

Anselmo Filipe Nunes

Medicina Dentária em Contexto de Reclusão
Impacto do Estabelecimento Prisional do Porto na Saúde Oral

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciência da Saúde
Porto, 2022

Anselmo Filipe Nunes

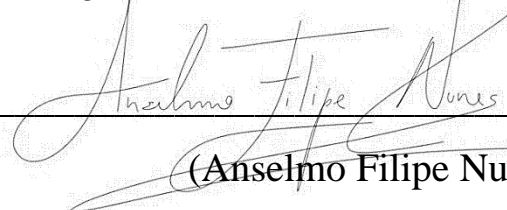
Medicina Dentária em Contexto de Reclusão
Impacto do Estabelecimento Prisional do Porto na Saúde Oral

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciência da Saúde
Porto, 2022

Anselmo Filipe Nunes

Medicina Dentária em Contexto de Reclusão
Impacto do Estabelecimento Prisional do Porto na Saúde Oral

*Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção
do grau de Mestre em Medicina Dentária*



(Anselmo Filipe Nunes)

RESUMO

Objetivo:

A presente investigação teve como objetivo aferir dentro do seio do Estabelecimento Prisional do Porto a importância que esta comunidade (na dualidade reclusos e Médico Dentista), atribui à saúde oral. Teve-se como o intuito perceber o estado de saúde dos reclusos, deixar uma proposta de tratamento e sensibilizar para uma maior educação e preocupação com a saúde oral.

Materiais e Métodos:

O estudo consistiu em avaliar um grupo de voluntários, com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos, com entrada no Estabelecimento Prisional do Porto, entre o ano 2015 e 2019. Os participantes no estudo preencheram um questionário que visava entender os principais problemas e hábitos que mais afetaram a sua saúde oral, tendo sido em seguida submetidos a um exame clínico guiado pela utilização do International Caries Detection and Assessment System. O departamento de Medicina Dentária também foi inquirido com um questionário.

Resultados:

Apenas 5% dos participantes revelou ter ausência total de cáries, 20% da amostra revelou ter uma saúde oral em óbvia decadência e 75% dos inquiridos utiliza o serviço de Medicina Dentária, mas mais de metade destes apenas o faz em caso de dor. Segundo a presente investigação os dois fatores que mais parecem influenciar a saúde oral são a idade e os hábitos de higiene oral. Cerca de 92% dos voluntários vê na Medicina Dentária o meio para a valorização da sua autoestima.

Conclusão:

Com a presente investigação ficou claro que hoje em dia a Medicina Dentária é tida como um fator determinante para o recluso e para a sua reinserção no meio em liberdade. Apesar de fatores como as substâncias ilícitas utilizadas e a ida à consulta de Medicina Dentária não se relevarem como relevantes na saúde oral do recluso, tal deverá ser avaliado face à dinâmica destes locais. A higiene oral e a idade do paciente influenciam a saúde oral do mesmo. Atualmente não se utiliza o meio prisional como local de educação para a saúde oral, sendo que tal devia ser um objetivo presente assim como um local de intercepção de pacientes de risco.

Palavras-Chave: Oral Health; Quality of Life; Prison; Dental Care

ABSTRACT

Objectives:

The purpose of this study was to find, inside of Estabelecimento Prisional do Porto, the value that this community (offenders and dentist) give to oral health. In this way, one of the objectives was to understand prisoners' health conditions, give a treatment plan and sensibilize for a bigger education and preoccupation with oral health.

Methods:

Group of volunteers between 20 and 40 year-old, who had entered in prison between 2015 and 2019. The participants in this study completed an evaluation questionnaire to understand the main problems and which habits most affected their oral health and underwent a clinical examination guided using the International Caries Detection and Assessment System. The Department of Dentistry was also surveyed with a specific questionnaire.

Results:

Only 5% of the participants revealed to have total absence of cavities, 20% of the sample revealed to have an oral health in obvious decay and 75% of the inquired use the dental service, but more than half of them only do it in case of pain. According to the present investigation, the two factors that most seem to influence oral health are age and oral hygiene habits. About 92% of the volunteers see in dentistry the means to enhance their self-esteem.

Conclusion:

With the present investigation it became clear that today dentistry is considered a determining factor for the inmate and for his reintegration into the environment in freedom. Although factors such as the illicit substances used and the visit to the dentist are not relevant in the inmate's oral health, this should be evaluated in view of the dynamics of these places. Oral hygiene and patient age influence their oral health. Currently, the prison environment is not used as a place of education for oral health, and this should be a present objective as well as a place of interception of patients at risk.

Keywords: Oral Health; Quality of Life; Prison; Dental Care

DEDICATÓRIA

A ti, Padrinho,

Que me ensinaste a colocar força, dedicação e método em tudo, sem nunca esquecer que o que nos move será sempre o amor.

*“Nunca temos nada terminado!
O caminho está sempre a ser desviado...”*

ÍNDICE GERAL

ABREVIATURAS.....	x
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
ÍNDICE DE TABELAS.....	xiii
I. INTRODUÇÃO.....	1
1. Materiais e métodos.....	3
II. DESENVOLVIMENTO.....	5
2. Enquadramento dos Serviços Prisionais.....	5
i. Comunidade prisional em Portugal.....	6
ii. Estabelecimento Prisional do Porto.....	6
3. A saúde nos estabelecimentos prisionais	7
i. A saúde oral.....	8
ii. As substâncias ilícitas e o tabaco.....	8
4. Resultados.....	11
III. DISCUSSÃO.....	14
IV. CONCLUSÃO.....	15
V. BIBLIOGRAFIA.....	16
ANEXOS.....	21

ABREVIATURAS

DGRSP - Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

EP – Estabelecimento Prisional

EPP – Estabelecimento Prisional do Porto

FDI – Federação Dentária Internacional

HO – Higiene Oral

ICDAS – Sistema Internacional para a Detecção e Avaliação de Cárie

MD – Médico Dentista

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SI – Substâncias ilícitas

SO – Saúde Oral

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Autorização para o estudo por parte da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais.....	22
Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.....	24
Anexo 3 – Declaração de Consentimento Informado.....	25
Anexo 4 – Questionário aplicado ao voluntário.....	26
Anexo 5 – Quadro de registo do Sistema Internacional para a Detecção e Avaliação de Cárie.....	27
Anexo 6 – Concordância inter-observador.....	28
Anexo 7 – Questionário aplicado ao responsável clínico.....	29
Anexo 8 – Figuras.....	30
Anexo 9 – Tabelas e gráficos.....	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Chave do Sistema Internacional para a Detecção e Avaliação de Cáries. Adaptado de Bonner, 2011.....	30
Figura 2: Desafios presentes ao providenciar um acompanhamento dentário efetivo à comunidade reclusa. Adaptado de Harvey, 2013.....	30

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1: Critérios de inclusão e exclusão da amostra.....	4
Tabela 2: Consumo de substâncias aditivas – Resultados obtidos.....	12
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica.....	31
Tabela 4: Hábitos tabágicos.....	31
Tabela 5: Número de cigarros.....	31
Tabela 6: Substâncias ilícitas.....	31
Tabela 7: Tipo de substâncias.....	32
Tabela 8: Dentes Ausentes.....	32
Tabela 9: Avaliação de restaurações e selantes (1º código do ICDAS).....	32
Tabela 10: Avaliação de cáries (2º código do ICDAS).....	33
Tabela 11: Escova e pasta.....	33
Tabela 12: Troca de escova.....	33
Tabela 13: Número de escovagens.....	34
Tabela 14: Motivo de frequentar ou não o Médico Dentista antes de ser preso.....	35
Tabela 15: Motivo de frequentar ou não o Médico Dentista no Estabelecimento Prisional.....	35
Tabela 16: Importância que a saúde oral tem para o recluso.....	35
Tabela 17: Comparação por idade.....	36
Gráfico 1: Relação do estado dos dentes com a variável idade.....	36
Tabela 18: Comparação por tempo de reclusão.....	36
Gráfico 2: Relação do estado dos dentes com a variável tempo de reclusão.....	36
Tabela 19: Comparação por número de cigarros fumados.....	37
Gráfico 3: Relação do estado dos dentes com a variável número de cigarros.....	37
Tabela 20: Comparação por consumo de substâncias ilícitas.....	37
Gráfico 4: Relação do estado dos dentes com o consumo ou não de substâncias ilícitas...38	
Tabela 21: Comparação por número de escovagens por dia.....	38
Gráfico 5: Relação do estado dos dentes com a variável número de escovagens num dia....38	
Tabela 22: Comparação com o hábito de frequentar o MD no EP.....	39
Gráfico 6: Relação do estado dos dentes com a variável hábito de frequentar.....	39

Tabela 23: Comparação por frequentar MD antes da reclusão.....40
Gráfico 7: Relação do estado dos dentes com a variável frequentar MD.....40

I. INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde, em ambiente prisional, deve-se reger por recomendações/normativas descritas pela Organização das Nações Unidas (ONU), permitindo a cuidados igualitários, dignos e sustentados pelos direitos humanos. (Campbell, 2017)

Alguns autores mencionam que, a saúde oral (SO) do recluso é mais decadente do que a de um indivíduo que se encontra em liberdade, tendo como causas possíveis a sua baixa literacia no âmbito do autocuidado a nível oral bem como os hábitos de risco muitas vezes associados a este grupo de pacientes; tudo exponencializado pelo défice de acesso a informação, levando à probabilidade de desenvolver e demonstrar mais comportamentos de risco que atentam sobre a sua saúde. Estes indivíduos provêm em grande número de um contexto socioeconómico mais precário, de grupos marginalizados como toxicodependentes e indivíduos ligado à prostituição. Comportamentos aditivos como o tabaco ou substâncias ilícitas (SI), assumem-se como principais fatores do decaimento da SO, a par com a insuficiente preocupação com a higiene oral (HO) e com a manutenção ou recuperação da sua SO. (Enggist, 2014; Freeman, 2019; Lázaro, 2012; Gonçalves, 2014).

Quando comparados com a população generalizada, a população reclusa apresenta uma baixa qualidade de SO, evidentemente declarada com a elevada prevalência de cárie dentária. Diversos estudos relatam que as condições de SO são substancialmente mais preocupantes na comunidade prisional uma vez que é frequente a perda de peças dentárias e encontram-se poucas restaurações efetuadas num elevado número de dentes cariados (Enggist, 2014; Freeman, 2019; Lázaro, 2012; Marshman, 2014; Nobile, 2007)

Segundo Dorés (2013), a lista de espera para cuidados médicos dentários numa prisão portuguesa é de aproximadamente 90 dias.

Muitos reclusos apenas recorrem ao Médico Dentista (MD) dos serviços clínicos do Estabelecimento Prisional (EP) quando experienciam odontalgia severa, sendo as hipóteses de tratamento muito mais limitadas nesta fase.

Os estudos direcionados com a saúde oral em contexto de reclusão são poucos em Portugal. A sua importância começa a fazer-se sentir dado que muitos reclusos têm o primeiro contacto com a Medicina Dentária durante este período. Assim, é fulcral haver uma incidência sobre esta temática, tendo em vista o fortalecimento dos dados para ser possível identificar as complexas necessidades dos reclusos no âmbito da sua saúde dentária, bem como combater as dificuldades sentidas na melhor orientação da estrutura

e dinâmica dos serviços clínicos, mais concretamente direcionado à Medicina Dentária (Enggist, 2014; Reis, 2015).

O ambiente prisional deve ser um local onde o acesso a cuidados de SO, a meios para higiene oral adequada e a informação sobre a temática necessitam ser disseminados com alta significância. Havendo uma urgência no planeamento de uma estrutura onde as várias valências da comunidade prisional trabalhem sinergicamente para promover uma melhor e mais rápida prestação de cuidados ao recluso, de modo a promover a saúde e prevenir a doença (Enggist, 2014; Everington, 2013).

Para o processo de melhoria dos cuidados de SO é necessário desenvolver estratégias para solucionar os diversos problemas, suportar e apoiar o corpo clínico, dando-lhes ferramentas necessárias para prestação eficaz dos serviços (Harvey, 2013).

As prisões, além da privação da liberdade são espaços para a reinserção social e reeducação da população. Assim, cada vez mais a SO se apresenta como um fator de aceitação e inclusão na sociedade, sendo uma mais-valia para o aumento da autoestima e qualidade de vida do recluso (Enggist, 2014; Ministério da Justiça, 2012).

Este estudo teve como objetivo aferir dentro do Estabelecimento Prisional do Porto (EPP) a importância, na dualidade reclusos e MD, dada à Medicina Dentária.

Para isto, foram realizados inquéritos e avaliação clínica com recurso ao International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). Foi também efetuado um questionário ao responsável pelos serviços clínicos de Medicina Dentária do EPP.

Com estes dados recolhidos pretendeu-se fazer uma relação das variáveis em estudo, percebendo a existência ou não de correlação entre elas, nomeadamente:

- Encontrar-se em contexto de reclusão, em função do tempo e número de vezes em ambiente prisional, ter impacto na sua SO;
- Grau de HO influenciar a SO;
- Idade interferir na saúde dentária;
- Tabaco e o uso de SI de abuso contribuir para perda de SO;

Para além destas comparações realizadas procurou-se também aferir se os reclusos vêem este ramo da saúde como um fator determinante para a sua reinserção na sociedade (no ponto de vista estético, psicológico e da empregabilidade).

Outro objetivo foi perceber se o próprio EP tem a Medicina Dentária como uma prioridade/preocupação para o desenvolvimento e melhoria do estado de saúde dos reclusos e reinserção.

Tendo como objetivo final o intuito de encontrar uma proposta daquilo que pode ser feito para fortalecer todos os pontos identificados como em estado precário ou com possibilidade de progresso.

1. Materiais e Métodos

Autorização e aprovação ética do estudo:

A presente investigação foi submetida e autorizada a ser levada a efeito, por parte do Exmo. Diretor-Geral da DGRSP, Dr. Rómulo Mateus (Ofício N° 37/CCCRE) (Anexo 1). De seguida foi aprovado, no dia 22 de Fevereiro de 2022, pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (N° FCS/MED – 241/21-2) (Anexo 2).

Condições de recolha de dados:

A recolha de dados foi efetuada no consultório de Medicina Dentária do EPP, que garantia todas as condições para a execução tanto clínica como de preenchimento do questionário. Foram organizados, com o MD responsável pelo serviço, os horários mais favoráveis por forma a não comprometer o funcionamento habitual das consultas.

No consultório só estavam presentes o investigador, o responsável pela orientação deste trabalho e o recluso. O objetivo do estudo e os passos a serem realizados foram explicados ao recluso. Para garantir a confidencialidade e anonimato e um consentimento verdadeiramente informado livre e esclarecido, foi fornecida uma declaração de consentimento, em conformidade com a Declaração de Helsínquia (Anexo 3) aos reclusos que aceitaram participar no estudo.

Meios de recolha de dados:

Os dados foram recolhidos em duas partes, inicialmente os participantes no estudo respondiam a um questionário sobre dados relativos ao seu histórico em reclusão, história clínica, hábitos/vícios e SO (Anexo 4). Todo o conteúdo do questionário era clarificado, havendo espaço para colocação de dúvidas e esclarecimentos adicionais.

O exame clínico foi realizado com recurso ao quadro de ICDAS (Anexo 5) e efetuado pelo investigador. Para a calibração deste exame, foi feita duplicação de recolha de dados pelo orientador, com diferença de pelo menos duas semanas, sem realização de consulta da informação recolhida pelo investigador, a fim de calcular o coeficiente de concordância intra-operador, num total de 20 reclusos (Anexo 6). Foi também efetuado um questionário ao responsável pelo serviço de Medicina Dentária do EPP (Anexo 7).

Material para a obtenção dos dados:

Durante o exame clínico usaram-se espelhos planos CS nº2 e sondas exploratórias. Recorreu-se ao jato de ar da cadeira dentária para identificação do grau de cárie. Foram ainda usadas luvas descartáveis e máscaras FFP2. Os kits de exploração foram cedidos pela clínica da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

No final de cada observação a cadeira era desinfetada, o material de observação substituído e o material de uso singular era descartado em lixo próprio.

Não foi feito uso de métodos radiológicos uma vez que não está recomendado neste tipo de investigação.

Avaliação Dentária:

A avaliação dentária foi segundo o International Caries Detection and Assessment System (ICDAS), que tem provado ser o método que permite uma deteção mais precisa e aprimorada do estado de evolução de cárie dentária, evidenciando o estado de SO do paciente bem como os seus cuidados (Freeman, 2014; Qudeimat, 2019).(figura 1).

Amostra:

Tabela 1: Critérios de inclusão e exclusão da amostra

<u>Critério de inclusão</u>	<u>Critério de exclusão</u>
Indivíduos que estivessem a cumprir pena no EPP	Indivíduos que recusaram a participar (6)
Todos aqueles que tivessem início de pena no período de 2015 até 2019	Indivíduos que saíram em liberdade (6)
Reclusos com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos	
Voluntários com consentimento informado devidamente assinado	

Obtendo assim um total de 60 reclusos, correspondendo à taxa de resposta de 83,3%.

Registo e tratamento dos dados:

O levantamento dos dados foi feito em folhas próprias para o efeito, às quais se atribuíram um código numérico de forma a ocultar a identidade dos voluntários. A numeração dentária usada para registo do ICDAS foi a da Federação Dentária Internacional (FDI). Os dados foram todos sistematizados em Microsoft Excel e a análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e

relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta utilizou-se o teste Anova e o teste de Kruskal-Wallis. A normalidade de distribuição de acordo foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade de variâncias com o teste de Levene. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq .05$. A análise estatística foi efetuada com o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28 para Windows.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Enquadramento dos Serviços Prisionais

De modo a compreender o verdadeiro papel das prisões é importante perceber a sua evolução social. Assim, fazendo uma retrospectiva desde a atualidade até tempos mais remotos, constata-se que os serviços prisionais se foram ajustando às imposições legais dos direitos do homem e às necessidades modernas e democráticas, atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) assume que os estabelecimentos prisionais têm um papel como serviço público (Enggist, 2014; Lázaro, 2012).

A Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) assume como missão “*o desenvolvimento das políticas de prevenção criminal, de execução das penas e medidas e de reinserção social e a gestão articulada e complementar dos sistemas tutelar educativo e prisional, assegurando condições compatíveis com a dignidade humana e contribuindo para a defesa da ordem e da paz social.*” A DGRSP é um serviço da administração direta do Estado Português, integrando-se no Ministério da Justiça (Ministério da Justiça, 2019).

Os serviços prisionais em Portugal seguem a recomendação do conselho da Europa no que diz respeito a regras penitenciárias, em 2020 esta recomendação foi revista e aprovada reiterando que a nenhum indivíduo pode ser retirado o direito à liberdade, a não ser em casos punidos pela lei. Assim, os serviços prisionais têm o dever de pôr em prática as penas designadas para garantir o bom funcionamento e a segurança da comunidade, atentando sempre que não podem usurpar a dignidade humana. Deste modo, o ambiente prisional pretende oferecer a estes cidadãos a possibilidade de se reintegrarem na sociedade de forma coesa e bem alicerçada em boas condições sociais, morais e de saúde. Estes indivíduos devem ser devolvidos à sociedade em situação melhor do que a da sua entrada na vida em reclusão (DGRSP, 2020; Lázaro, 2012).

Comunidade prisional em Portugal

Segundo as estatísticas efetuadas pela DGRSP, a 31 de dezembro de 2021, encontravam-se sob a alçada dos serviços prisionais em Portugal 11588 reclusos, 81% condenados e 19% preventivos, distribuídos por 49 estabelecimentos prisionais e centros educativos. Neste número estavam incluídos os indivíduos a cumprir medidas de segurança e internamento preventivo e indivíduos inimputáveis internados em estabelecimentos psiquiátricos. A população é maioritariamente de nacionalidade portuguesa (85.6%), sendo o sexo masculino mais prevalente (93%). Relativamente à faixa etária mais de metade da população (69%) apresentava idade compreendida entre os 25 e os 49 anos (DGRSP, 2021).

Em relação à sociedade atual, os níveis de educação revelaram-se baixos, com 3,4% de analfabetos e 74.4% com escolaridade inferior ao 9º ano. De acordo com as estatísticas da DGRSP, a população prisional portuguesa, tal como, outras populações prisionais, revela maior prevalência e incidência de patologias, do que grupos semelhantes da população generalizada, principalmente do foro infeccioso e associadas ao consumo de SI. (DGRSP, 2017; DGRSP, 2021; Ministério da Justiça, 2012)

Segundo os dados consultados junto da DGRSP (2017), entre a população reclusa portuguesa identificam-se alta prevalência das doenças infecto-contagiosas com a taxa de Vírus da: Imunodeficiência Humana 4,5%; Hepatite B 1,2%; Hepatite C 10,1%.

A 31 de Dezembro de 2016, o número total de reclusos nos EP's em Portugal era de 13779, mais 2191 reclusos face à demografia do ano seguinte. (DGRSP, 2016)

i. Estabelecimento Prisional do Porto

Segundo a documentação oficial da DGRSP de 2021, o EPP recebeu os seus primeiros reclusos em 29 de abril de 1974. Este estabelecimento inicialmente teve o propósito de acolher reclusos do sexo masculino, contudo até ao final de 2004, tinha na sua composição um setor feminino de preventivos a aguardar julgamentos e outras diligências judiciais.

O EPP situa-se na Rua Monte do Vale, Apart. 2012, Leça do Balio, sendo uma unidade orgânica constituída por quatro pavilhões, com celas individuais e camaratas. Tem ainda na sua constituição uma Unidade Livre de Drogas, uma secção de segurança e uma Unidade de Saúde, inaugurada em 1997, que visa assegurar as necessidades de saúde da população reclusa. Possui ainda um campo desportivo polivalente que permite aos reclusos a prática de diversas modalidades desportivas, com destaque para o atletismo e

o futsal, bem como outros espaços de ocupação como ginásio, barbearia, sala de música e biblioteca. O EPP está ainda dotado de vasta zona oficial, com salas de trabalho e de ensino. A população prisional é na sua maioria constituída por reclusos preventivos oriundos do Porto, alojando também condenados da zona Norte do país que aguardam transferência para estabelecimentos de cumprimento de pena, tendo capacidade para albergar 675 indivíduos contudo os dados apontam que a 31 de dezembro de 2021 os reclusos existentes neste estabelecimento eram 798. (DGRSP, 2017; DGRSP, 2021)

2. A saúde nos estabelecimentos prisionais

O acesso a cuidados de saúde nas prisões deve ser igualitário, digno e sustentado pelos Direitos Humanos, assim como descreve a ONU nas suas normativas e recomendações ao longo dos tempos (Campbell, 2017).

É sabido que, pelo facto de a população prisional ser maioritariamente oriunda de classes socioeconómicas mais desfavorecidas, com grau de escolaridade baixo e de parcelas da sociedade mais marginalizadas, tem mais suscetibilidade a ter comportamentos que colocam em risco a sua saúde. Esta conduta negligente está associada geralmente ao não conhecimento das repercussões que possam advir destes comportamentos mas também ao próprio desmazelo por si só. Estes núcleos mais vulneráveis apresentam, por regra, elevada prevalência de doenças crónicas não acompanhadas, bem como de doenças infectocontagiosas e poucos possuem por rotina acompanhamento médico, ou algum contacto com serviços de saúde antes de entrarem num EP. Os EP's são um veículo de infecção e transmissão de doenças para a sociedade, ainda assim, devem ser encarados como algo benigno para as suas populações. Os serviços de saúde das prisões são uma oportunidade de saúde pública para triagem, educação e tratamento de grupos marginalizados, com atitudes de risco e elevada prevalência de doenças. (DGRSP, 2020; Enggist, 2014; Fazel, 2011; Freeman, 2014; Harvey, 2005; Ministério da Justiça, 2019) Por isso, a OMS recomenda que, de forma sumária, em contexto prisional se proceda a cuidados médicos, à proteção da saúde, à promoção da saúde e à resiliência em saúde. A mesma organização realça ainda, que a resiliência em saúde é uma parte crucial na reabilitação dos indivíduos e visa reduzir a recidiva através de uma íntima colaboração entre os vários ramos da comunidade prisional (Enggist, 2014).

i. A saúde oral

Os indivíduos em contexto de reclusão apresentam uma SO mais pobre do que a comunidade em geral, esta premissa acaba por ser sustentada pelo facto de na comunidade reclusa se registar um largo número de dentes altamente comprometidos ou até mesmo perdidos (Freeman, 2014; Heidari, 2007; Heidari, 2014; Vainionpaa, 2017).

Na sua maioria, os reclusos são provenientes de classes sociais mais baixas, com escolaridade reduzida e condições de habitabilidade precária, não demonstrando tanta preocupação e disponibilidade para ter hábitos preventivos no que diz respeito à SO. Por outro lado, é muito frequente encontrarmos nestes grupos práticas de risco para a saúde, tanto dentária como geral. Os principais comportamentos de risco destes indivíduos tendem a estar relacionados com cuidados insuficientes de HO e SO. Isto, somado a fatores predisponentes de cárie dentária, como consumo ativo de substâncias ilícitas e alimentação à base de açúcares, bem como outros fatores de risco como o álcool e o tabaco com outro tipo de repercussões como ao nível da doença periodontal, contribuem para um grau de decadência a nível oral superior aqueles indivíduos não reclusos. (Cohen, 1987; Douds, 2016; Enggist, 2014; Freeman, 2014; Freeman, 2019; Heidari, 2007; Heidari, 2014; Vainionpaa, 2017)

Nos vários estudos consultados constatou-se que muitos dos indivíduos antes de entrarem no ambiente prisional nunca tinham tido contacto com a Medicina Dentária, tendo pela primeira vez consulta no EP. Ainda assim, o principal motivo e momento em que se deslocaram ao consultório médico-dentário foi quando experienciaram uma odontalgia severa. Entre os principais motivos, segundo a literatura, para os condenados não recorrerem aos serviços clínicos no âmbito da Medicina Dentária reside o facto da lista de espera ser extensa, da irritabilidade ligada ao ato médico, do medo e da falta de perceção da necessidade de tratamentos. Uma das justificações para o recluso não apresentar consciência da necessidade de ser submetido a tratamentos médico-dentários relaciona-se com o consumo excessivo de SI, devido ao efeito analgésico que algumas delas podem provocar no indivíduo, mascarando sintomas (Cohen, 1987; Douds, 2016; Enggist, 2014; Freeman, 2014; Freeman, 2019; Heidari, 2007; Heidari, 2014; Jones, 2005; Lázaro, 2012; Marshman, 2014; Vainionpaa, 2017).

Por outro lado, a possibilidade de atentado à integridade física e o baixo orçamento dos EP são um problema no recrutamento de novos MD para fortalecer a equipa de trabalho. No momento da entrada do recluso, não há lugar a uma triagem dentária, de modo a serem conhecidas as reais e mais urgentes necessidades a nível de saúde oral do indivíduo. Os

tempos de espera dependem de vários fatores (figura 2), dentro dos quais: demanda de pedidos, tratamentos interrompidos ou não comparência na consulta, falta de MD ou de guardas prisionais (Walsh, 2008; Harvey, 2013).

Os fatores que mais contribuem para os baixos níveis de SO, dependentes da logística dos serviços de saúde, são basilarmente: o número precário de consultas, a constante transferência de prisão e a necessidade de uma íntima colaboração com os serviços de segurança. A elaboração de planos de tratamento é diminuta, face à não sistematização aquando da entrada do recluso no EP. O cumprimento dos mesmos é também limitado, dado os recursos, materiais e número de consultas reduzidos. Sendo por estes motivos importante que o MD associado às EP perceba que a dinâmica é diferente da usada no consultório privado (Enggist, 2014; Freeman, 2019; Walsh, 2008).

No dia a dia dos serviços de Medicina Dentária de um estabelecimento prisional o MD depara-se com um elevado número de situações que exigem a sua total atenção, tanto a nível de tratamento de cariz de urgência como aqueles que são de rotina o que leva a uma sobrecarga na agenda das consultas, restando assim pouco tempo para ações de sensibilização/promoção para melhores hábitos de HO e SO (Enggist, 2014).

A SO assume um papel preponderante no bem-estar dos indivíduos, uma vez que promove a autoestima e, conseqüentemente, potencia uma melhor interação e comunicação entre pares, o que por si só aumenta a autoconfiança e a longo prazo pode contribuir para uma mais eficaz reinserção na vida em comunidade (Enggist, 2014).

ii. As substâncias ilícitas e o tabaco

Devido à elevada incidência e prevalência das problemáticas aditivas e dependências, estas podem ser consideradas áreas de emergente intervenção. O meio prisional destaca-se como potenciador/perpetuador destas problemáticas, isto porque existe uma relação entre o consumo de SI e a reincidência criminal, existindo também um elevado número de condenados por crimes associados à problemática do consumo de substâncias psicoativas (SICAD, 2021).

De acordo com a OMS uma substância psicoativa é definida como toda e qualquer substância, natural ou sintética, que depois de introduzida no organismo modifica o seu normal funcionamento a nível do sistema nervoso central, causando dependência física, psicológica ou ambas (Comissão de coordenação do Álcool e outras Drogas, 2017).

Os últimos relatórios anuais sobre a situação das SI e toxicodependências em Portugal, quer do Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências publicado em

2020, ou do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência em 2021, coincidem na sua análise segundo a qual Portugal continua a surgir abaixo dos valores médios europeus na prevalência de consumo recente de cannabis, cocaína e ecstasy, as três SI com maior prevalência de consumo em Portugal.

Em relação ao tabagismo, este é reconhecido como uma doença epidémica que causa dependência física, psicológica e comportamental semelhante ao que ocorre com o uso de outras SI como álcool, cocaína e heroína. O tabagismo é causa de inúmeras doenças, muitas delas incapacitantes e fatais, como cancro oral, doenças cardiovasculares e respiratórias crónicas (American Cancer Society, 2020).

O tabaco tem sido amplamente estudados como potenciadores de alterações na cavidade oral, atualmente as evidências publicadas acerca de SI têm vindo a crescer. As principais categorias de SI com repercussões a nível oral são os opiáceos, cannabis, cocaína, alucinógenos e as SI sintéticas (anfetaminas, metanfetaminas e ecstasy). Essas complicações resultam da exposição direta dos tecidos orais às SI através da inalação ou ingestão das mesmas. As SI interagem biologicamente com a fisiologia normal da cavidade oral e com a função cerebral, resultando em comportamentos viciantes, agressivos e desencadeando muitas vezes falta de autocuidado e higiene. O termo “*meth mouth*” é uma consequência comum associada ao uso crónico de metanfetaminas, provocando em primeira instância cárie dentária e inflamação dolorosa dos tecidos orais, podendo levar a uma perda dentária total. Esta condição é considerada especialmente prevalente em populações prisionais. No que concerne ao recluso toxicodependente, a própria reclusão poderá despoletar neste uma recaída. Fatores extrínsecos como o ambiente prisional hostil, a presença de SI na prisão, o reencontro com indivíduos anteriores à reclusão; aliados a fatores intrínsecos como a personalidade e o estado emocional são fatores potenciadores da permanência da dependência (Gonçalves, 2014; Lee, 2021; Shekarchizadeh, 2013).

Os cuidados de SO em ambiente prisional exigem uma intervenção multidisciplinar que favoreça a ligação com outros serviços de saúde, a promoção de estilos de vida mais saudáveis e o respeito pela confidencialidade e segurança (Harvey, 2013).

3. Resultados

Caracterização da amostra:

Os dados referem-se a um total de 60 reclusos. A média de idades foi de 33.1 anos variando entre um mínimo de 23 anos e um máximo de 40 anos. O tempo médio de reclusão era de 7.3 anos. (tabela 3)

História clínica:

Segundo a recolha de dados, 86.6% da amostra não tem qualquer tipo de patologia sistémica. E 43.3% dos inquiridos diz fazer medicação de forma regular, sendo a mais prevalente os ansiolíticos (30%).

Consumo de substâncias aditivas:

Tabela 2: Consumo de substâncias aditivas – Resultados obtidos

<u>Hábitos tabágicos</u>	Uma percentagem de 88.3% dos reclusos eram fumadores e fumavam, em média, cerca de 16 cigarros por dia	tabela 4 e tabela 5
<u>Consumo de substâncias ilícitas</u>	Os consumidores de substâncias ilícitas representavam 75% dos reclusos. As substâncias mais consumidas eram haxixe (60%) e cannabis (33.3%)	tabela 6 e tabela 7

Avaliação dentária:

Foi avaliada a dentição de cada paciente incluído na amostra, segundo o código de ICDAS. No segundo código de ICDAS, que diz respeito à cárie dentária, fez-se uma associação, onde se agrupou do código 0-3 e do 4-6, representando ausência de degradação ou degradação óbvia, respetivamente (International Caries Classification and Management System, 2020).

Apenas 5% da amostra revelou ter ausência total de cárie. Aproximadamente 20% dos dentes avaliados apresentavam óbvia degradação, 27.86% tinham sido extraídos por cárie e mais de metade não apresentava qualquer tipo de restauro ou selante (59,1%).(tabela 8, tabela 9 e tabela 10)

Saúde oral:

Hábitos de higiene oral

Uma percentagem elevada dos reclusos indicou possuir escova e pasta de dentes (95%) (tabela 11). E um pouco mais de metade da amostra (55%) afirmou trocar de escova cerca

de 4 vezes por ano (tabela 12). Sendo que a maioria dos reclusos escovava os dentes uma ou duas vezes por dia (21.7% cada) (tabela 13).

Hábito de frequentar o Médico Dentista

Antes de entrar em reclusão:

Um pouco mais de metade dos reclusos indicou que tinha por hábito consultar o MD fora do EP (53,3%), e aproximadamente 46,9% destes indivíduos deslocava-se ao MD em caso de dor, 37,5% fazia-o de forma regular e os restantes relatam que tinham o hábito de ir apenas 1 vez por ano. Já os que não frequentavam o MD antes do EP (46,7%), não o faziam essencialmente por não considerar necessário (32,1%) ou então devido ao custo das consultas (21,4%) ou medo (17,9%). (tabela 14)

Depois de entrar em reclusão:

Três quartos dos reclusos consultaram o MD no EP (75%). Sendo que destes 73,4% só recorriam ao MD em caso de dor. Os indivíduos que não frequentavam o MD do EP, era devido a medo e à não confiança nos serviços clínicos do EP (33,4% e 20,0% respectivamente).(tabela 15)

Importância que o recluso dá à Medicina Dentária

Os motivos indicados pelos reclusos para a sua preocupação com a SO, numa perspectiva de reinserção social, têm a ver com a autoestima (91.7%) ou confiança na sua imagem (75%). Podendo optar por uma ou mais respostas nesta questão..(tabela 16)

Serviços Clínicos do Estabelecimento Prisional

Através do questionário efetuado ao MD dos serviços clínicos do EP, aferiu-se que não era realizada uma consulta de triagem no momento de entrada do recluso. O tempo de espera para uma consulta de Medicina Dentária era cerca de um mês e, após o primeiro atendimento, os reclusos tinham um acompanhamento periódico a cada 3 meses. Referiu ainda que têm meios suficientes para realizar os tratamentos mais adequados.

Relativamente à preocupação com a SO, relataram que são feitas ações de formação e que estabelecem motivação ao recluso durante a consulta. No entanto, à pergunta “Consideram que toda a comunidade prisional (corpo clínico, guardas prisionais, direção) vê na Medicina Dentária uma prioridade durante o período de reclusão?” respondeu que

não. Mencionou ainda que os reclusos não vêem na SO uma ferramenta chave para sua reinserção na comunidade.

Comparação por idade

Quando comparado o número de dentes restaurados, cariados, ausentes e são em função da idade encontramos as seguintes diferenças significativas: (tabela 17 e gráfico 1)

- Dentes cariados, a média de dentes cariados é significativamente mais elevada nos sujeitos com idade até 30 anos e nos de 31-35 anos, quando comparados com os com idade superior a 35 anos.
- Dentes ausentes, a média de dentes ausentes é significativamente mais elevada nos sujeitos com mais de 35 anos quando comparados com os com idade até 30 anos.
- Dentes são, a média de dentes são é significativamente mais elevada nos sujeitos com idade até 30 anos quando comparados com os com idade superior a 35 anos.

Comparação por tempo de reclusão, número de cigarros e substâncias ilícitas

O número de dentes restaurados, cariados, ausentes e são não varia significativamente em função do tempo de reclusão, número de cigarros ou consumo de SI ($p > .05$). (tabela 18 e gráfico 2; tabela 19 e gráfico 3; tabela 20 e gráfico 4)

Comparação por número de escovagens por dia

Quando comparamos o número de dentes restaurados, cariados, ausentes e são em função do número de escovagens por dia encontramos as seguintes diferenças significativas (tabela 21 e gráfico 5):

- Dentes ausentes - a média de dentes ausentes é significativamente mais baixa nos sujeitos que escovam os dentes 3 ou mais vezes por dia quando comparados com os que só escovam 1 vez ou menos por dia ou escovam 2 vezes por dia.
- Dentes são - a média de dentes são é significativamente mais elevada nos sujeitos que escovam os dentes 3 ou mais vezes por dia quando comparados com os que só escovam 1 vez ou menos por dia.

Comparação por frequentar o Médico Dentista no EP ou antes da reclusão

O número de dentes restaurados, cariados, ausentes e são não varia significativamente em função de os reclusos recorrerem ao MD no EP, tal como em função da visita ao MD pré-reclusão ($p > .05$). (tabela 22 e gráfico 6; tabela 23 e gráfico 7)

III. DISCUSSÃO

Avaliando a condição oral dos reclusos, procedeu-se à avaliação dentária, onde se encontrou uma percentagem de 27,86% de dentes perdidos e 19,37% com cárie entre 4-6 segundo o ICDAS. Segundo Freeman (2019), os reclusos que não tinham acesso ao serviço de Medicina Dentária apresentavam maior taxa de cárie. Tal como neste estudo, dado que a média de dentes cariados daqueles que não frequentam o MD no EP é de 7,53 e os que frequentam apresentam uma média de 5,84, apesar da não significância estatística. Os principais fatores relatados para não frequentar MD no EP foram medo (8,3%), facto de não considerarem necessário (5%) e não confiança nos serviços clínicos (5%), sendo estes os fatores que também outros autores encontraram. E o fator que traz mais indivíduos a consulta de Medicina Dentária continua a ser a odontalgia (55%) assim como a literatura semelhante nos sugere (Cohen, 1987; Enggist, 2014; Freeman, 2019; Marshman, 2014). Esta população foi caracterizada segundo os seus hábitos tabágicos e de consumo de SI, dado que é sabido que a utilização destas substâncias aditivas é uma prática comum em indivíduos em reclusão (SICAD, 2021). Assim, verificou-se que 88,3% dos reclusos inquiridos fuma e 75% é consumidor de SI, sendo a maioria da amostra, tal como referido por Lázaro (2012). Constatou-se ainda que a substância mais consumida era haxixe (60%), o mesmo não se reflete no estudo de Lázaro (2012) que refere como mais prevalentes a cocaína, heroína e cannabis. Segundo Heidari (2007) cerca de 70% dos indivíduos tinham o hábito de escovagem superior a uma vez por dia, o que se assemelha a este estudo onde se verificou que 63,5% escovava os dentes pelo menos uma vez por dia. Vários autores como Enggist (2014), Freeman (2019), Walsh (2008), referem que é necessária uma interação com os restantes campos de ação dentro do EP e que isso frequentemente não acontece, o mesmo se verifica no presente estudo, através do questionário efetuado aos serviços clínicos do EPP onde afirmaram que a restante comunidade não vê na Medicina Dentária uma prioridade e uma consulta de triagem oral não está incluída aquando entrada no EP. Contrariamente ao que a restante literatura nos sugere, no EPP, segundo o questionário aplicado aos serviços clínicos, a lista de espera é relativamente curta (cerca de 1 mês) e consideram ter todo o material à disposição para realizar os mais variados tratamentos. A SO parece ser um fator determinante para a comunidade reclusa, nomeadamente para a valorização da sua autoestima (91,7%) assim como relatado por Enggist (2014), no entanto, segundo o questionário aplicado aos serviços clínicos, estes consideram é que os reclusos não valorizam a Medicina Dentária.

IV. CONCLUSÃO

Quanto ao estado geral de saúde oral dos reclusos:

- Os reclusos com idade entre 20 e 34 anos apresentam mais dentes cariados e os com idade superior ou igual a 35 anos apresentam mais dentes perdidos;
- Alta percentagem de consumo de tabaco e substâncias ilícitas
- Há um bom nível de higiene oral, relacionado ao número de escovagens diárias e quantidade de substituições da escova dentária
- Os reclusos revelam considerar a saúde oral de elevada importância devido à autoestima, confiança e empregabilidade, sendo que o Médico Dentista depreende que os reclusos não valorizam a sua área médica

Quanto às relações estabelecidas:

- O tempo de reclusão não afeta o estado de saúde oral;
- O consumo de substâncias ilícitas e tabaco não se relacionou com o grau de saúde oral
- A higiene oral tem elevada influência no número de dentes ausentes e sãos, refletindo-se na saúde oral do recluso
- A ida ao Médico Dentista na instituição prisional não revelou ligação com a saúde oral

Conclusões finais:

- É necessário mudar o paradigma da saúde e educação oral nas instituições prisionais, visto as mesmas serem acomodativamente locais de reinserção social e onde o acesso à informação e instruções de saúde deveria ser obrigatório e multidisciplinar.
- Os estabelecimentos prisionais são o local ideal para interceptar uma parcela da sociedade que é, normalmente, marginalizada quanto à saúde oral
- A falta de associação detetada entre substância ilícitas e saúde oral poderá dever-se ao facto das agressões por parte destas substâncias serem colmatadas pela higiene oral
- A falta de associação entre ida ao Médico Dentista e saúde oral prende-se com as idas relatadas estarem maioritariamente associadas a episódios de dor, o que levaria a tratamentos extremos e não de manutenção de saúde oral
- São necessários mais estudos, com padrões e limites bem definidos e com *follow-ups* para possíveis comparações a longo prazo.
- Elevada importância de estudos de comparação entre estabelecimentos prisionais com protocolos de Medicina Dentária externos e os com um único Médico Dentista, procurando avaliar a agilização de consultas face ao número de horas e locais de atendimento.
- Não é feita uma gestão da saúde oral como ferramenta para a futura reinserção social.

V. BIBLIOGRAFIA

American Cancer Society. (Abril de 2020). AMERICAN CANCER SOCIETY. How much does it cost you? [Em linha]. Disponível em <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/cancer-control/pt/booklets>> [Consultado em 17/10/22].

Bonner, B.C., Bourgeois, D., Douglas, G.V., Chan, K., & Pitts, N.B. (2011). The Feasibility of Data Collection in Dental Practices, Using Codes for the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS), to Allow European General Dental Practitioners to Monitor Dental Caries at Local, National, and International Levels. *Primary Dental Journal*, os18, 83 - 90.

Campbell, T., & Kleinig, J. (2017). 45/111. Basic Principles for the Treatment of Prisoners. In *Prisoners' Rights* (pp. 431-433). Routledge.

Cohen L. K. (1987). Converting unmet need for care to effective demand. *International dental journal*, 37(2), 114–116.

Comissão de coordenação do Álcool e outras Drogas (2017). Substâncias psicoativas.

Cunningham, M. A., Glenn, R. E., Field DOS, MPH, H. M., & Jakobsen, J. R. (1985). Dental disease prevalence in a prison population. *Journal of Public Health Dentistry*, 45(1), March-52.

DGRSP (2016) Lotação e reclusos existentes em 31 de dezembro. [Em linha]. Disponível em <<https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Estatisticas/%C3%81rea%20Prisional/Anuais/2016/20170331120320Q03.pdf?ver=2018-12-13-150213-360>> [Consultado em 17/10/22].

DGRSP (2017) Prevenção e tratamento de doenças infecciosas nas prisões. [Em linha]. Disponível em <https://justica.gov.pt/Noticias/prevencao-e-tratamento-de-doencas-infeciosas-nas-prisoas?pk_vid=0b106fd904bfd500166645136519d3e5> [Consultado em 17/10/22].

DGRSP (2020) Regras Penitenciárias. *Conselho da Europa*. Lisboa

DGRSP (2021) Lotação e reclusos existentes em 31 de dezembro. [Em linha]. Disponível em

<https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Estatisticas/%C3%81rea%20Prisional/Anuais/2021/Q03.pdf?ver=5q7IIYPFHE54h_Dxhu68Pg%3d%3d> [Consultado em 17/10/22].

DGRSP (2021) População Prisional, por tipo de estabelecimento, segundo a situação penal em 15 e 31 de dezembro de 2021. [Em linha]. Disponível em

<<https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Estatisticas/%C3%81rea%20Prisional/Quinzenais/2021/2q12-2021-sitpen.pdf?ver=1EwKfjU0biIKV978ygFIMQ%3d%3d>> [Consultado em 17/10/22].

DGRSP (2021) Reclusos existentes em 31 de dezembro, segundo a instrução, sexo e nacionalidade. [Em linha]. Disponível em

<<https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Estatisticas/%C3%81rea%20Prisional/Anuais/2021/Q04.pdf?ver=8dtEpzFiC7MxWC-E4dHXUw%3d%3d>> [Consultado em 17/10/22].

DGRSP (2021) Reclusos existentes em 31 de dezembro, segundo o escalão etário, sexo e nacionalidade. [Em linha]. Disponível em

<<https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Estatisticas/%C3%81rea%20Prisional/Anuais/2021/Q05.pdf?ver=LYvnriUrUgHlIR5Wn3Tupg%3d%3d>> [Consultado em 17/10/22].

Dores, A. P., Loureiro, R., & Pontes, N. (2013). Prison conditions in Portugal. Monografia. pp. 32

Douds, A., Ahlin, E., Kavanaugh, P. et al (2016). Decayed Prospects: A Qualitative Study of Prison Dental Care and its Impact on Former Prisoners. *Criminal Justice Review*. 41. 21-40. 10.1177/0734016815611727.

Enggist, S., Møller, L., Galea, G., & Udesen, C. (2014). *Prisons and health*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Evensen, K.B., Bull, V.H. and Ness, L. (2021), "A health promotion intervention to improve oral health of prisoners: results from a pilot study", *International Journal of Prisoner Health*, Vol. 17 No. 4, pp. 546-559. <https://doi.org/10.1108/IJPH-11-2020-0085>

Everington, T. (2013). Healthier People Safer Communities: Working together to improve outcomes for offenders.

Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet* (London, England), 377(9769), 956–965.

Freeman, R., & Richards, D. (2019). Factors Associated with Accessing Prison Dental Services in Scotland: A Cross-Sectional Study. *Dentistry journal*, 7(1), 12.

Gonçalves, N. S. (2014). Cuidar entre as grades: vivências dos enfermeiros. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Harvey, S. et al (2005). Reforming prison dental services in England - A guide to good practice. 64.

Heidari, E., Dickinson, C. & Newton, T. (2014) Oral health of adult prisoners and factors that impact on oral health. *Br Dent J* 217, 69–71 <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2014.594>

Heidari, E., Dickinson, C., Wilson, R. et al. (2007) Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *Br Dent J* 202, E5.

International Caries Classification and Management System . (2020). ICCMS Caries Management. ICDAS [Em linha]. Disponível em: <<https://www.iccms-web.com/content/icdas>>

Jones, C. M., Woods, K., Neville, J., & Whittle, J. G. (2005). Dental health of prisoners in the northwest of England in 2000: literature review and dental health survey results. *Community dental health*, 22(2), 113–117.

Lázaro, AMP (2012) Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão. Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português. Dissertação de mestrado não publicada, Porto, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina Dentária.

Lee, H. H., Sudhakara, P., Desai, S., Miranda, K., & Martinez, L. R. (2021). Understanding the Basis of METH Mouth Using a Rodent Model of Methamphetamine Injection, Sugar Consumption, and Streptococcus mutans Infection. *mBio*, 12(2), e03534-20. <https://doi.org/10.1128/mBio.03534-20>

Marshman, Z., Baker, S. R., & Robinson, P. G. (2014). Does dental indifference influence the oral health-related quality of life of prisoners?. *Community dentistry and oral epidemiology*, 42(5), 470–480.

Ministério da Justiça (2012). Diário da República n.º 189/2012, Série I de 2012-09-28 [Em linha]. Disponível em < <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/215-2012-175545>> [Consultado em 17/10/22]. pp. 5470-5480

Ministério da Justiça (2012). Manual de procedimentos para prestação de cuidados de saúde em meio prisional. Lisboa

Ministério da Justiça (2019) Carta de Missão. [Em linha]. Disponível em <<https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Instrumentos%20de%20Planeamento%20e%20Gest%C3%A3o/Carta%20de%20Miss%C3%A3o/crt-missao-DGRSP.pdf?ver=2019-12-19-171022-493>> [Consultado em 17/10/22].

Nobile, C. G., Fortunato, L., Pavia, M., & Angelillo, I. F. (2007). Oral health status of male prisoners in Italy. *International dental journal*, 57(1), 27-35.

Ormond, C., Douglas, G., & Pitts, N. (2010). The use of the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) in a National Health Service general dental practice as part of an oral health assessment. *Primary dental care : journal of the Faculty of General Dental Practitioners (UK)*, 17(4), 153–159.

Qudeimat, M.A., Altarakemah, Y., Alomari, Q. et al. (2019) The impact of ICDAS on occlusal caries treatment recommendations for high caries risk patients: an in vitro study. *BMC Oral Health* 19, 41

Reis, A et al (2015) O significado da saúde oral para a população reclusa, *Saúde: do desafio ao compromisso*, pp. 122-131 ;

Shekarchizadeh, H., Khami, M. R., Mohebbi, S. Z., Ekhtiari, H., & Virtanen, J. I. (2013). Oral Health of Drug Abusers: A Review of Health Effects and Care. *Iranian journal of public health*, 42(9), 929–940.

SICAD. (2021). *Comportamentos Aditivos. Perspetivas e Desafios*. Lisboa: SICAD.

Vainionpää, R., Peltokangas, A., Leinonen, J. et al. (2017). Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners. *BDJ Open* 3, 17006

Walsh, T., Tickle, M., Milsom, K., Buchanan, K., & Zoitopoulos, L. (2008). An investigation of the nature of research into dental health in prisons: a systematic review. *British dental journal*, 204(12), 683–667.

ANEXOS

ANEXO 1

Autorização para o estudo por parte da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais



REPÚBLICA
PORTUGUESA

JUSTIÇA

Exmo(a) Senhor(a)

Dr. Anselmo Filipe Pereira Nunes

anselmofpnunes@gmail.com

V/ referência	N/ referência	Ofício N.º	Data
		37/CCCRE	04.02.2022

Assunto: Investigação académica para Mestrado em Medicina Dentária na Universidade Fernando Pessoa

Tenho a honra de informar V. Exa que, por despacho do Sr. Diretor-Geral, Dr. Rómulo Mateus, datado de 3/02/2022, está autorizado, no âmbito do Mestrado em Medicina Dentária pela Universidade Fernando Pessoa, a realizar um estudo nos Estabelecimentos Prisionais do Porto, Santa Cruz do Bispo masculino e feminino, de Paços de Ferreira e de Vale do Sousa.

Considerando o interesse do projeto, este estudo, foi autorizado, mediante as seguintes condições:

- a calendarização e modo de organização da pesquisa seja acordada com a Direção do Estabelecimento Prisional, por forma a que se conciliem os objetivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação do quotidiano;
- o desenvolvimento do estudo esteja sempre dependente da disponibilidade dos reclusos e dos trabalhadores para colaborarem, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação;
- estejam reunidas as condições sanitárias e que esteja acompanhado, durante a observação, pelo estomatologista ou dentista do EP;
- o investigador fique obrigado a preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar;
- do resultado final do trabalho, deve ser remetida cópia ao Centro de Competências de Comunicação e Relações Externas.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

JUSTIÇA

A calendarização do início do estudo e a sua realização estarão sempre condicionados pelo evoluir da situação de saúde pública decorrente da Covid 19. Fica obrigado ao cumprimento das regras sanitárias em vigor no EP e qualquer agravamento da situação de saúde pública poderá, inclusivamente, obrigar à necessidade de interromper o estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe de Equipa

JJ Semedo Moreira

ML/2022

ANEXO 2

Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Diretora da FCS

Nº	Data
FCS/MED – 241/21-2	22 de Fevereiro de 2022

Exma. Senhora Professor Doutora,

A Comissão de Ética, analisou a resubmissão do projeto de investigação apresentado por Anselmo Filipe Pereira Nunes, intitulado "Medicina Dentária em Contexto de Reclusão – Impacto do Ambiente Prisional na Saúde Oral" a realizar no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

O Investigador corrigiu a grande parte as lacunas na informação enviada à CE e realizou as alterações solicitadas.

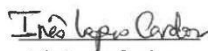
Os consentimentos informados passaram a ter espaço para efeitos de identificação com código; foi anexada a folha de registo do exame clínico; foi dada a informação de que os questionários são de autoria do próprio investigador; a inclusão do ponto 2 do questionário a ser preenchido pelos reclusos foi justificada pelo facto das doenças em questão poderem alterar a saúde dentária (embora não esteja esse facto inequívoco para todas as doenças questionadas); no ponto 3 do questionário a ser preenchido pelos reclusos foi incluída a opção "Prefiro não responder"; no questionário a aplicar ao responsável clínico, o ponto 2 foi reformulado; foi enviada a autorização do Diretor Geral de Reinserção e Serviços Prisionais para a realização do estudo.

O investigador deve corrigir o formulário enviado à Comissão de Ética: os dados não serão recolhidos por meio de Testes, mas sim de Questionários. Continua a não estar devidamente esclarecido se os questionários dirigidos aos reclusos são de auto-preenchimento ou preenchidos pelo investigador.

Uma vez que as alterações que faltam efetuar não trazem consequências para a prossecução do estudo, a Comissão de Ética considera nada haver a opor quanto à sua realização, embora o investigador se deva comprometer em efetuar todas as alterações solicitadas.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Inês Lopes Cardoso



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC. 502 057 602 • Reg. Comercial nº.26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA [REITORIA] - [FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA] - [FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS]

Praça 9 de Abril, 343 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 507 1300 - www.ufp.pt - geral@fundacaofernandopessoa.pt

[FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE] Rua Carlos da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA

Rua Delfim Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal

T. +351 22 509 6371 - geral@ess.fernandopessoa.pt

ANEXO 3

Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo:

Este estudo terá como objetivo aferir dentro do seio dos estabelecimentos prisionais (EP's) a importância que esta comunidade (na dualidade reclusos e não reclusos), dá à medicina dentária. Desta maneira, pretendemos perceber o estado de saúde dos reclusos, deixar uma proposta de tratamento e sensibilizar para uma maior educação e preocupação com a saúde oral.

Eu, abaixo-assinado, _____

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/_____/202__

Assinatura do voluntário: _____

Código atribuído: _____

O Investigador responsável: Anselmo Filipe Pereira Nunes

Assinatura: _____

ANEXO 4

Questionário aplicado ao voluntário

MEDICINA DENTÁRIA EM CONTEXTO DE RECLUSÃO
Impacto do ambiente prisional na saúde oral

QUESTIONÁRIO PACIENTE _____

1. DADOS PESSOAIS

Género: M F Idade: _____

Quando cumpriu pena pela primeira vez (ano): _____

Já cumpriu pena mais do que uma vez?
 Não Sim, quantas? _____

2. HISTÓRIA CLÍNICA

Sofre de alguma destas patologias:

Esquizofrenia HIV/SIDA
 Depressão Hepatite
 Epilepsia Doenças Cardíacas
 Diabetes Outra, qual? _____

Que medicação faz regularmente?

Antidepressivos Antiepiléticos
 Ansiolíticos Antiparkinsonianos
 Antipsicóticos Contraceptivo Oral
 Outro, qual? _____
 Não toma nenhuma medicação

3. HÁBITOS E VÍCIOS

Fuma?
 Não Ex-Fumador Fumador
 Prefiro não responder

Se fuma, quantos cigarros fuma por dia?

Já consumiu substâncias ilícitas?
 Não Sim Prefiro não responder

Se sim, durante quanto tempo (anos): _____

Que tipo de substâncias habitualmente consumia?
(Pode selecionar várias opções)

Cannabis Haxixe
 Heroína Anfetaminas
 Cocaína Ecstasy
 Outra, qual? Prefiro não responder

Está a atravessar algum plano de reabilitação?
 Não Sim Prefiro não responder

Se sim, qual?
 Metadona Buprenorfina
 Naltrexona Não sabe qual.

4. SAÚDE ORAL

Tem escova de dentes e pasta?
 Não Sim

Se sim, costuma trocar de escova?
 Não Sim, 1 vez/ano
 Sim, 2 vezes/ano Sim, 4 vezes/ano

Tem o hábito de escovar os dentes?
 Não Sim, por vezes
 Sim, todos os dias. Quantas vezes? _____

Antes de ser preso, tinha o hábito de ir ao Médico Dentista?
 Sim Não

Se sim, consultava o Médico Dentista em que contexto?
 Regularmente 1 vez/ano
 Apenas em caso de dor

Se não, ou apenas em caso de dor, foi por?
 Medo/Receio Não considerar necessário
 Não ter tempo As consultas serem muito caras
 Outro motivo, qual? _____

Desde que foi preso, já foi a uma consulta de Medicina Dentária no Estabelecimento Prisional?
 Sim Não

Se sim, motivo:
 Sentia dor O chamaram
 Queria saber se estava tudo bem com a sua saúde oral

Se não, motivo:
 Medo/Receio
 Não considerar necessário
 Ainda não ter tido oportunidade
 Não confiar nos serviços clínicos do EP
 Outro motivo, qual? _____

Considera que o facto de uma melhoria na sua saúde oral e estética de sorriso poderiam melhorar em algum destes fatores?
(Pode selecionar várias opções)

Auto-estima Confiança na sua imagem
 Empregabilidade À vontade com o outro (diálogo)
 Nenhum

ANEXO 5

Quadro de registo do Sistema Internacional para a Detecção e Avaliação de Cárie



ICDAS DO PACIENTE _____

	1º Quadrante							2º Quadrante								
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
M																
O																
D																
V																
P																

	4º Quadrante							3º Quadrante								
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
M																
O																
D																
V																
L																



ANEXO 6

Concordância inter-observador.

Código de Restauração (1º)	Kappa de Cohen	p
0	1,000	<0,001
1	0,895	<0,001
2	0,937	<0,001
3	1,000	<0,001
4	1,000	<0,001
5	1,000	<0,001
6	1,000	<0,001
7	0,981	<0,001
8	1,000	<0,001
Código de Cárie (2º)	Kappa de Cohen	p
0	0,944	<0,001
1	0,655	<0,001
2	0,734	<0,001
3	0,905	<0,001
4	0,798	<0,001
5	0,963	<0,001
6	0,948	<0,001
Código de Dentes Ausentes	Kappa de Cohen	p
97	1,000	<0,001
98	1,000	<0,001
99	1,000	<0,001
P	1,000	<0,001

ANEXO 7

Questionário aplicado ao responsável clínico

MEDICINA DENTÁRIA EM CONTEXTO DE RECLUSÃO

Impacto do ambiente prisional na saúde oral

QUESTIONÁRIO ESTABELECIMENTO PRISIONAL _____

1. CONSULTAS

Na altura da entrada do recluso no estabelecimento prisional é agendada uma consulta de rastreio?

Sim Não

No caso de existência ou não desta primeira consulta, existe controlo periódico da saúde oral do recluso?

Sim de 0 a 3 meses Sim de 3 a 6 meses Sim de 6 a 12 meses Não

Qual é a dimensão da lista de espera para uma consulta de Medicina Dentária?

15 dias 1 mês 3 meses mais de 3 meses

Consideram ter as ferramentas e tempo suficiente para fazer os tratamentos mais adequados?

Sim Não

2. SAÚDE ORAL

Fazem sensibilização para a saúde/higiene oral junto dos reclusos?

Sim Não

Se sim, com que frequência? _____

Quais as estratégias utilizadas? _____

Consideram que toda a comunidade prisional (corpo clínico, guardas prisionais, direção) vê na Medicina Dentária uma prioridade durante o período de reclusão?

Sim Não

Verificam que os reclusos consideram que uma boa saúde oral é uma ferramenta essencial para a sua inserção na comunidade em liberdade?

Sim Não

ANEXO 8

FIGURAS

1º Código do ICDAS – Restauração	2º Código do ICDAS – Cáries
Cod0 = Sem restauração	Cod0 = Dente são
Cod1 = Com selante parcial	Cod1 = Alteração primária de esmalte
Cod2 = Com selante total	Cod2 = Alteração secundária de esmalte
Cod3 = Restauração à cor do dente	Cod3 = Fratura de esmalte
Cod4 = Restauração a amálgama	Cod4 = Alteração de sombra em dentina
Cod5 = Coroa em aço inox	Cod5 = Cavidade com dentina visível
Cod6 = Coroa/faceta em cerâmica	Cod6 = Cavidade extensa com dentina visível
Cod7 = Perda ou fratura de restauração	
Cod8 = Provisório	
	Dentes Perdidos
	Cod97 = Dente perdido por cárie
	Cod98 = Ausente por outro motivo
	Cod99 = Dente não erupcionado
	P = Implante

Figura 1: Chave do Sistema Internacional para a Detecção e Avaliação de Cáries. Adaptado de Bonner, 2011

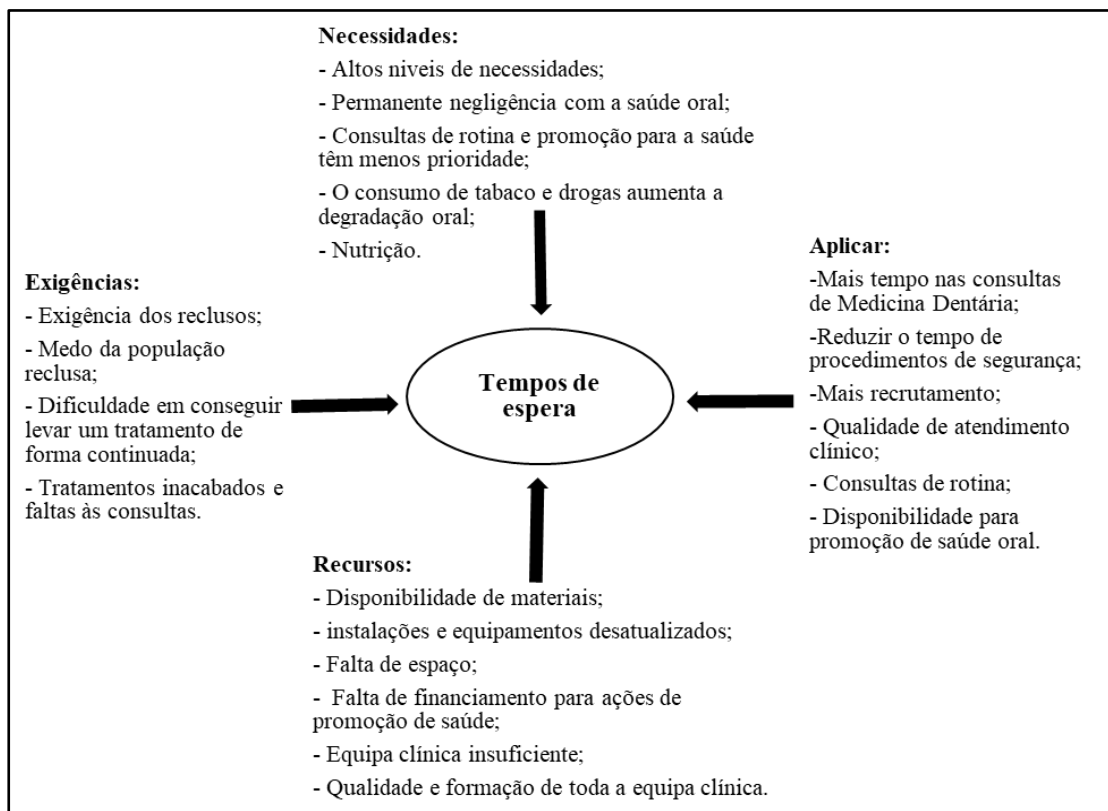


Figura 2: Desafios presentes ao providenciar um acompanhamento dentário efetivo à comunidade reclusa. Adaptado de Harvey, 2013

ANEXO 9

TABELAS e GRÁFICOS

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica (N = 60)

	N	%
Idade (M;DP)	33.1	4.5
Até 30 anos	18	30,0
31-35 anos	24	40,0
> 35 anos	18	30,0
Tempo de reclusão (M;DP)	7.3	4.8
Até 5 anos	30	50,0
6-10 anos	14	23,3
> 10 anos	16	26,7

Tabela 4 – Hábitos tabágicos

	N	%
Ex-Fumador	2	3,3
Não	5	8,3
Sim	53	88,3
Total	60	100,0

Tabela 5 – Número de cigarros

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Número de cigarros	4	34	15,7	6,2

Tabela 6 – Substâncias ilícitas

	N	%
Sim	45	75,0
Não	11	18,3
PNR	3	5,0
NE	1	1,7
Total	60	100,0

Tabela 7 – Tipo de substâncias

	N	%
Haxixe	36	60,0
Cannabis	20	33,3
Cocaína	17	28,3
Heroína	10	16,7
Ecstasy	8	13,3
Anfetaminas	3	5,0

Tabela 8 – Dentes Ausentes

	N	%
Extraídos por cárie (Cod97)	535	27,86
Ausente por outro motivo (Cod98)	5	0,26
Não erupcionado (Cod99)	4	0,21
Implante (Cod P)	6	0,31

Tabela 9 – Avaliação de restaurações e selantes (1º código do ICDAS)

	N	%
Sem restauração (Cod0)	1135	59,1
Com selante parcial (Cod1)	1	0,1
Com selante total (Cod2)	1	0,1
Restauração à cor do dente (Cod3)	156	8,1
Restauração a amálgama (Cod4)	17	0,9
Coroa em aço inox (Cod5)	4	0,2
Coroa/faceta em cerâmica (Cod6)	3	0,2
Perda ou fratura de restauração (Cod7)	9	0,5
Provisório (Cod8)	9	0,5

Tabela 10 – Avaliação de cáries (2º código do ICDAS)

	N	%	%	
Dente são (Cod0)	744	38,75	50,98	“No obvious decay”
Alteração primária de esmalte (Cod1)	26	1,35		
Alteração secundária de esmalte (Cod2)	131	6,82		
Fratura de esmalte (Cod3)	78	4,06		
Alteração de sombra em dentina (Cod4)	67	3,49	19,37	“Obvious decay”
Cavidade com dentina visível (Cod5)	131	6,82		
Cavidade extensa com dentina visível (Cod6)	174	9,06		

Tabela 11 – Escova e pasta

	N	%
Não	3	5,0
Sim	57	95,0
Total	60	100,0

Tabela 12 – Troca de escova

	N	%
1 vez por ano	7	11,7
2 vezes por ano	14	23,3
4 vezes por ano	33	55,0
Nenhuma vez por ano	1	1,7
NA	2	3,3
NE	3	5,0
Total	60	100,0

Tabela 13 – Número de escovagens

	N	%
1 vez por dia	13	21,7
2 vezes por dia	13	21,7
3 vezes por dia	10	16,7
4 vezes por dia	1	1,7
5 vezes por dia	1	1,7
2 vezes por semana	1	1,7
Por vezes	14	23,3
Não escovavam os dentes	3	5,0
NA	2	3,3
NE	2	3,3
Total	60	100,0

Tabela 14 – Motivo de frequentar ou não o Médico Dentista antes de ser preso

	N	%	N	%
Se sim,	32	53,3		
Apenas em caso de dor			15	46,9
Regularmente			12	37,5
Uma vez por ano			5	15,6
			32	100,0
Se não,	28	46,7		
Não considerar necessário			9	32,1
As consultas serem muitas caras			6	21,4
Medo/Receio			5	17,9
Não ter tempo			1	3,6
Outro motivo			3	10,7
NE			4	14,3
Total	60	100,0	28	100,0

Tabela 15 - Motivo de frequentar ou não o Médico Dentista no Estabelecimento Prisional

	N	%	N	%
Se sim,	45	75		
Sentia dor			33	73,4
Queria saber se estava tudo bem com a sua saúde oral			6	13,4
O chamaram			4	8,8
Outro			1	2,2
NE			1	2,2
			45	100,0
Se não,	15	25		
Medo/Receio			5	33,4
Não considerar necessário			3	20,0
Ainda não ter tido oportunidade			2	13,3
Não confiar nos serviços clínicos do EP			3	20,0
NE			2	13,3
Total	60	100,0	15	100,0

Tabela 16 – Importância que a saúde oral tem para o recluso

	N	%
Autoestima	55,0	91,7
Confiança na sua imagem	45,0	75,0
Empregabilidade	27,0	45,0
À vontade com o outro (diálogo)	31,0	51,7
Nenhum	2	3,3
NE	2	3,3

Tabela 17 – Comparação por idade

	Até 30 anos		31 – 35 anos		> 35 anos		Sig
	M	DP	M	DP	M	DP	
Restaurados	3,72	2,67	2,29	2,74	4,33	4,55	.146
Cariados	6,39	4,54	8,13	5,46	3,44	3,84	.010*
Ausentes	4,11	3,38	6,54	5,00	10,28	7,66	.006**
Dentes sãos	12,72	5,06	10,04	5,36	8,17	4,66	.043*

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

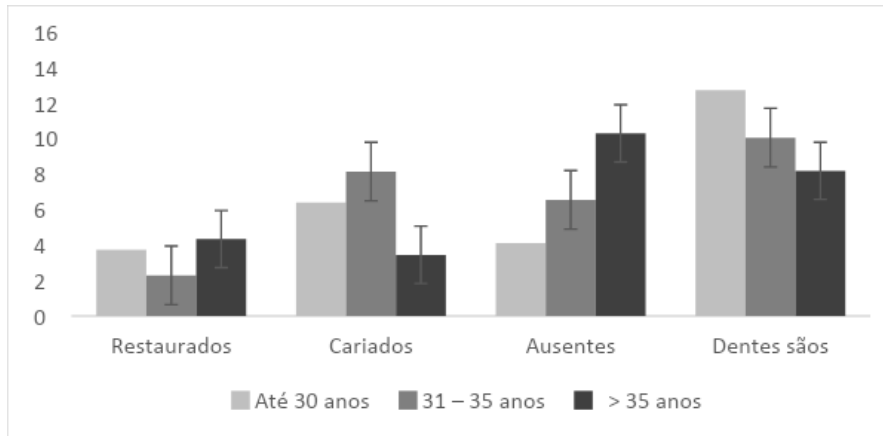


Gráfico 1: Relação do estado dos dentes com a variável idade

Tabela 18 – Comparação por tempo de reclusão

	Até 5 anos		6 - 10 anos		> 10 anos		Sig
	M	DP	M	DP	M	DP	
Restaurados	3,67	3,74	2,71	2,89	3,25	3,38	,738
Cariados	6,53	6,04	5,79	3,96	5,94	4,02	,995
Ausentes	7,53	6,60	5,57	4,94	7,00	5,77	,702
Dentes sãos	9,37	4,94	12,36	5,34	10,19	5,71	,234

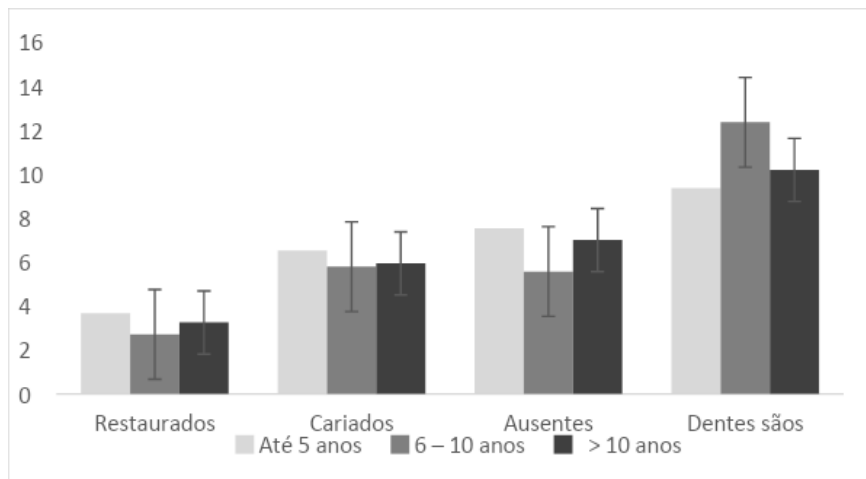


Gráfico 2: Relação do estado dos dentes com a variável tempo de reclusão

Tabela 19 – Comparação por número de cigarros fumados

	Até 10		11 -19		≥ 20		Sig
	M	DP	M	DP	M	DP	
Restaurados	2,69	2,47	1,30	1,83	3,77	3,60	.196
Cariados	6,94	5,43	7,50	5,13	5,95	5,58	.614
Ausentes	5,06	5,17	7,50	6,20	8,32	5,52	.121
Dentes são	12,00	5,97	9,80	4,96	8,91	4,42	.321

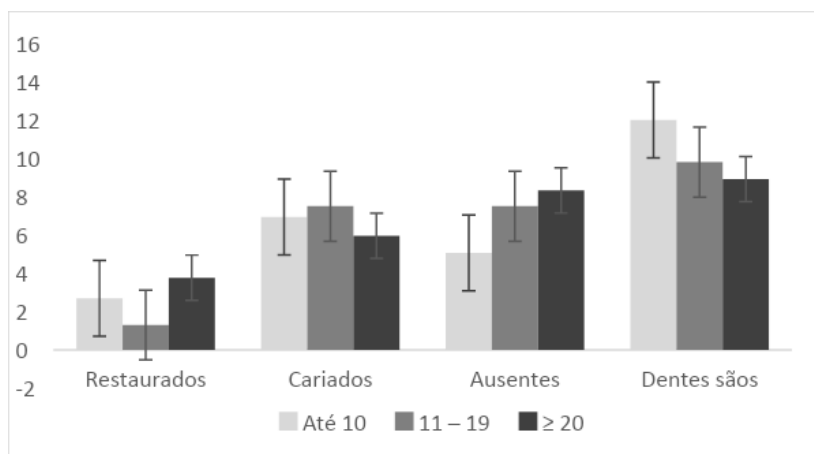


Gráfico 3: Relação do estado dos dentes com a variável número de cigarros fumados por

Tabela 20 – Comparação por consumo de substâncias ilícitas

	Não		Sim		Sig
	M	DP	M	DP	
Restaurados	4,73	4,56	2,96	3,18	.216
Cariados	4,09	4,16	6,64	5,21	.136
Ausentes	6,45	4,48	6,96	6,40	.828
Dentes são	11,09	4,39	10,16	5,42	.426

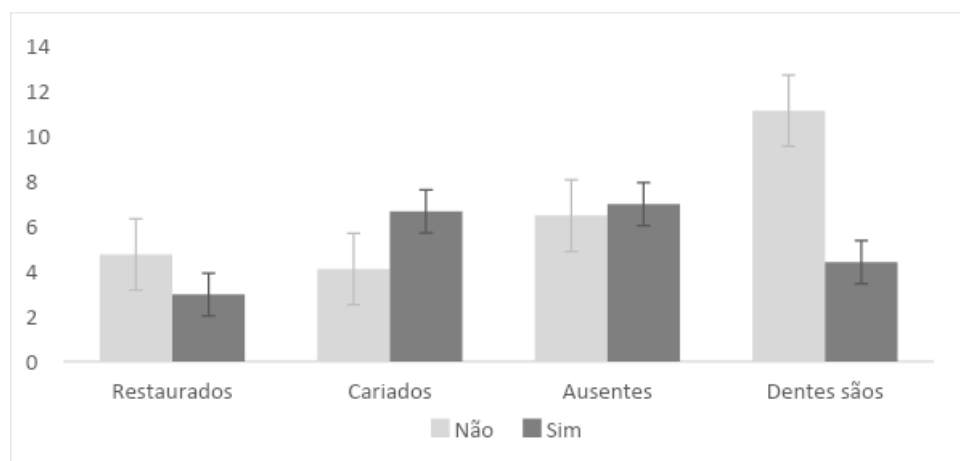


Gráfico 4: Relação do estado dos dentes com o consumo ou não de substâncias ilícitas

Tabela 21 – Comparação por número de escovagens por dia

	≤ 1 dia		2 por dia		≥ 3 por dia		Sig
	M	DP	M	DP	M	DP	
Restaurados	2,39	2,74	4,08	3,68	5,25	4,14	,076
Cariados	7,18	5,58	6,08	3,62	4,08	4,34	,178
Ausentes	8,25	5,54	6,31	5,15	2,83	3,24	,007**
Dentes são	8,68	4,12	11,00	6,08	14,50	4,40	,003**

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

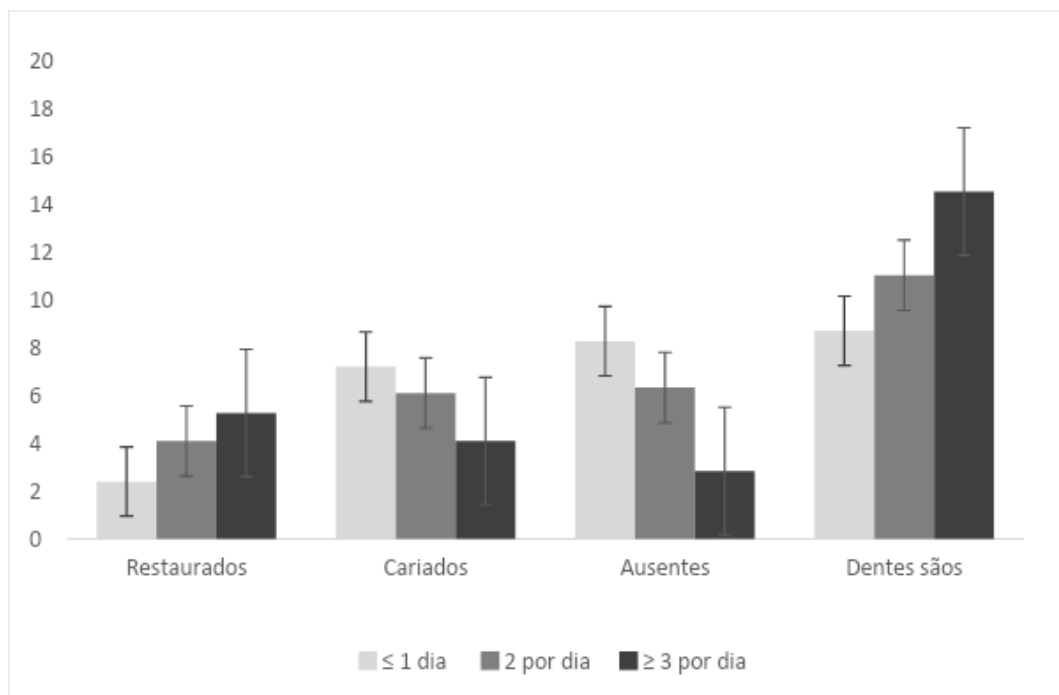


Gráfico 5: Relação do estado dos dentes com a variável número de escovagens num dia

Tabela 22 – Comparação com o hábito de frequentar o MD no EP

	Não		Sim		Sig
	M	DP	M	DP	
Restaurados	2,60	3,44	3,52	3,45	,247
Cariados	7,53	5,95	5,84	4,74	,354
Ausentes	8,20	8,08	6,64	5,14	,848
Dentes são	9,13	6,62	10,45	4,64	,242

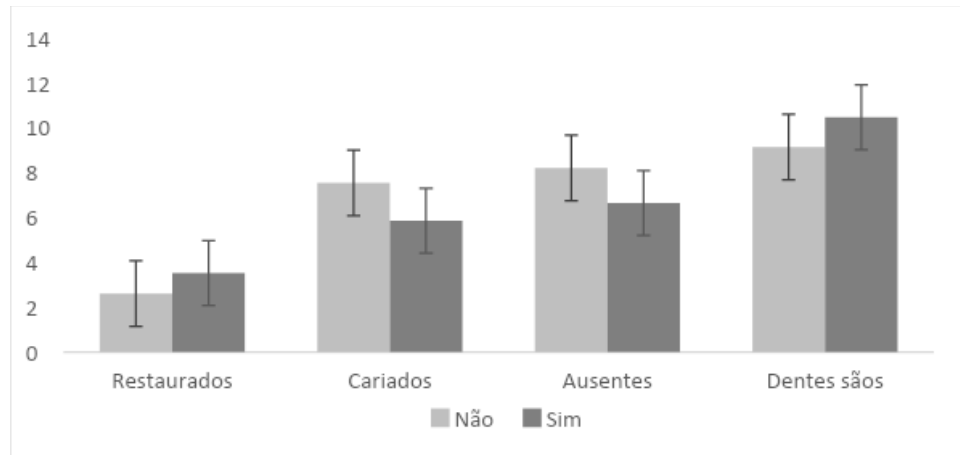


Gráfico 6: Relação do estado dos dentes com a variável hábito de frequentar o

Tabela 23 – Comparação por frequentar MD antes da reclusão

	Não		Sim		Sig
	M	DP	M	DP	
Restaurados	2,18	2,42	4,34	3,87	,037*
Cariados	7,89	5,51	4,72	4,18	,029*
Ausentes	6,29	4,95	7,50	6,80	,661
Dentes sãos	10,64	5,47	9,97	5,20	,766

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

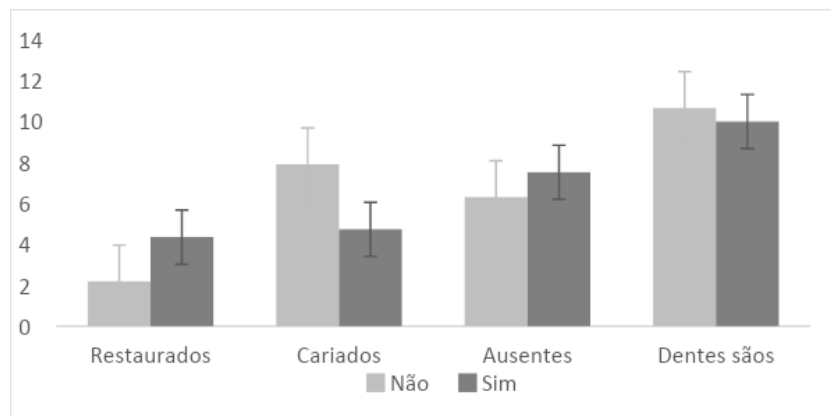


Gráfico 7: Relação do estado dos dentes com a variável frequentar MD antes da reclusão