA, ANSIOSA OU MUITO TENSA	0	1	2	3	
NÃO SER CAPAZ DE IMPEDIR OU DE CONTROLAR AS PREOCUPAÇÕES	0	1	2	3	
POUCO INTERESSE OU POUCO PRAZER EM FAZER AS COISAS	0	1	2	3	
SE SENTIR "PARA BAIXO", DEPRIMIDA OU SEM PERSPECTIVA	0	1	2	3	

				ESCORE TOTAL	
--	--	--	--	---------------------	--

17. A senhora fuma atualmente?

- 1) SIM. HÁ QUANTO TEMPO A SENHORA FUMA? _____
- 2) NÃO

18. Já fumou em algum outro momento da vida?

- 1) SIM. HÁ QUANTO TEMPO PAROU DE FUMAR? _____
- 2) NÃO

19. Quais produtos a senhora fuma atualmente?

- 1) CIGARROS INDUSTRIALIZADOS
- 2) FUMO
- 3) OUTROS. ESPECIFIQUE: _____

20. Alguém na sua cela fuma?

- 1) SIM
- 2) NÃO

- NESSE CASO, QUAL O TIPO DE CIGARRO? _____
- CIGARROS INDUSTRIALIZADOS
 - FUMO
 - OUTROS. ESPECIFIQUE: _____

21. Quais das condições abaixo a senhora apresentou ou tratou no último 1 ANO?

- 1) HANSENÍASE
- 2) CALAZAR/LEISHMANIOSE CUTÂNEA
- 3) DENGUE
- 4) TUBERCULOSE
- 5) SÍFILIS
- 6) GONORREIA
- 7) HIV/AIDS
- 8) OUTRA DOENÇA? QUAL? _____
- 9) NENHUMA DOENÇA

22. As perguntas abaixo se referem a sua saúde bucal. Todas as questões que farei dizem respeito a problemas com seus dentes, boca ou dentadura nos últimos seis meses. Eu vou disponibilizar para a senhora cinco cartões que a senhora utilizará para me responder essas questões. Para cada pergunta que eu fizer aponte o cartão que representa a sua resposta, sem tirá-los da ordem que eu colocar na mesa.

ENTREVISTADOR: COLOCAR SOBRE A MESA OS CARTÕES COM AS RESPOSTAS REFERENTES A ESTA ESCALA, DE ACORDO COM A ORDEM ESTABELECIDNA NA PRÓPRIA ESCALA. COMECE FORMULANDO A FRASE: NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, POR CAUSA DE PROBLEMAS COM SEUS DENTES, SUA BOCA OU DENTADURA...E INICIE COM AS QUESTÕES NUMERADAS DE 1 A 14. PARA CADA UMA DAS 14 QUESTÕES A ENTREVISTADA DEVERÁ MOSTRAR UM CARTÃO COM A CATEGORIA DE RESPOSTA, E ENTÃO VOCÊ MARCARÁ UM "X" EM CADA LINHA, DE ACORDO COM A CATEGORIA DECLARADA. É IMPORTANTE QUE SE REPITA À FRASE FORMULADA NO INÍCIO DA APLICAÇÃO DEIXANDO CLARO QUE TODAS AS PERGUNTAS ESTÃO RELACIONADAS A ESTA FRASE. AO TÉRMINO DA APLICAÇÃO RECOLHA OS CARTÕES.

Oral Health Impact Profile (OHIP-14)					
NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, POR CAUSA DE PROBLEMAS COM SEUS DENTES, SUA BOCA OU DENTADURA	NUNCA (0)	RARAMENTE (1)	ÀS VEZES (2)	REPETIDAMENTE (3)	SEMPRE (4)
1) VOCÊ TEVE PROBLEMAS PARA FALAR ALGUMA PALAVRA?					
2) VOCÊ SENTIU QUE O SABOR DOS ALIMENTOS TEM PIORADO?					
3) VOCÊ SENTIU DORES EM SUA BOCA OU NOS SEUS DENTES?					

4) VOCÊ SE SENTIU INCOMODADO(A) AO COMER ALGUM ALIMENTO?					
5) VOCÊ FICOU PREOCUPADO(A)?					
6) VOCÊ SE SENTIU ESTRESSADO(A)?					
7) SUA ALIMENTAÇÃO FICOU PREJUDICADA?					
8) VOCÊ TEVE QUE PARAR SUAS REFEIÇÕES?					
9) VOCÊ ENCONTROU DIFICULDADE PARA RELAXAR?					
10) VOCÊ SE SENTIU ENVERGONHADO(A)?					
11) VOCÊ FICOU IRRITADO(A) COM OUTRAS PESSOAS?					
12) VOCÊ TEVE DIFICULDADE PARA REALIZAR SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS?					
13) VOCÊ SENTIU QUE SUA VIDA, EM GERAL, FICOU PIOR?					
14) VOCÊ FICOU TOTALMENTE INCAPAZ DE FAZER SUAS ATIVIDADES?					

23. Agora vou fazer perguntas sobre o uso de algumas substâncias.

ENTREVISTADOR: LEIA A FRASE NA COLUNA A "JÁ USOU ALGUMA VEZ NA VIDA", E EM SEGUIDA CADA UMA DAS SUBSTÂNCIAS ELENCADAS NA PRIMEIRA COLUNA, ASSINALANDO EM "SIM" OU "NÃO", DE ACORDO COM A RESPOSTA DA PARTICIPANTE. POSTERIORMENTE VERIFIQUE AS SUBSTÂNCIAS RESPONDIDAS NA COLUNA A NA CATEGORIA "SIM" E PULE A QUESTÃO CONTIDA NA COLUNA B APENAS PARA ESSAS SUBSTÂNCIAS. AO FINALIZAR A COLUNA B FAÇA O MESMO COM A COLUNA C.

SUBSTÂNCIA	A	B	C
	JÁ USOU ALGUMA VEZ NA VIDA...	AGORA IMAGINE A SENHORA NO ÚLTIMO MÊS ANTES DE SER PRESA. COM QUAL FREQUÊNCIA UTILIZAVA NO MÊS...	E DEPOIS DE SER PRESA, COM QUAL FREQUÊNCIA UTILIZOU NO ÚLTIMO MÊS?
23.1. ÁLCOOL?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)
23.2. TABACO (CIGARRO)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)
23.3. MACONHA?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)
23.4. COCAÍNA?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)
23.5. MESCLADO, MERLA, BAZUCA OU PASTA DE COCA?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)
23.6. CRACK?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)
23.7. OXI?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)
23.8. PRODUTOS PARA SENTIR BARATO, COMO: LANÇA-PERFUME, LOLÓ, COLA, GASOLINA, BENZINA, ACETONA, REMOVEDOR DE TINTA, AGUARRÁS, ÉTER, ESMALTE, TINTA?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)
23.9. LSD (ÁCIDO), CHÁ DE COGUMELO, MESCALINA, ÉXTASE, KETAMINA?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)
23.10. HEROÍNA, MORFINA OU ÓPIO PARA SENTIR ALGUM "BARATO"?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)
23.11. REMÉDIO PARA EMAGRECER OU FICAR ACORDADO (LIGADO) SEM RECEITA MÉDICA? EXEMPLOS: HIPOFAGIN, MODEREX, GLUCOENERGAN, INIBEX, DESOBESI, REACTIVAN, PERVITIN, DASTEN, ISOMERIDE, MODERINE, DUALID, PRELUDIN. (NÃO VALE ADOÇANTE NEM CHÁ)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)

23.12. TRANQUILIZANTE, ANSIOLÍTICO, CALMANTE OU ANTIDISTÔNICO SEM RECEITA MÉDICA? (EXEMPLOS: DIAZEPAM, DIENPAX, LORIUM, VALIUM, LIBRIUM, LORAX, ROHYPNOL, PSICOSEDIN, SOMALIUM, LEXOTAN, RIVOTRIL)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)
23.13. ALGUMA DESSAS DROGAS VOCÊ JÁ USOU DE FORMA INJETÁVEL? QUAL?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ (DIAS/MÊS)	____ (DIAS/MÊS)

BLOCO 3
ESTE ÚLTIMO BLOCO DE PERGUNTAS É SOBRE QUESTÕES RELACIONADAS À SENHORA E A ROTINA NA UNIDADE PRISIONAL

24. Por que a senhora foi presa? _____

25. Há quanto tempo está presa? _____

26. Veio transferida de outra unidade prisional?

- 1) SIM. QUAL? _____
2) NÃO

27. Em qual cidade estão as pessoas que a senhora mais gosta? _____

ENTREVISTADOR: NA PERGUNTA 27, NO CASO DA PARTICIPANTE CITAR MAIS DE UMA CIDADE, PERGUNTAR: "DAS CIDADES QUE A SENHORA MENCIONOU, ESCOLHA UMA ONDE ESTEJA A REFERÊNCIA MAIS IMPORTANTE" E CIRCULE A CIDADE INDICADA.

28. Como está o seu contato com sua família hoje?

- 1) MANTÉM VÍNCULO COM A FAMÍLIA, COM BOM RELACIONAMENTO
2) MANTÉM VÍNCULO COM A FAMÍLIA, COM RELACIONAMENTO REGULAR OU RUIM
3) NÃO MANTÉM VÍNCULO
4) NÃO TEM FAMÍLIA

29. A senhora já foi julgada?

- 1) SIM QUAL FOI A SENTENÇA? _____ ANOS _____ MESES
2) NÃO

30. Em qual regime de prisão a senhora está atualmente?

- 1) PROVISÓRIO
2) FECHADO
3) SEMIABERTO

31. Em qual cela se encontra atualmente? _____

32. Quantas pessoas dividem a cela com a senhora? _____

33. A senhora recebe visita social no presídio?

- 1) SIM. COM QUAL FREQUÊNCIA? _____
2) NÃO

34. A senhora recebe visita agendada no presídio?

- 1) SIM. COM QUAL FREQUÊNCIA? _____
2) NÃO

35. A senhora recebe visita íntima no presídio?

- 1) SIM. COM QUAL FREQUÊNCIA? _____
2) NÃO

36. A senhora estuda no presídio?

- 1) SIM _____
2) NÃO

37. A senhora trabalha no presídio?

- 1) SIM → O TRABALHO É: REMUNERADO NÃO REMUNERADO

2) NÃO

38. A senhora participa de celebrações religiosas?

- 1) SIM
2) NÃO

39. A senhora recebe assistência jurídica?

- 1) SIM → DE QUAL TIPO: ADVOGADO PARTICULAR DEFENSORIA PÚBLICA
2) NÃO

40. A senhora recebe assistência de saúde?

- 1) SIM
2) NÃO

41. No último 1 ANO a senhora teve consultas no presídio?

- 1) COM MÉDICO SIM QUANTAS |____|____| VEZES NENHUMA VEZ
2) COM PSICÓLOGO SIM QUANTAS |____|____| VEZES NENHUMA VEZ
3) COM ASSISTENTE SOCIAL SIM QUANTAS |____|____| VEZES NENHUMA VEZ
4) COM DENTISTA SIM QUANTAS |____|____| VEZES NENHUMA VEZ

42. A senhora perdeu dentes depois que foi presa?

- 1) SIM → QUANTOS: _____
2) NÃO

43. A senhora foi internada em hospital por mais de 24 horas durante o tempo que está presa?

- 1) SIM → QUANTAS VEZES: _____
2) NÃO

44. A senhora fez cirurgias depois que foi presa?

- 3) SIM
4) NÃO
- QUAIS CIRURGIAS A SENHORA FEZ? _____

45. Eu gostaria que a senhora classificasse os itens que eu vou ler de acordo com seu nível de satisfação:

ENTREVISTADOR: FAZER A LEITURA DAS CATEGORIAS DE RESPOSTA E POSTERIORMENTE LER CADA ITEM E MARCAR UM "X" NA CATEGORIA RESPONDIDA.

	RUIM	REGULAR	BOM	NÃO SE APLICA
1) O TAMANHO E AS CONDIÇÕES DA CELA				
2) AS ATIVIDADES QUE DESENVOLVE NO PRESÍDIO				
3) ALIMENTAÇÃO OFERECIDA PELA UNIDADE				
4) ATENDIMENTO DA PSICOLOGIA				
5) ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL				
6) ATENDIMENTO MÉDICO				
7) ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO				
8) ATENDIMENTO JURÍDICO				
9) RELACIONAMENTO COM OUTROS PRESOS				
10) RELACIONAMENTO COM OS AGENTES				
11) RELACIONAMENTO COM A DIREÇÃO				
12) TRANSPORTE (ESCOLTA)				

46. A senhora pratica, com regularidade, atividades físicas específicas para melhorar sua saúde?

Atenção! Considere atividade física regular aquela praticada pelo menos durante vinte (20) minutos.

- 1) 4 OU MAIS VEZES POR SEMANA
- 2) DE 2 A 3 VEZES POR SEMANA
- 3) UMA VEZ POR SEMANA
- 4) DE 2 A 3 VEZES POR MÊS
- 5) POUCAS VEZES POR ANO
- 6) NÃO PRÁTICO

47. A senhora já foi tratada de forma preconceituosa pelos funcionários desta unidade por causa de seu(sua):

- | | | | |
|----------------------------|---|---|------------------------------------|
| 1) COM CONDIÇÃO DE DETENTA | 1 - <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2 - <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3 - <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 2) COR DA PELE | 1 - <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2 - <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3 - <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 3) CONDIÇÃO SOCIAL | 1 - <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2 - <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3 - <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 4) ORIENTAÇÃO SEXUAL | 1 - <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2 - <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3 - <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 5) TIPO DE CRIME COMETIDO | 1 - <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2 - <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3 - <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 6) APARÊNCIA FÍSICA | 1 - <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2 - <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3 - <input type="checkbox"/> NUNCA |

48. A senhora já foi tratada de forma inferior pelas outras detentas desta unidade por causa da sua/seu:

- | | | | |
|----------------------------|---|---|------------------------------------|
| 1) COM CONDIÇÃO DE DETENTA | 1 - <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2 - <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3 - <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 2) COR DA PELE | 1 - <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2 - <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3 - <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 3) CONDIÇÃO SOCIAL | 1 - <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2 - <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3 - <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 4) ORIENTAÇÃO SEXUAL | 1 - <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2 - <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3 - <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 5) TIPO DE CRIME COMETIDO | 1 - <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2 - <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3 - <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 6) APARÊNCIA FÍSICA | 1 - <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2 - <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3 - <input type="checkbox"/> NUNCA |

49. O que a senhora costuma fazer aqui? Responda sim ou não.

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1) LER | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2) VER TV | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3) PRATICAR ESPORTES | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4) CONVERSAR | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5) FICAR SOZINHO | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 6) DORMIR | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 7) ESCREVER | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 8) COSTUMA FAZER OUTRA ATIVIDADE? ESCREVA: | _____ | |

50. Quais os riscos a senhora acha que corre no interior do presídio? Responda sim ou não.

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1) SOFRER AGRESSÃO FÍSICA | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2) SOFRER VIOLÊNCIA SEXUAL (ASSÉDIO, ESTUPRO) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3) SOFRER VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA (AMEAÇAS, HUMILHAÇÕES) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4) SER FERIDA POR ARMA BRANCA | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5) SER FERIDA POR ARMA DE FOGO | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 6) QUEIMADURA POR FOGO OU AÇÃO QUÍMICA | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 7) EXPLOSÃO (BOMBA, GRANADA, OUTROS EXPLOSIVOS) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 8) OUTRO. ESCREVA: | _____ | |

51. No último 1 ANO, quais das situações abaixo a senhora sofreu dentro da unidade prisional? Responda sim ou não.

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1) AGRESSÃO FÍSICA | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2) AGRESSÃO VERBAL | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3) ASSÉDIO OU AGRESSÃO SEXUAL | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4) PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

ANEXO A – Carta de anuência

 **CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS DE SEGURANÇA PÚBLICA**
 SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS DE SEGURANÇA PÚBLICA
 ACADEMIA DO SISTEMA PRISIONAL

CARTA DE ANUÊNCIA

Belo Horizonte, 25 de março de 2019

Em cumprimento ao Processo SEI 1450.01.0006361/2019-14, afeto à solicitação do pesquisador(a) titular de mestrado da Faculdade de Medicina da UFJF, Lidiane Castro Duarte de Aquino, que deseja realizar na Penitenciária José Edson Cavalcieri/Anexo Feminino Eliane Betti, coleta de dados através de entrevistas junto à população carcerária, versando sobre o tema: "Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG", inspe-se esclarecer que, cumpri dos os requisitos definidos pela Resolução 059/SEAP/2018, nada temis a opor, desde que a unidade prisional tenha disponibilidade para recebê-la. Caso seja autorizada a referida visita, deve ser acordado previamente, data e horário junto à Direção da Penitenciária José Edson Cavalcieri/Anexo Feminino Eliane Betti.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento pela pesquisadora, dos requisitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. O descumprimento de qualquer dos condicionantes expostos, poderá gerar o cancelamento imediato da anuência a qualquer momento da pesquisa.

Não haverá a utilização de equipamentos eletrônicos.

Conforme orientação do Subsecretário de Segurança Prisional, ficará em encargo de cada unidade prisional, a consulta sistêmica e autorização dos pesquisadores, a ser realizada no âmbito da Assessoria de Informação e Inteligência da Unidade Prisional. Caso a Unidade Prisional identifique algum impedimento para o(s) pesquisador(a) visitante(s), deverá comunicar a subunidade a Assessoria Central de Inteligência (Assessoria de Informação e Inteligência - AI/SEAP).


 Lincoln Inácio Pereira
 Superintendente da Academia do Sistema Prisional

ANEXO B – Declaração de concordância e infraestrutura



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
PENITENCIÁRIA JOSÉ EDSON CAVALIERI

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA E INFRAESTRUTURA

Juiz de Fora, 26 de março de 2019

Informo que a Penitenciária José Edson Cavaliere/Anexo Feminino Eliane Betti foi notificada através do Despacho nº468/2019/SEAP/SUSEP enviado através do Processo SEI 1450.01.0006361/2019-14 acerca da pesquisa de mestrado a ser conduzida por Lidiane Castro Duarte de Aquino, cujo tema é "Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora – MG". Destarte, declaro que a unidade está de acordo com a realização da pesquisa, e que apresenta infraestrutura adequada e necessária para a execução da mesma.

Todavia, conforme condições expostas na carta de anuência, esta unidade requer que as visitas sejam agendadas com no mínimo 10 dias de antecedência, e que os nomes dos pesquisadores participantes sejam informados no mesmo prazo a fim de que seja realizada consulta sistêmica para autorização de entrada na unidade. Tal consulta ficará a cargo da Assessoria de Informação e Inteligência da Unidade Prisional. Cabe salientar que a Unidade se mantém no dever de cancelar a visitação mediante situações especiais que possam ocorrer, viabilizando, contudo, o reagendamento para outra ocasião.

Marcos Adriano Francisco
Diretor Geral
Penitenciária José Edson Cavaliere

*Concordo e coloco-me
a disposição para a
realização da pesquisa*

Silvia C. Pereira de Silva
Diretora Adjunta José Edson Cavaliere
MESP 1272824

ANEXO C – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG

Pesquisador: LIDIANE CASTRO DUARTE DE ADUINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10623019.8.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.294.263

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3166 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.294.253

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE RÓSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.038-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3755 Fax: (32)1102-3755 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br