



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



PEDRO HENRIQUE MOTA RODRIGUES

**Análise da evolução da assistência à saúde no sistema prisional
brasileiro entre 2014 e 2022**

**UBERLÂNDIA
2025**

PEDRO HENRIQUE MOTA RODRIGUES

**Análise da evolução da assistência à saúde no sistema prisional
brasileiro entre 2014 e 2022**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Odontologia da UFU, como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Álex Moreira Herval

UBERLÂNDIA
2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu orientador que me direcionou em todos os momentos para que essa tese fosse concluída. Quero agradecer também aos meus familiares pelo apoio que me deram por toda vida. Não poderia esquecer os meus amigos que me proporcionaram felicidade no meu dia a dia.

RESUMO

Introdução: O sistema prisional brasileiro abriga a terceira maior população carcerária do mundo. Na tentativa de organizar a atenção à saúde desta população, foi proposta a Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade. Contudo, diferentes publicações têm evidenciado a falta de acesso da população prisional ao cuidado em saúde bucal.

Objetivo: Analisar a evolução dos atendimentos odontológicos realizados no sistema prisional brasileiro entre os anos 2014 e 2022.

Metodologia: Estudo transversal com dados do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (tamanho da população prisional, à quantidade de cirurgiões-dentistas) e do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (procedimentos odontológicos primários realizados de 2014 a 2022). Foram aplicadas análises descritivas (medidas de tendência central) e os Testes de Wilcoxon e Spearman.

Resultados: O número de consultas odontológicas e a proporção de consultas por dentista apresentaram movimentos estatisticamente significativos apenas de 2018 a 2021. O indicador de tratamento mutilador apresentou correlação positiva com os indicadores de número de dentistas e de consultas, sendo observado apenas em 2020 e 2022.

Conclusão: O aumento da população prisional não tem sido acompanhado de um aumento de cirurgiões-dentistas. Ainda que o tratamento mutilador tenha apresentado movimentos de melhora nos primeiros anos da política, após a pandemia há uma piora considerável do indicador.

Palavras-chave: Sistema Prisional. Pessoas Privadas de Liberdade. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian prison system houses the third largest prison population in the world. To organize healthcare for this population, the National Policy for Comprehensive Care for Persons Deprived of Liberty was proposed. However, scientific literature has highlighted the lack of access to oral health care for the prison population. *Aim:* To analyze the evolution of dental care provided in the Brazilian prison system between the years 2014 and 2022. *Methodology:* Cross-sectional study with data from the National Penitentiary Department Information System (size of the prison population, number of dentists) and the Primary Health Care Information System (primary dental procedures performed from 2014 to 2022). Descriptive analyses (measures of central tendency) and Wilcoxon and Spearman tests were applied. *Results:* The number of dental consultations and the proportion of consultations per dentist showed statistically significant movements only from 2018 to 2021. The indicator of mutilating treatment showed a positive correlation with the indicators of the number of dentists and consultations, being observed only in 2020 and 2022. *Conclusion:* The increase in the prison population has not been accompanied by an increase in dental surgeons. Even though the mutilating treatment showed signs of improvement in the early years of the policy, there has been a considerable deterioration in the indicator after the pandemic.

Key-Words: Health Service for Prisoners. Prisoners. Oral Health.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	1
2- METODOLOGIA	3
2.1- Desenho de Estudo e Aspectos Éticos	3
2.2- Contexto de Estudo e Tamanho do Estudo	3
2.3- Acesso e Coleta dos Dados	3
2.4- Tratamento das Variáveis	4
2.5- Análise de Dados	4
3- RESULTADOS	5
4- DISCUSSÃO	9
5- CONCLUSÃO	11
REFERÊNCIAS	12

1- INTRODUÇÃO

A população prisional brasileira vem aumentando continuamente, atingindo uma taxa média de crescimento de 8% ao ano (Brasil, 2020; World Prison Brief, 2021), o que representa uma velocidade até dez vezes maior que o crescimento do total da população brasileira (BRASIL, 2014a). Considerando o período de 2007 a 2019, o número de pessoas privadas de liberdade custodiadas pelo sistema prisional brasileiro cresceu 293,8% (Nóvoa-Lôbo; Campos; Pires; 2023). Entretanto, esse aumento não está sendo acompanhado de políticas de expansão do sistema prisional, implicando em desarranjos estruturais e organizacionais multifatoriais (Conselho Nacional de Justiça, 2021).

A assistência à saúde é um dos fatores básicos e elementares à manutenção da vida (Veiga, 2017). Apesar da saúde ser um direito social universal no Brasil, é perceptível que a população carcerária tem maior dificuldade de acesso à serviços, vivenciando em um estado de inconstitucionalidade (Minayo, 2020; Oliveira; Bartole, 2019).

A primeira tentativa de organização de assistência à saúde no ambiente prisional brasileiro ocorreu em 2003, por meio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), configurando-se como política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Justiça (Veiga, 2017). Mais de uma década depois, em 2014, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), corrigindo algumas lacunas normativas, integrando as Unidades de Saúde Prisionais à rede de serviços de saúde e visando a expansão do número de equipes (Lôbo; Portela, 2022).

A PNAISP também apresentou diretrizes para o processo de trabalho dos profissionais de saúde, como a assistência fundamentada na intersetorialidade, regionalização, universalidade, equidade, integralidade, resolubilidade da assistência e respeito à cidadania (Barbosa, 2018). Nesse sentido, era esperado que a equipe de Atenção Prisional (eAP) desenvolvessem ações transversais, intersetoriais e universais, garantidoras do acesso e o acolhimento plural (Miranda, 2015). Em termos práticos, propôs-se que as equipes fossem incorporadas à rede de Atenção Primária à Saúde dos municípios, sendo a porta de entrada da pessoa privada de liberdade para os demais serviços de saúde fora da unidade prisional, caso seja necessário (Gomes; Ferreira; Rodrigues, 2020). A atenção à saúde bucal no ambiente prisional também foi inserida nessa política, por meio de ações de cuidado integral, incluindo a capacitação para o autocuidado, a prevenção e detecção precoce de doenças com manifestação bucal (Siqueira et al., 2019).

Apesar da publicação dessas diretrizes, o que se observa é que o número de equipes de saúde cadastradas no sistema prisional brasileiro não atingiu a cobertura total da população privada de liberdade (Lobo; Portela; Sanches, 2022). Essa cobertura insuficiente da saúde prisional pode ser resultado do processo de adesão voluntária à PNAISP, dependendo do desejo político de gestores estaduais e municipais (Simas et al., 2021).

A escassez de estudos abrangentes inviabiliza uma parcela expressiva da população carcerária. Além disso, a caracterização do cenário da saúde prisional ainda é um desafio, devido às diferentes formas de organização que essa política assumiu (Lôbo; Portela, 2022). Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a diferença assistencial em saúde bucal comparando os anos de 2014 (publicação da PNAISP) e o ano de 2022. Partiu-se da hipótese de que, mesmo insuficiente, houve um aumento assistencial estatisticamente significativo no sistema prisional.

2- METODOLOGIA

2.1- Desenho de Estudo e Aspectos Éticos

Desenvolveu-se um estudo observacional para responder à questão de pesquisa: “Qual a evolução da assistência em saúde bucal no sistema penitenciário brasileiro entre 2014 e 2022?”. A condução desse estudo dispensou a submissão ao comitê de ética em pesquisa por utilizar dados de acesso público, estando de acordo com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde Brasileiro.

2.2- Contexto de Estudo e Tamanho do Estudo

Foram incluídos dados de todos os municípios brasileiros com equipes de saúde habilitadas na PNAISP. Foram excluídos aqueles municípios que fizeram o credenciamento das equipes, mas não prosseguiram com o processo de habilitação e adesão da política. Portanto, serão captados dados dos anos de 2014 a 2022. No momento do estudo, dados das secretarias estaduais responsáveis pelas unidades prisionais totalizam uma população carcerária de 644.316 pessoas, enquanto a capacidade total das vagas é de 488.035, resultando em um déficit de 156.281 vagas. Para atender às necessidades de saúde bucal dessa população, o sistema prisional brasileiro dispõe de 840 consultórios odontológicos, além de 968 dentistas e 545 técnicos/auxiliares de saúde bucal distribuídos entre seus 1.388 estabelecimentos prisionais.

2.3- Acesso e Coleta dos Dados

Os dados utilizados no estudo foram sistematizados e divulgados do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN) [inserir link] <https://www.gov.br/senappn/pt-br/servicos/sisdepen/bases-de-dados>, que forneceu dados de características da estrutura assistencial dos sistemas estaduais; e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) [<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>].

Do SISDEPEN foram coletados os seguintes dados: quantitativo de pessoas privadas de liberdade e indicadores sociais da população prisional, número de consultórios

odontológicos prisionais, número de cirurgiões-dentistas vinculados ao sistema prisional, número de consultas odontológicas. No SISAB, a coleta compreendeu o preenchimento dos campos disponíveis no site seguindo a sequência padrão marcada dos itens: Unidade geográfica, marcando o Brasil. Em “linha do relatório” foi assinalado “município” e em “coluna do relatório” foi marcado o “tipo de equipe”. Foi assinalado às equipes de atenção básica prisional: tipo 01, tipo 01 (saúde mental), tipo 02, tipo 02 (saúde mental), tipo 03 e equipe de atenção primária prisional.

2.4- Tratamento das Variáveis

As variáveis em estudo foram coletadas como numéricas (quantitativo de pessoas privadas de liberdade, número de consultórios odontológicos prisionais, número cirurgiões-dentistas vinculados ao sistema prisional, número de consultas) e analisadas sem transformações, considerando cada macrorregião brasileira. Além disso, foram criados os seguintes indicadores assistenciais para análise: 1) Proporção de População por Cirurgião-Dentista: calculado tendo no numerador a população prisional em cada Estado e ano, no denominador o total de cirurgiões dentistas em cada Estado e ano; 2) Proporção de Consultas por Cirurgião-Dentista: calculado tendo no numerador o total de consultas odontológicas realizadas em cada Estado e ano, no denominador o total de cirurgiões dentistas em cada Estado e ano; e 3) Razão de Tratamento Mutilador: calculado tendo no numerador o total de tratamentos odontológicos realizados em cada Estado e ano, no denominador o número de exodontias.

2.5- Análise de Dados

Os dados coletados foram tabulados no Software Excel da Microsoft Office® e posteriormente importados para o Software Jamovi®. Inicialmente as variáveis foram analisadas de forma descritiva e, em seguida, verificados a normalidade da distribuição dos dados, identificando uma distribuição não normal. Assim foi aplicado o Teste de Wilcoxon, para comparar a diferença de médias entre cada ano analisado para as variáveis em estudo, assim como a Correlação de Spearman para verificar a relação do indicador Razão de Tratamento Mutilador com as demais variáveis e indicadores assistenciais.

3- RESULTADOS

Ao analisarmos a Tabela 1 é possível perceber que o número de cirurgiões-dentistas é maior na região Sudeste e menor na região Norte. Nesse mesmo sentido, a região Sudeste tem o maior número de consultas odontológicas. Observou-se um aumento no número de consultas odontológicas em quase todas as regiões do país, com exceção apenas da região Centro-Oeste. Os tratamentos mutiladores aumentaram também com o decorrer dos anos, apesar de não ocorrer esse aumento na região Norte. É possível constatar também que a proporção de população por cirurgião-dentista aumentou nas regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste. Já a proporção de consultas por cirurgião-dentista aumentou no Norte, Nordeste e Sudeste.

A Tabela 2 apresenta a análise da diferença de médias (Teste de Wilcoxon) do número de consultas odontológicas e do número de cirurgiões-dentistas, além dos indicadores assistenciais em estudo, em cada ano incluído no estudo. Com relação ao número de cirurgiões-dentistas, observa-se aumentos apenas entre 2014-2015 e 2018-2019, mas as únicas diferenças estatisticamente significantes foram de redução entre 2015-2016 e entre 2021-2022. Com relação ao número de consultas, várias diferenças estatisticamente significantes foram observadas (2015-2016; 2018-2019; 2019-2020; 2020-2021; 2021-2022), sendo que o único aumento foi observado entre 2019 e 2020. O indicador de Proporção de Consultas por Cirurgião-Dentista, obviamente, segue o mesmo movimento das variáveis anteriores que compõem o indicador. Em relação aos demais indicadores, foram observados aumentos estatisticamente significativos apenas para a Razão de Tratamento Mutilado, entre 2020-2021, e para Proporção População prisional por Cirurgião-Dentista entre 2021 e 2022.

Tabela 1. Análise descritiva das medidas de tendência central (média, desvio padrão, mediana e amplitude) das características da estrutura assistencial prisional e do indicador de tratamento mutilador.

	Número de Cirurgiões-dentistas	Número de Consulta Odontológicas	Razão de Tratamento Mutilador		Proporção de População por Cirurgião-Dentista		Proporção de Consultas por Cirurgião-Dentista	
			Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana	Média
	Média ± Desvio	Mediana ± Amplitud e	Média ± Desvio	Mediana ± Amplitude	Média ± Desvio	Mediana ± Amplitud e	Média ± Desvio	Mediana ± Amplitud e
Norte	12,8 ± 9,00	5444	3735	4,01 ± 3,48	411	402	420	297
2014	9,85 (22,0)	±5757	(15402)	3,08 (6,08)	±127	(342)	±444	(1230)
Norte	11,2 ± 9,5	10661	5966	2,39	2,72	526	551	997 511
2022	6,21 (18)	±12141	(31605)	±1,09	±2,91	±182	(501)	±1321 (3455)
Nordeste	14,1 ± 12	7955	4967	0,0	0,00	746	538	552
e 2014	10,0 (32)	±7045	(19605)	±0,00	(0,00)	±535	±271	(884)
Nordeste	27,3 ± 18,5	24 (54)	24033	12091	4,31	4,00	514	963 764
e 2022	5	±21273	(60443)	±1,62	±5,12	±359	386 (1140)	±786 (2474)
Sudeste	86,5 ± 82,2	60 (184)	37977	40358	0,0	0,0	687	654 697 447
2014	2	±24662	(59669)	±0,00	(0,00)	±138	(323)	±734 (1634)
Sudeste	75,5 ± 67,7	48 (146)	69520	55694	4,67	4,96	841	739 1125 949
2022	7	±54044	(124633)	±0,91	±2,01	±312	(671)	±779 (1825)
Centro-Oeste	29,3 ± 13,7	29,5 (30)	12210	15668	3,11	10,2	533	505 609 541
2014		±11442	(24700)	±1,65	(0,00)	±178	(372)	±200 (435)
Centro-Oeste	16,8 ± 6,4	14,5 (14)	9109	8525	10,2	3,27	679	681 558 614
2022		±3854	(9260)	±0,00	(3,35)	±229	(545)	±172 (371)
Sul	21,3 ± 3,51	21 (7)	17430	15423	2,71	2,71	737	776 821 633
2014		±7250	(14076)	±0,00	(0,00)	±174	(341)	±340 (596)
Sul	48,3 ± 17,6	43 (34)	28668	28590	4,42	4,86	609	608 572 639
2022		±14725	(29449)	±1,11	±2,07	±325	(650)	±139 (254)

Tabela 2. Análise da diferença de médias entre os anos analisados para os indicadores assistenciais em estudo no sistema prisional brasileiro de 2014-2022.

	Número de Cirurgiões-Dentistas	Número de Consultas	Tratamento Mutilador	Proporção População prisional por Cirurgião-Dentista	Proporção de Consultas por Cirurgiões-dentistas
2014-2015	2,00 (1,79)	696,3 (2467)	-4.201 (3.587)	48,98 (1706,9)	68,3 (57,2)
2015-2016	-1,500 (0,487)*	-1487,3 (1770)**	8.711 (5.557)	-15,20 (243,4)	-72,9 (66,8)*
2016-2017	-1,500 (1,40)	-69,8 (1293)	1.470 (1.563)	1,98 (1392,2)	12,5 (69,4)
2017-2018	-1.000 (0,895)	568 (1398)	-0,130 (0,613)	14,18 (61,7)	60,5 (49,6)
2018-2019	1,500 (3,872)	-3466 (1432)**	-0,145 (0,542)	12,67 (63,0)	-159,9 (52,7)*
2019-2020	-106e-5 (3,867)	3629 (2477)*	-0,486 (1,162)	-4,56 (69,0)	168,8 (137,6)*
2020-2021	-0,500 (0,802)	-3568,5 (1603)**	3,231 (1396)*	34,24 (50,1)	-117,8 (195,6)*
2021-2022	-3,000 (2,711)*	-4070,0 (1838)**	0,155 (0,404)	68,43 (40,3)*	-37,1 (85,4)

*p<0,05; **p<0,001

A Tabela 3 apresenta os resultados da Correlação de Spearman entre os indicadores de população prisional e assistenciais do sistema prisional e o indicador Ração de Tratamento Mutilador. Foram observadas correlações estatisticamente significantes apenas nos anos de 2021 e 2022, em que o tratamento mutilador esteve diretamente associado ao número de cirurgiões-dentistas nos dois anos, indicando que quanto mais profissionais, mais exodontias foram realizadas em relação aos demais procedimentos. O mesmo aconteceu para o número de consultas odontológicas em 2022, que mostrou correlação direta com a razão de tratamento mutilador. É relevante destacar que, apesar de não ser estatisticamente significante, essas correlações vinham mostrando uma relação inversa entre 2018 e 2020.

Tabela 3. Correlação de Spearman entre a Razão de Tratamento Mutilador e os indicadores de população e assistencial do sistema prisional brasileiro entre 2014 e 2022.

Indicadores	Razão de Tratamento Mutilador								
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
População privada de liberdade	0.000	0.068	-0.255	-0.108	-0.177	-0.223	-0.198	0.330	0.266
Número de Cirurgiões Dentistas	0.300	0.359	-0.304	0.033	-0.107	-0.006	-0.076	0.470*	0.676**
Número de Consultas	0.000	0.235	-0.201	0.098	-0.117	-0.154	-0.015	0.370	0.626*
Proporção de Consultas por Cirurgiões-dentistas	-0.100	-0.090	0.098	-0.137	-0.240	-0.161	-0.012	-0.037	0.295
Proporção População prisional por Cirurgião-Dentista	-0.600	-0.358	-0.273	-0.063	-0.008	-0.209	-0.284	-0.152	-0.259

Correlação de Spearman; *p<0,05; **p<0,001

4- DISCUSSÃO

Ao analisar a saúde bucal nos primeiros anos de vigência da PNAISP (2014-2022), este estudo observou que a assistência odontológica no ambiente prisional não está em crescimento, ocorrendo redução na quantidade dos cirurgiões-dentistas (Norte, Sudeste e Centro-Oeste), um aumento dos tratamentos mutiladores (Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste), um aumento da proporção de população prisional por cirurgião-dentista (Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste) nas regiões brasileiras.

Apesar da inexistência de levantamento epidemiológicos nacionais sobre a saúde bucal no sistema prisional brasileiro (Graves, 2017; Siqueira et al., 2019; Tetzner et al, 2012) e em outros países (Vainionpää et al., 2017), estudos locais vêm indicando uma precariedade das condições bucais da população privada de liberdade. No Brasil, uma revisão de literatura indicou que a maioria dos estudos aponta para uma precariedade das condições de saúde bucal dessa população (Botelho; Gueiros; Assaf, 2024). Estudo realizado na Índia observou uma elevada prevalência de cáries dentárias, doenças periodontais, edentulismo e lesões de boca, incluindo as pré-cancerosas (Kumar et al., 2017).

Poucas pesquisas examinaram a saúde bucal da população prisional europeia nos últimos 20 anos (Evensen et al., 2023). Na Finlândia observou-se que a saúde bucal dos prisioneiros é pior do que o dos não-prisioneiros (Vainionpää et al., 2017). Estudos com prisões do norte de Portugal apontam para uma elevada prevalência de doenças bucais e de perda dentária (Soares et al., 2023). Diante da fragilidade dos estudos sobre esse assunto, fica difícil generalizar os resultados da população carcerária em geral e, consequentemente, promover políticas para melhorar a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade (Evensen et al., 2023).

Além da carência de estudos sobre a saúde bucal da população prisional, há uma lacuna na literatura científica sobre a utilização de serviços odontológicos e a qualidade dos cuidados dessa população carcerária (Graves et al., 2017). Nesse sentido, a revisão de literatura realizada por Amaya et al. (2023), que abrange configurações prisionais de acesso à saúde bucal de 18 países, identificou barreiras nos níveis organizacionais e individuais. No nível organizacional, os autores apontaram as questões orçamentais e de financiamento, a deterioração das instalações prisionais, falta de profissionais e de consultório odontológico com equipamentos adequados, o acesso apenas em situações de urgência e longas listas de espera. No nível individual também foram identificadas barreiras de acesso tanto relacionadas às crenças e atitudes da população prisional, como também a o ambiente prisional em geral.

Há muitos desafios na oferta dessa saúde bucal eficiente para essas pessoas privadas de liberdade, que abrangem tanto a infraestrutura deficiente, quanto os recursos humanos insuficientes e sem qualificação adequada para o cuidado dessa população (Botelho; Gueiros; Assaf, 2024). A insuficiência e precariedade do sistema prisional brasileiro têm sido apontados como causas para rebeliões, fugas, tráfico e alta prevalência de doenças respiratórias e infecções sexualmente transmissíveis, o que faz com que as questões de saúde bucal se tornem irrelevantes (Siqueira et al., 2019).

Os dados do presente estudo mostraram resultados muito restritos com relação à melhoria da saúde bucal da população prisional, após a publicação da PNAISP. Resultado semelhante foi observado em relação à situação de saúde das pessoas com tuberculose nos presídios (Nóvoa-Lôbo; Campos; Pires; 2023). Diante desse cenário, é possível afirmar que os direitos fundamentais das pessoas privadas de liberdade ainda não têm recebido o devido valor da sociedade e, consequentemente do cirurgião-dentista, que apresenta conflitos entre o cumprimento da pena e o exercício ético da profissão (de Oliveira; Bartole, 2019). Assim, é relevante reformular a oferta assistencial para albergados, focando na humanização e qualidade (Botelho; Gueiros; Assaf, 2024).

O processo de implementação da PNAISP encontra desafios como a flexibilização e desregulamentação do trabalho em saúde, implicando em alta rotatividade dos trabalhadores, incerteza, instabilidade, sobrecarga de trabalho e exposição a riscos laborais (Dota et al., 2022). Soma-se a isso a falta de padronização na assistência, de sistematização dos dados que caracterizam o sistema prisional e de ausência de informação sobre a saúde dos privados de liberdade (Gomes; Ferreira; Rodrigues, 2020). Por consequência das limitações assistenciais, mantém-se alta prevalência de condições bucais desfavoráveis que, pela demora assistencial, se tornam intercorrências agudas e geram demandas de serviços emergenciais (Carneiro, 2021; Lôbo; Portela; Sanchez, 2022).

Além disso, entre os desafios organizacionais da PNAISP é possível apontar a dificuldade de compreender as desigualdades no cotidiano das prisões, bem como reconhecer as suas várias dimensões e como elas interagem entre si (Bartos et al., 2023). Outro argumento organizacional é que os municípios com unidades prisionais enfrentam um peso adicional de demandas de saúde para a gestão municipal (Simas et al., 2021).

O presente estudo tem limitações que precisam ser compreendidas para a interpretação dos resultados. O uso de dados secundários apresenta restrições como a super ou subnotificação, sendo necessário cautela na produção de informações (Piccolo et al., 2018).

5- CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo não permitiram comprovar a hipótese apresentada de aumento da estrutura assistencial a partir da publicação da PNAISP, o que incorre em limitações e desafios na saúde bucal no sistema prisional brasileiro. Futuras pesquisas devem tentar realizar a coleta de dados a partir de outros sistemas de informação, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde ou mesmo a coleta de dados primários.

REFERÊNCIAS

MELGAÇO, A. M.; TORRES, R. H. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP): uma análise do seu processo de implementação no contexto atual do sistema prisional paranaense. *Rev Leg Pr.*, n. 4, p.133- 150, 2020.

SCHULTZ, Águida Luana Veriato et al. Saúde no Sistema Prisional: um estudo sobre a legislação brasileira. *Argumentum*, v. 9, n. 2, p. 92-107, 2017. <https://doi.org/10.18315/argum..v9i2.15380>

LÔBO, Nancy Meriane de Nôvoa; PORTELA, Margareth Crisóstomo; SANCHEZ, Alexandra Augusta Margarida Maria Roma. Análise do cuidado em saúde no sistema prisional do Pará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 12, p. 4423-4423, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10212022>

BARBOSA, Mayara Lima et al. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1293-1302, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.09292016>

BOTELHO, Pâmela; GUEIROS, Renata Ferraiolo; ASSAF, Andrea Videira. A ATENÇÃO E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE. *Revista Fluminense de Odontologia*, v. 1, n. 63, p. 121-134, 2024. <https://doi.org/10.22409/ijosd.v1i63.59419>

SIQUEIRA, Mayra Rolla et al. Saúde bucal da população carcerária: levantamento epidemiológico. *Journal of Research in Dentistry*, v. 7, n. 6, 2019. <https://doi.org/10.19177/jrd.v7e6201991-106>

AMAYA, Arianna et al. Oral health services in prison settings: A global scoping review of availability, accessibility, and model of delivery. *Journal of Community Psychology*, 2023. <https://doi.org/10.1002/jcop.23081>

KUMAR, Jayaprakash; COLLINS, Andy C.; ALAM, Mohammad Masudul. Oral health status of prisoners in India: a systematic review. *Saudi J Oral Dent Res*, v. 2, n. 6, p. 140-6, 2017.

GRAVES, Whitney C. et al. Factors associated with the utilization of community dental services among newly incarcerated adults. *Journal of the Georgia Public Health Association*, v. 6, n. 3, p. 341-347, 2017. <https://doi.org/10.21633/jgpha.6.302>

VAINIONPÄÄ, Raija et al. Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners. *BDJ open*, v. 3, n. 1, p. 1-5, 2017. <https://doi.org/10.1038/bdjopen.2017.6>

DE OLIVEIRA, Verônica Pereira; BARTOLE, Monique da Costa Sandin. A Saúde Bucal no Sistema Prisional Brasileiro. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 1, n. 1, 2019.

TETZNER, Enzo et al. Odontologia no sistema penal. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 17, n. 3, 2012.

EVENSEN, Kjersti Berge; BULL, Vibeke Hervik. Oral health in prison: an integrative review. **International Journal of Prisoner Health**, v. 19, n. 2, p. 251-269, 2023. <https://doi.org/10.1108/IJPH-08-2021-0081>

BARTOS, Mariana Scaff Haddad. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1131-1138, 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.08962022en>

SOARES, Mariana et al. Assessment of Oral Health Status in a Prison Population in Northern Portugal. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 15, n. 11, p. e912, 2023. <https://doi.org/10.4317/jced.60551>

NÓVOA-LÔBO, Nancy Meriane de; CAMPOS, Mônica Rodrigues; PIRES, Débora Castanheira. Tuberculosis in the Brazilian prison system: scenarios via Joinpoint, from 2007 to 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00166722, 2023. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt166722>

SIMAS, Luciana et al. Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. 2021. <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.746>

AL SALAMI, A. et al. Oral health status of pre-school children of incarcerated mothers in United Arab Emirates prison nurseries and oral health knowledge and attitudes of their caregivers. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 19, p. 255-266, 2018. <https://doi.org/10.1007/s40368-018-0354-8>

Artigos de sistemas de informação:

OLIVEIRA, Lya Cynthia Porto de; FALEIROS, Sarah Martins; DINIZ, Eduardo Henrique. Sistemas de informação em políticas sociais descentralizadas: uma análise sobre a coordenação federativa e práticas de gestão. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 1, p. 23-46, 2015. <https://doi.org/10.1590/0034-76121675>

PICCOLO, Daiane Marcela. Qualidade de dados dos sistemas de informação do Datasus: análise crítica da literatura. **Ciência da Informação em Revista**, v. 5, n. 3, p. 13-19, 2018. <https://doi.org/10.28998/cirev.2018v5n3b>