

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
ATENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARIELLY GONÇALVES DE LIMA

SAÚDE BUCAL NO CÁRCERE:
EXPERIÊNCIA E DESAFIOS DA PRÁTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO
SISTEMA PRISIONAL

UBERLÂNDIA/MG

2024

Marielly Gonçalves de Lima

**SAÚDE BUCAL NO CÁRCERE:
EXPERIÊNCIA E DESAFIOS DA PRÁTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO
SISTEMA PRISIONAL**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde, da Universidade Federal de Uberlândia, como um dos pré-requisitos para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva. Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Liliane Parreira Tannús Gontijo.

UBERLÂNDIA/MG

2024



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA



ATA

Às 10h:00m do dia 12 de dezembro de 2024, de forma presencial no endereço: Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia, sala 2P, reuniu-se em sessão pública, a Banca Examinadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado como “SAÚDEBUCAL NO CÁRCERE: EXPERIÊNCIA E DESAFIOS DA PRÁTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO SISTEMA PRISIONAL ” de autoria do(a) residente: MARIELLY GONÇALVES DE LIMA.

A Banca examinadora foi composta por:

- 1) Profa. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo
- 2) Prof. Dr. Álex Moreira Herval
- 3) Prof.ª. Dr.ª. Joana D’arc Vieira Couto Astolphi

Dando início aos trabalhos, o(a) presidente concedeu a palavra ao(a) residente para expor o trabalho por 25 (vinte e cinco) minutos, mais ou menos 5 (cinco) minutos. A seguir, o(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) residente, no máximo, 15 minutos cada. Terminada a arguição que se desenvolveu dentro dos termos regulamentares, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado, considerando o(a) residente: **APROVADA**.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista conforme § 2º do Art. 3º da Resolução nº 5/2014, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

O Certificado de Conclusão de Residência será expedido a o(a) residente, conforme a legislação vigente da CNRMS que trata do assunto, desde que atendidos todos os requisitos, conforme a legislação vigente da CNRMS que trata do assunto.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e considerada em conformidade, foi assinada pela Banca Examinadora.

Assinaturas:

Documento assinado digitalmente
gov.br LILIANE PARREIRA TANNUS GONTIJO
Data: 12/12/2024 12:44:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

1. _____

2. _____

3. _____

Documento assinado digitalmente
gov.br JOANA D ARC VIEIRA COUTO ASTOLPHI
Data: 12/12/2024 13:09:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
gov.br ALEX MOREIRA HERVAL
Data: 12/12/2024 16:30:00
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

RESUMO

O presente trabalho apresenta um relato de experiência baseado na vivência de uma cirurgiã-dentista atuante em um presídio masculino no interior de Minas Gerais. A pesquisa aborda as condições precárias de saúde bucal dos indivíduos privados de liberdade (IPL) e os desafios enfrentados para a realização do atendimento odontológico em um contexto marcado pela falta de insumos, equipamentos obsoletos e limitações estruturais no sistema prisional. A análise destaca a predominância de exodontias, devido à alta demanda por urgências e à ausência de um fluxo de encaminhamento para tratamentos especializados, além de restrições ao acesso a itens básicos de higiene bucal. O trabalho evidencia ainda iniciativas como o uso de mediadores ('amigos da saúde') e ações de prevenção, que, embora importantes, enfrentam barreiras éticas e práticas. Conclui-se que a reformulação das políticas públicas de saúde prisional, com investimentos em infraestrutura, recursos humanos e integração de serviços, é indispensável para garantir um cuidado odontológico digno e equitativo aos IPL.

PALAVRAS CHAVES: Saúde bucal, sistema prisional, assistência odontológica, políticas públicas, relato de experiência.

ABSTRACT

The present study presents an experience report based on the practice of a dentist working in a male prison in the interior of Minas Gerais, Brazil. The research addresses the precarious oral health conditions of individuals deprived of liberty (IPL) and the challenges faced in providing dental care within a context marked by a lack of supplies, obsolete equipment, and structural limitations in the prison system. The analysis highlights the predominance of extractions due to high demand for urgent care and the absence of a referral pathway for specialized treatments, in addition to restrictions on access to basic oral hygiene items. The study also underscores initiatives such as the use of mediators ("health representatives") and preventive actions, which, although relevant, face significant ethical and practical barriers. It concludes that reformulating public health policies for the prison system, with investments in infrastructure, human resources, and service integration, is essential to ensure dignified and equitable dental care for IPL.

KEYWORDS: Oral health, prison system, dental care, public policies, experience report.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Crescimento da população privada de liberdade no Brasil ao longo dos anos	11
Figura 2 - Taxa de aprisionamento ao longo dos anos	12
Figura 3 - Vagas e Taxa de ocupação.....	13
Figura 4 - População prisional por estado	13
Figura 5 - Faixa etária da população privada de liberdade o Brasil	14
Figura 6 - Etnia da população privada de liberdade no Brasil	14
Figura 7 - Grau de escolaridade da população privada de liberdade no Brasil.....	15
Figura 8 - Exemplo de "Fale comigo"	26
Figura 9 - Exemplo de "Fale comigo"	26
Figura 10 - Exemplo de "Fale comigo" enviado pelo Amigo da Saúde	26

LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPO-D	Cariado, Perdido e Obturados
EABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
eAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IPL	Indivíduo(s) privado(s) de Liberdade
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais,
Assexuais e outros	
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
PNAISP	Política Nacional Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas
de Liberdade	
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPL	População Privada de Liberdade
RAS	Redes de Atenção a Saúde
RELIPEN	Relatório de Informações Penais
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SENAPPEN	Secretaria Nacional de Políticas Penais
SIGPRI	Sistema Integrado de Gestão Prisional
SISDEPEN	Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	8
2.	PROBLEMÁTICA	9
3.	OBJETIVOS.....	10
3.1.	GERAL.....	10
3.2.	ESPECÍFICOS.....	10
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	10
4.1.	PANORAMA GERAL DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO BRASIL.....	10
4.1.1.	FONTE DOS DADOS	10
4.1.2.	APRESENTAÇÃO DOS DADOS	11
4.2.	ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL.....	15
4.3.	SAÚDE BUCAL NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE	17
4.3.1.	DIFICULDADE DE LEVANTAMENTOS	18
4.3.2.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
5.	METODOLOGIA.....	21
5.1.	ÉTICA	21
5.2.	TIPO DE ESTUDO.....	21
5.3.	POPULAÇÃO.....	22
5.4.	LOCAL DO ESTUDO	22
5.5.	FONTES DE ESTUDO.....	22
5.6.	ANÁLISE CRÍTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS.....	22
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
6.1.	SOBRE O ACESSO A SAÚDE NA UNIDADE PRISIONAL	23
6.2.	ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA	25
6.3.	ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS NA UNIDADE.....	28
6.4.	CENÁRIO DE SAÚDE BUCAL DOS IPL	30

6.5.	PRINCIPAIS DIFICULDADES.....	31
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O sistema prisional desempenha uma função ambígua na sociedade atual, ao passo em que pune pelos delitos e mantém o indivíduo afastado da convivência a fim de proteger os demais, deveria também prepará-lo para a ressocialização (MACHADO, GUIMARÃES, 2014). Contudo, essa função raramente é cumprida na prática, devido a múltiplos fatores inerentes ao contexto do encarceramento no Brasil, como a precariedade estrutural, a superlotação e a ausência de políticas efetivas de reintegração social.

Compreende-se por população privada de liberdade no sistema prisional, indivíduos maiores de 18 anos que se encontram custodiados em unidades prisionais (BRASIL, 2014). Dentre essa população, estão em sua maioria homens jovens, pardos/negros, grupos vulneráveis como estrangeiros, pessoas LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer ou Questionadores, Intersexuais, Assexuais e outros), com transtornos mentais e deficiências (BRASIL, 2017). De acordo com o artigo 102 da Lei de Execução Penal, diferentemente de penitenciárias, onde os indivíduos cumprem pena em regime fechado, os presídios (cadeias públicas), são destinados ao recolhimento (também em regime fechado) de presos provisórios, ou seja, que ainda aguardam julgamento, podendo ou não serem condenados. Na prática, as penitenciárias são exclusivas de presos definitivos (sentenciados), e nos presídios podem haver, tanto presos provisórios (que aguardam julgamento), quanto presos definitivos também.

Assim como na população geral, a população privada de liberdade também apresenta as mais diversas condições e agravos em saúde, que são potencializados pelo local em que essa população está inserida, locais os quais quase sempre apresentam condições insalubres em razão da frequente superlotação, restrição de espaço físico, sujeira, umidade, pouca iluminação e ventilação, favorecendo o surgimento e a transmissão de diversas doenças e dificultando o controle e tratamento (BRASIL, 2014). Em relação a saúde bucal dessa população a máxima também se aplica, a esmagadora maioria apresenta condições de saúde bucal extremamente precárias, não somente pelo contexto da privação de liberdade em si, mas também pela negligência anterior ao ingresso no sistema prisional que está diretamente ligada às condições de vida desse grupo populacional (SIQUEIRA, 2019). A maioria dos indivíduos possui baixa escolaridade, baixo poder socioeconômico, pouco vínculo familiar e iniciaram o uso de drogas ainda na infância (BRASIL, 2017). Tudo isso, associado muitas vezes com a falta de assistência odontológica dentro do sistema propriamente dito, culmina nos piores desfechos em saúde bucal.

A assistência odontológica dentro do sistema prisional por sua vez, representa um grande desafio, visto que enfrenta diversas barreiras como a alta demanda, principalmente de

urgências (KOLLING et al., 2013), falta de insumos e equipamentos, falta de equipe para fazer a escolta interna e externa dos Indivíduos Privados de Liberdade (IPL) até os profissionais e serviços de saúde, dentre outras diversas questões.

O presente trabalho é um relato de experiência baseado na vivência de uma cirurgiã-dentista residente em um programa multiprofissional de Atenção em Saúde Coletiva. A experiência foi desenvolvida no cenário de prática - *Núcleo de Saúde de um presídio masculino*, localizado no interior de Minas Gerais, proporcionando uma visão prática e reflexiva sobre os desafios e as especificidades da atuação odontológica no contexto prisional.

De acordo com o que foi contextualizado, o presente trabalho se justifica pela necessidade em avaliar as condutas e condições atuais relacionadas à assistência em saúde bucal dentro do sistema prisional, bem como os principais desafios encontrados relacionados a essa assistência.

2. PROBLEMÁTICA

No tocante à Atenção à Saúde das pessoas privadas de liberdade, muitos são os desafios enfrentados. A saúde bucal, por sua vez, frequentemente é negligenciada mesmo em contextos usuais e, quando a consideramos no contexto do encarceramento, o cenário é ainda mais grave e preocupante.

Considerando o exposto acima, o presente estudo busca responder às seguintes questões, sob a perspectiva da autora:

- (1) Como se organiza a assistência à saúde, mais especificamente a assistência em saúde bucal, dentro do sistema prisional?
- (2) Quais são os desafios e limitações que o cirurgião-dentista inserido dentro de uma unidade prisional enfrenta?
- (3) Dentre os indivíduos privados de liberdade, quais são as principais doenças e agravos em saúde bucal que chegam ao consultório odontológico?
- (4) Existem fatores relacionados ao contexto do encarceramento, bem como anterior a ele, que possam favorecer o surgimento/progressão de doenças e agravos em saúde bucal?
- (5) Quais ações podem ser implementadas para melhorar o cenário atual da saúde bucal na população privada de liberdade?

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Relatar as experiências de uma cirurgiã-dentista atuante em uma unidade prisional, com o objetivo de expor os desafios enfrentados no exercício da profissão nesse contexto e contribuir para a ampliação do conhecimento científico sobre a prática odontológica no sistema prisional.

3.2. ESPECÍFICOS

3.2.1. Identificar as limitações e desafios relacionados à atenção em saúde bucal e à assistência odontológica no contexto do sistema prisional.

3.2.2. Investigar estratégias e propostas viáveis para aprimorar o cenário da saúde bucal no sistema prisional.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando que o estudo se trata de um relato de experiência em uma unidade prisional, com o objetivo de expor os desafios enfrentados no exercício da profissão, ponderou ser necessário a contextualização de três *tópicos fundantes do estudo*, constitutivos do seu referencial teórico, sendo eles: (1) Panorama geral da População Privada de Liberdade no Brasil; (2) Atenção à Saúde no sistema prisional e (3) Saúde Bucal na População Privada de Liberdade.

4.1. PANORAMA GERAL DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO BRASIL

4.1.1. FONTE DOS DADOS

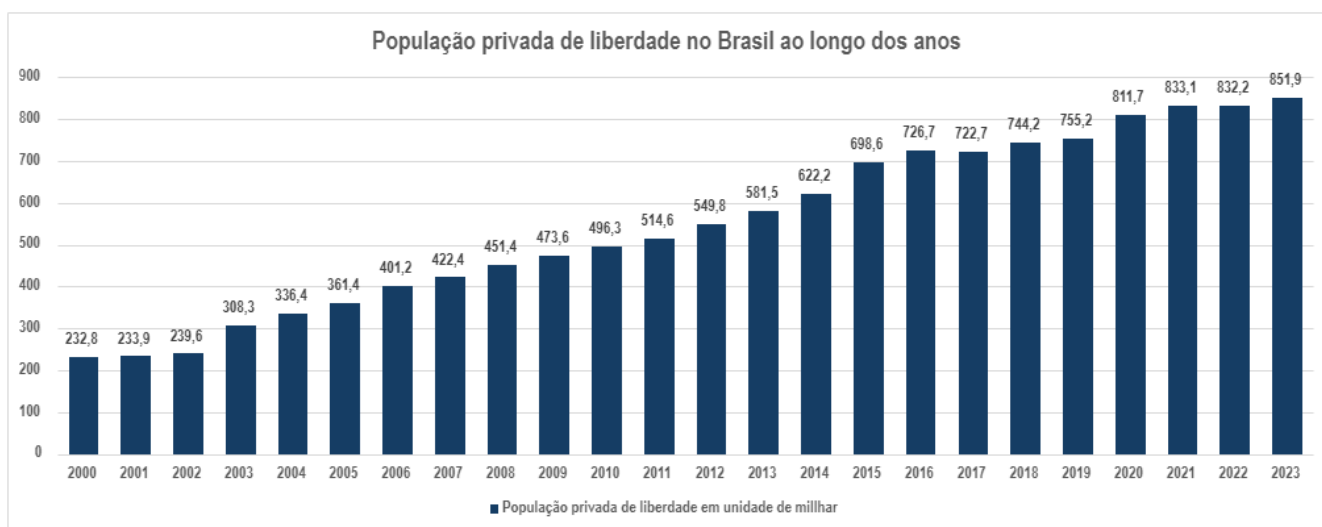
Quanto aos dados referentes a essa população, há duas fontes principais: o Levantamento nacional de informações Penitenciárias (INFOPEN) e o Relatório de Informações Penais (RELIPEN). O INFOPEN, traz dados tratados e interpretados, com gráficos, quadros e tabelas, contudo, não é feito com frequência, sendo o último de 2017, que contém dados apenas até 2016. Já o RELIPEN, contém dados brutos, coletados pela Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), que são resultado do preenchimento do Formulário de Informações Prisionais dentro do Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN), de forma eletrônica e semestral. O RELIPEN foi lançado no primeiro semestre de 2023, promovendo melhor apresentação dos dados de maneira a consolidar informações carcerárias em um só documento, ele agrega as informações do sistema prisional de todas as Unidades da

Federação, do Sistema Penitenciário Federal e das carceragens das demais instituições de segurança pública (Delegacias, Superintendências e Batalhões de Polícia e Corpo de Bombeiro Militares). Os dados que serão apresentados neste trabalho foram quase que integralmente retirados do último RELIPEN disponível (julho a dezembro de 2023) até a construção do trabalho, e a interpretação, bem como a produção dos quadros, foram de responsabilidade da autora, baseada nos dados disponíveis.

4.1.2. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A população carcerária no país vem crescendo nos últimos anos. O Brasil já ocupara a terceira posição do ranking mundial e dados do último RELIPEN, de dezembro de 2023, mostraram que em termos absolutos, existem cerca de 650.822 pessoas privadas de liberdade em celas físicas no Brasil. O contingente prisional total já ultrapassa a marca de 851.000 pessoas, um crescimento de % aproximadamente 266% em comparação ao total registrado no início dos anos 2000, onde essa população era cerca de 232.000 pessoas, atualmente sendo aproximadamente 200.000 pessoas em prisão domiciliar, que podem ou não utilizar equipamentos de monitoramento eletrônico. Os presos em celas físicas, são aqueles que independente de saídas para trabalhar e estudar, dormem no estabelecimento prisional, ou seja, ocupam vagas. Desse grupo, mais de 90% são homens (BRASIL, 2023). A Figura 1, mostra o crescimento da população privada de liberdade entre os anos 2000 e 2023.

Figura 1- Crescimento da população privada de liberdade no Brasil ao longo dos anos

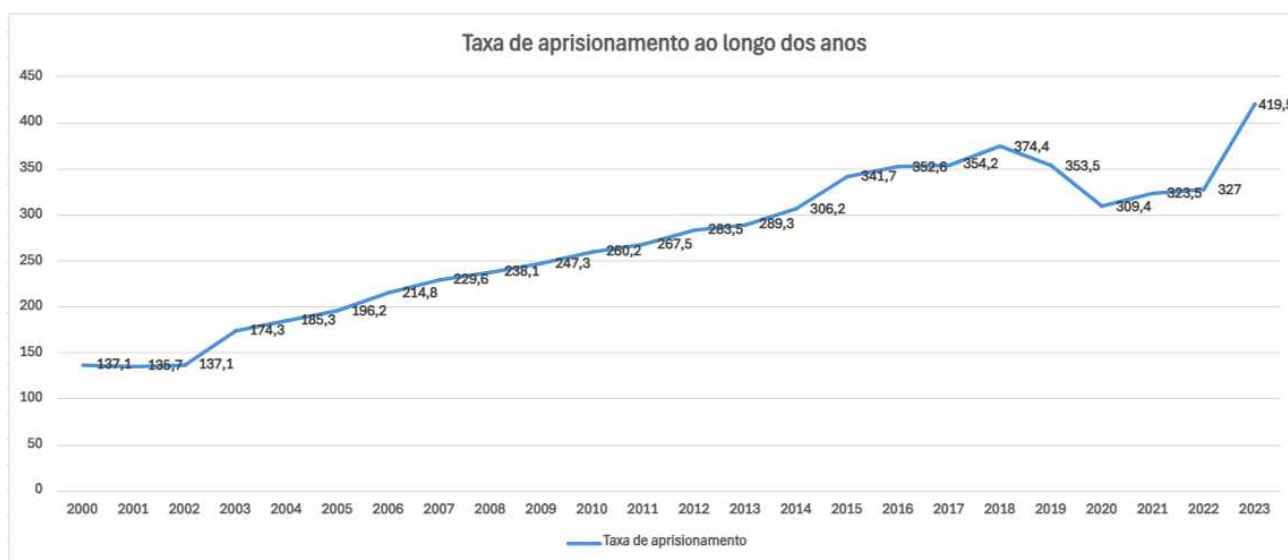


Fonte: Elaborado pela autora (2024), com base no RELIPEN (BRASIL, 2023) e no INFOPEN (BRASIL, 2017)

Para informações como taxa de escolaridade, etnia e faixa etária da população carcerária, são considerados apenas os presos em celas físicas. Contudo, o relatório possui limitações no levantamento de informações abrangendo todos os indivíduos, principalmente devido à variedade de tipos de estabelecimentos prisionais existentes e, inclusive, há discrepâncias no próprio número total de presos em celas físicas dentro do relatório, pois muitas vezes ele traz esse total de forma fragmentada por se tratar de dados brutos. Dessa forma, a somatória das quantidades dessas taxas não necessariamente coincide com o mesmo total entre si e nem com o total de presos em celas físicas, devido a essas pequenas diferenças nos números em razão de dados não informados, erros de registro, variedade de fonte de dados e outras inconsistências. Portanto, a maioria dos dados que serão apresentados, tratam-se de aproximações. Dito isso, apresentaremos alguns índices relacionados ao perfil dessa população no Brasil.

Como dito anteriormente, a população privada de liberdade vem crescendo no Brasil, contudo, além desse crescimento em números absolutos, a taxa de aprisionamento (porcentagem de pessoas presas para cada 100 mil habitantes), também vem aumentando, com um aumento de 157% desde os anos 2000, onde essa taxa era de 137, versus aproximadamente 352,6 ao final de 2023, segundo dados do último RELIPEN (BRASIL, 2023).

Figura 2 - Taxa de aprisionamento ao longo dos anos



Fonte: Elaborado pela autora (2024), com base no RELIPEN (BRASIL, 2023)

Outro dado importante é em relação ao déficit de vagas, que já ultrapassa a marca de 156.000, o que representa uma taxa de ocupação de aproximadamente 132%, resultando em superlotação (BRASIL, 2023).

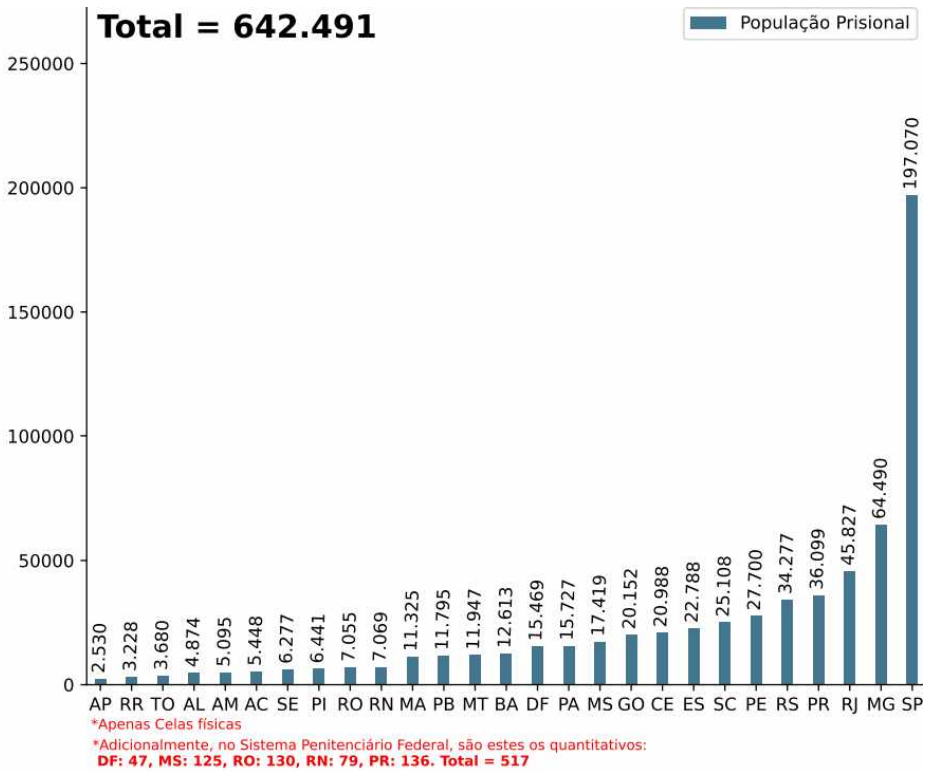
Figura 3 - Vagas e Taxa de ocupação

VAGAS EM UNIDADES PRISIONAIS EM 2023	
População prisional em celas físicas	644.316
Capacidade	488.035
Déficit de vagas	156.281
Taxa de ocupação	132%

Fonte: Elaborado pela autora (2024), com base no RELIPEN (BRASIL, 2023)

Minas Gerais é o segundo estado do país com maior população privada de liberdade em termos absolutos, contando com cerca de 65.000 pessoas presas em celas físicas. Minas está atrás apenas do estado de São Paulo (BRASIL, 2023).

Figura 4 - População prisional por estado

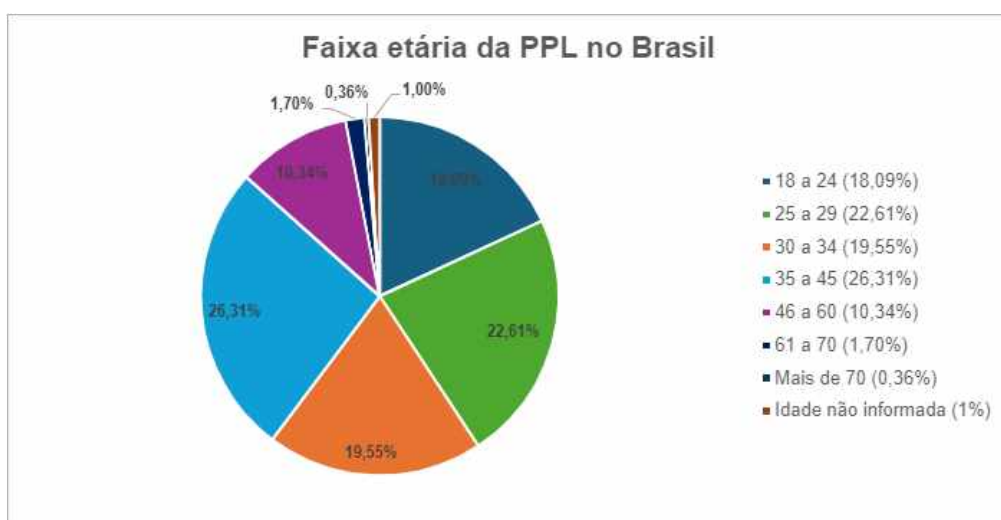


Fonte: BRASIL, 2023

Ainda segundo os dados do último RELIPEN, cerca de 27% dos encarcerados no país ainda não haviam passado por julgamento (presos provisórios). Em Minas Gerais, essa taxa é de 25%.

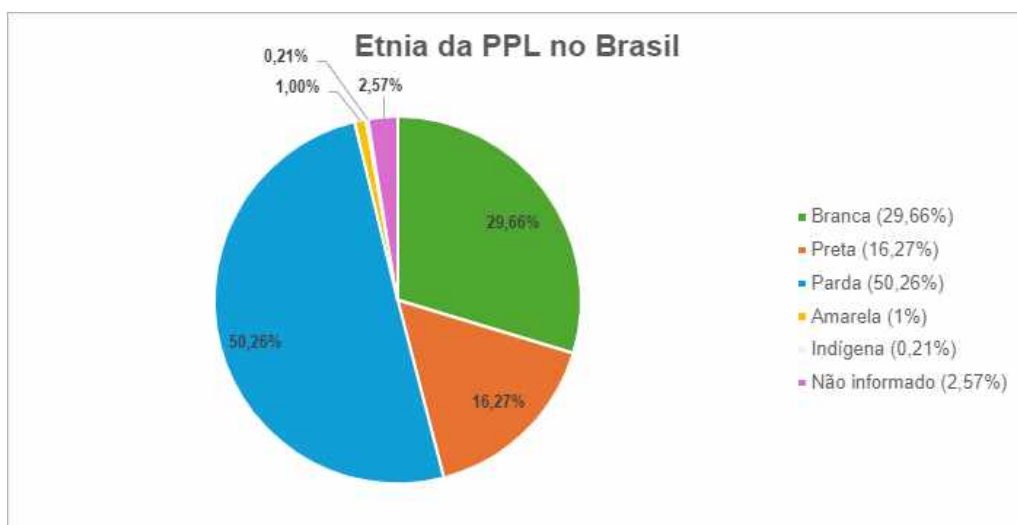
Dentre a população carcerária total do Brasil considerada no último RELIPEN, cerca de 60% tinham entre 18 e 34 anos, 65% se declararam negros ou pardos (versus 53% de negros na população geral) e 50% não possuíam nem o ensino fundamental completo (BRASIL, 2023).

Figura 5 - Faixa etária da População Privada de Liberdade no Brasil

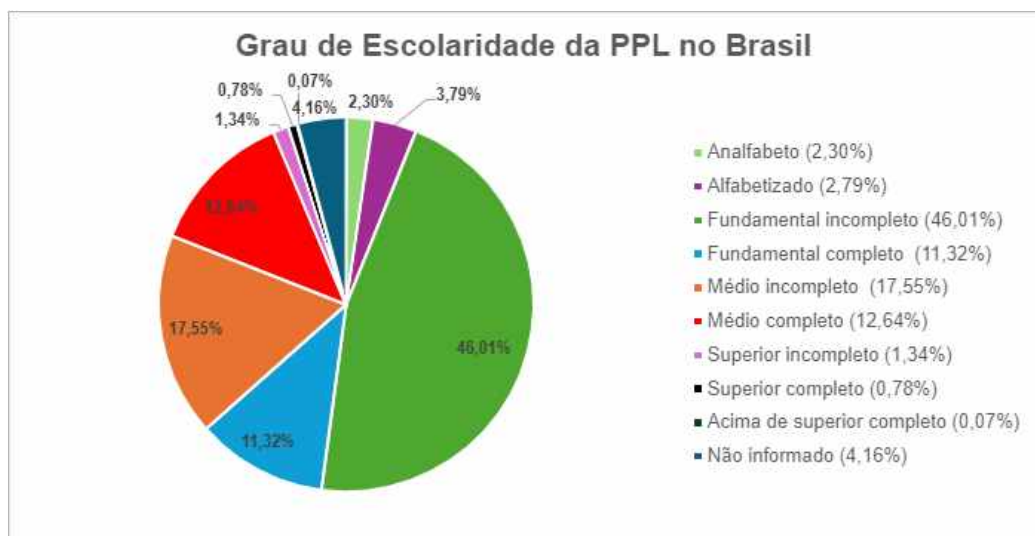


Fonte: Elaborado pela autora (2024), com base no RELIPEN (BRASIL, 2023)

Figura 6 - Etnia da População Privada de Liberdade no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2024), com base RELIPEN (BRASIL, 2023)

Figura 7 - Grau de escolaridade da População Privada de Liberdade no Brasil

Fonte: Elaborado pela autora (2024), com base no RELIPEN (BRASIL, 2023)

Todo esse histórico de vulnerabilidade social previa, juntamente com as condições locais relacionadas ao contexto do encarceramento como a superlotação, má-alimentação, sedentarismo, uso de drogas e falta de higiene, contribuem para o surgimento/agravamento de doenças na população privada de liberdade (BITENCOURT, 2017).

4.2. ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

A Lei de Execução Penal nº 7.210/1984 em seu art. 10 dispõe: art. 10. “A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade. Parágrafo único. A assistência estende-se ao egresso.” (BRASIL, 1984.) De acordo com o artigo 196 da constituição de 1988, vigente até os dias atuais, “A Saúde é direito de todos e dever do Estado”. O direito à saúde também abrange as pessoas privadas de liberdade, mas foi somente em 2003 que essa população foi contemplada de forma específica pelo Programa Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que foi lançado em 9 de setembro de 2003 por meio da Portaria Interministerial nº 1.777, pelos Ministérios da Saúde e da Justiça. No PNSSP, as ações de Atenção Básica eram organizadas para serem ofertadas por equipes multiprofissionais inseridas dentro das unidades prisionais, mas não abarcavam todo o itinerário carcerário (delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais) e tampouco as penitenciárias federais. Na época, aderiram ao PNSSP todos os estados e o distrito federal, sendo que, ao final de 2013, existiam 235 equipes ativas, cobrindo cerca de 30% da população carcerária, com equipes equivalentes às do SUS (Sistema Único de

Saúde), porém com a maioria delas vinculadas às secretarias de justiça. Além disso, a população carcerária teria crescido muito entre os anos de 2003 e 2013, com um aumento de 120%, passando de cerca de 240.000 para 600.000 pessoas (BRASIL, 2014).

As pessoas privadas de liberdade, apesar de terem perdido o direito de ir e vir, ainda conservam os demais direitos fundamentais, inclusive o direito a saúde, e este de uma forma ainda mais complexa, visto que essas pessoas estão sob custódia do Estado, impedidas de receberem alguma assistência à saúde por conta própria, portanto, assume-se que essa assistência deve lhes ser fornecida (BRASIL, 2014).

Em 2011 durante uma revisão do PNSSP, a população carcerária já chegava ao marco de mais de 497.000 pessoas, sendo aproximadamente 160.000 (40%) de detenção provisória, chegando em até 60% em alguns estados. Todo esse contexto apontou para uma necessidade de criação de uma política específica que desse conta de todo esse crescimento, abrangesse todo o itinerário carcerário e ainda fosse meio para ingresso dos indivíduos privados de liberdade as Redes de Atenção à Saúde, integrando-os definitivamente ao SUS (BRASIL, 2014). Foi somente em 2014, após ser constatado o esgotamento do PNSSP pelas razões supracitadas, que foi elaborada uma política específica para essa população, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pelo Ministério da Saúde, através da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014).

Um dos principais equipamentos da PNAISP, são as Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP), que consistem em equipes multiprofissionais, que devem prestar atenção integral à saúde às pessoas privadas de liberdade dentro das unidades prisionais ou nas unidades básicas de saúde a que estiverem vinculadas. Essas equipes podem ter diferentes composições profissionais e carga horária, a depender da quantidade e do perfil epidemiológico da população privada de liberdade que determinada equipe cobre (BRASIL, 2023).

As Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) podem ter cinco modalidade de acordo com os profissionais:

eAPP vinculada a eSF/eSB - 6h: médico, enfermeiro, téc./aux. de enfermagem, dentista e téc./aux. de saúde bucal.

- eAPP Essencial - 20h ou 30h: médico, enfermeiro, téc./aux. de enfermagem e dentista.
- eAPP Ampliada - 20h ou 30h: médico, enfermeiro, téc./aux. de enfermagem, dentista e mais um entre: médico, enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional. Profissional adicional à eAPP E ou A - 20h ou 30h: téc./aux. de saúde bucal.

- eAPP Complementar Psicossocial - 20h ou 30h: psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental e mais um entre: psicólogo e assistente social; OU enfermeiro e mais dois entre: psicólogo e assistente social.

A relação entre tamanho dessa população e a carga horárias das equipes estabelecida pela PNAISP, é a seguinte:

I. unidades prisionais que contenham até 300 (trezentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento de 6 (seis) horas semanais;

II. unidades prisionais que contenham de 101 (cento e um) a 1.700 (mil e setecentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento de 20 (vinte) horas semanais; e

III. unidades prisionais que contenham de 1.201 (mil duzentos e um) a 2.700 (dois mil e setecentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento de 30 (trinta) horas semanais.

O repasse financeiro é determinado pela modalidade dessas equipes. Os serviços de saúde das unidades prisionais são estruturados como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Sobre o nível de complexidade da assistência, a atenção primária deve ser ofertada pelas Equipes de Saúde do Sistema Prisional ou pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde do território. Outros serviços de saúde deverão ser previstos e pactuados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2023).

4.3. SAÚDE BUCAL NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), as Equipes de Atenção Primária Prisional devem ser compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, cirurgia-dentista e técnico/auxiliar em saúde bucal. Assim, qualquer unidade prisional que adira à PNAISP é obrigatoriamente estruturada com uma equipe de saúde bucal.

Apesar dessa determinação, a realidade prática é marcada pela desassistência da maior parte dos indivíduos privados de liberdade no que diz respeito à saúde bucal. Essa negligência se manifesta tanto no acesso insuficiente a cuidados odontológicos quanto na ausência de políticas efetivas de promoção e prevenção em saúde bucal no sistema prisional. Além disso, há uma notória lacuna de estudos e pesquisas científicas voltadas para a saúde bucal dessa população. A literatura sobre o tema é limitada, o que reflete o pouco interesse institucional e acadêmico em investigar e compreender as particularidades da assistência odontológica nesse contexto.

A precariedade da assistência em saúde bucal no sistema prisional revela uma contradição entre as diretrizes da PNAISP e a realidade vivenciada por indivíduos encarcerados. Essa discrepância não apenas compromete o direito à saúde dessas pessoas, mas também perpetua as desigualdades e a exclusão social. Além disso, a escassez de estudos na área reforça o caráter marginalizado dessa população, dificultando a formulação de estratégias baseadas em evidências para superar os desafios. É imperativo que o sistema de saúde, os gestores públicos e a comunidade acadêmica assumam uma postura mais ativa, investindo em políticas efetivas e em pesquisa científica que visem à garantia de um cuidado odontológico digno e inclusivo, capaz de integrar essas pessoas ao direito universal à saúde.

4.3.1. DIFICULDADE DE LEVANTAMENTOS

Quando realizado uma pesquisa bibliográfica sobre o atual cenário de saúde bucal dentre as pessoas privadas de liberdade, nos deparamos com alguns poucos trabalhos, principalmente feitos com homens. A maioria dos trabalhos encontrados quando se pesquisa por esse tema, foram feitos com mulheres privadas de liberdade; e outros em centros socioeducativos (com menores de 18 anos) e que, portanto, não configuram população privada de liberdade, considerando que essa se trata necessariamente de indivíduos maiores de 18 anos que estão dentro de unidades prisionais. Os estudos com o público masculino tecnicamente seriam mais pertinentes ao presente trabalho, uma vez que se trata de um relato de experiência vivido dentro de um presídio masculino, contudo, vale ressaltar que trabalhos feitos com mulheres também são importantes para a construção de uma visão do quadro geral da saúde bucal dessa população como um todo. Toda essa discrepância em relação a quantidade de estudos feitos com esse público se deve provavelmente a fatores logísticos e de segurança, considerando que mulheres privadas de liberdade e adolescentes em conflito com a lei (-18) são populações consideravelmente menores quando comparado aos homens privados de liberdade. Essa discrepância também nos leva a questionamentos sobre o que mais é dificultado aos homens privados de liberdade, pois essas dificuldades logísticas e de segurança, também se aplicam aos momentos de levar a esse público ações de promoção e prevenção em saúde, assistência em saúde, dentre diversas outras coisas, refletindo diretamente no quadro de saúde e saúde bucal desses indivíduos. Dito isso, a seguir serão apresentados alguns estudos pertinentes ao tema.

4.3.2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Rodrigues et. al, em um estudo feito em 2014, realizaram uma pesquisa em um Presídio Feminino de Campina Grande. O estudo contou com 65 participantes no total e objetivava

observar principalmente o número de dentes perdidos, cáries não tratadas, necessidades protéticas e o uso dos serviços odontológicos disponíveis. Analisando o perfil sociodemográfico e penal, foi observado que a média de idade das participantes foi de 32,2 ($\pm 11,56$) anos, com maior número de internas na faixa etária de 19 a 24 anos. Em relação à escolaridade, a maioria (73,8%) não concluiu o ensino fundamental. Quando questionadas sobre atividade laboral antes da prisão, mais da metade (56,9%) respondeu que desempenhava alguma atividade. O tempo médio de prisão foi de 13,51 ($\pm 13,65$) meses, e a maioria delas (52,4%) estava presa há um período igual ou inferior a 8 meses. A respeito da utilização de serviços odontológicos, apenas uma presa relatou nunca ter ido a um cirurgião-dentista na vida. Das que foram, 71,9% fizeram a última consulta odontológica há menos de um ano, sendo que metade das consultas foram realizadas dentro do serviço prisional e a extração dentária foi o motivo da última consulta para 40,6% das presas. A análise da perda dentária revelou que apenas quatro detentas (6,1%) não tinham dentes faltando. A maioria da avaliadas (55,4%) tinha entre um e dez dentes faltando, 15,4% tinham 11–20 dentes perdidos, 12,4% tinham entre 21 e 31 dentes faltando e sete (10,7%) eram totalmente desdentadas. A perda média de dentes foi de 11,26 ($\pm 10,38$) dentes. Em relação ao uso de prótese dentária, observou-se que 29,2% dos internos utilizavam algum tipo de prótese, todas consideradas inadequadas para uso. Das próteses em uso, 52,6% eram parcialmente removíveis, instaladas na arcada superior. Em relação à necessidade de próteses, 78,5% dos internos necessitavam de reabilitação protética. A perda dentária foi o agravamento que mais contribuiu no índice de CPO-D (índice calculado com base no número de dentes cariados, perdidos e obturados) seguido dos dentes cariado e obturados, respectivamente. A média de perda dentária foi de 11,3 elementos.

Um outro estudo, feito por Cavalcanti et al., foi o primeiro estudo a levantar dados de saúde bucal entre a população carcerária masculina no Brasil. Ele contou com 127 indivíduos, homens, e foi realizado em uma penitenciária na cidade de Guarabira, interior da Paraíba. Os indivíduos tinham entre 18 e 55 anos, com idade média de 28,5 ($\pm 7,8$) anos, mais da metade dos internos (52,8%) tinham menos de 30 anos. A maioria (67,7%) não concluiu o ensino fundamental e 17,3% ainda eram analfabetos. O índice médio de CPOD entre os indivíduos foi de 19,72, sendo o componente cariado o que mais contribuiu no índice. Houve associação significativa dos CPOD entre 22 e 32 anos e insatisfação com a saúde bucal ($p = 0,002$), dificuldade para falar ($p = 0,024$), vergonha de falar ($p = 0,004$) e sorrir ($p < 0,001$). Quando questionados a respeito ao acesso a serviços odontológicos, apenas dois internos relataram nunca terem ido ao dentista na vida. Dos que já se consultaram, 80% fizeram essa última consulta odontológica há menos de um ano, sendo que a maioria das consultas ocorreu na prisão

(80%). Os principais motivos para as consultas foram, respectivamente, tratamento restaurador (32%), dor dentária (26,4%) e extração (17,6%). Dentre o grupo, a restauração foi o motivo da última consulta para a maioria dos que foram atendidos no último ano, apesar disso, foram encontrados baixos números de dente restaurados e altos números de dentes perdidos e não tratados, considerando isso, os autores sugeriram uma melhor avaliação dos serviços odontológicos.

Siqueira et al., 2019 também realizaram um estudo em uma cadeia pública em Santa Isabel do Pará, com a participação de 104 indivíduos. Nesse estudo, a maioria dos detentos estavam na faixa etária de 18 a 34 anos (73,7 %) e 75,96% possuíam grau de escolaridade no máximo até o Ensino Fundamental. Com relação ao tempo de prisão, a metade dos indivíduos (50,0%), encontrava-se reclusa há mais de 03 anos. Quando questionados sobre o motivo da última consulta odontológica, a maioria (66,34%), referiu ser exodontia. Com relação ao uso de prótese, 92,31% dos indivíduos não utilizavam, embora a maioria (90,31%) precisasse. Quanto à experiência de cárie por faixa etária foi obtido os seguintes resultados: 18 a 34 anos (CPO-D 4,04); 35 a 44 anos (CPO-D 7,58%) e 45 ou mais (CPO-D 14,25). Verificou-se que o componente perdido foi a mais prevalente em todas as faixas. O CPO-D total foi de 5,25.

Um outro estudo conduzido por Soares et al., feito em 2020, objetivou pesquisar a saúde bucal entre detentas da Penitenciária Feminina do Paraná. Foram incluídas no estudo 305 participantes, todas mulheres, entre 19 e 60, tendo média de idade de 32,1 anos, sendo a maioria (43%) na faixa etária de 25 a 34 anos e 65,8% tinham até 8 anos de educação formal. Em relação a etnia, 47,5% declararam ser negras, enquanto 47,2% se identificaram como brancas e 5,3% como outros. A respeito do tratamento odontológico, cerca de 62,7% foram ao dentista nos últimos 12 meses, 18,2% foram entre 1 e 2 anos; e 15,8% foram há 3 anos ou mais. Para 52% dos indivíduos, o último tratamento odontológico ocorreu na penitenciária. O motivo mais citado para a última visita foi 'tratamento' (40%), seguido por 'dor' (23%), 'extração' (16%), 'revisão, prevenção ou check-up' (13,4%) e 'outros' (4,5%). Quase 84% das internas foram afetados por uma ou mais lesões cáries. A pontuação CPOD para a amostra total foi de 11,70 $\pm$ 6,33. O número médio de dentes cariados foi responsável por 58% da pontuação CPOD da faixa etária de 19 a 24 anos. Observou-se que o componente ausente se tornou predominante no índice conforme a idade aumenta, sendo dentes ausentes correspondendo a até 90% da pontuação CPOD dentre as mais velhas. A experiência de dor dentária nos seis meses anteriores foi relatada por 57,2%, destas, 51,23% classificou o desconforto como 5 (escala numérica variando de 1 a 5). A avaliação da condição periodontal mostrou que o cálculo foi a pior condição para 38,7% das mulheres, seguido pela presença de bolsas rasas (26,2%), presença de

sextantes excluídos (17,7%), presença de bolsas profundas (11,5%) e sangramento à sondagem (3,3%). A prevalência de indivíduos com todos os sextantes saudáveis foi de 2,6%.

É importante observar que nesses e na maioria dos estudos sobre a população privada de liberdade brasileira, as variáveis de gênero, idade, etnia e grau de escolaridade são homogêneas, o que se confirma nos RELIPEN e também vai de encontro com o que foi observado pela autora na experiência vivida. A maioria dos indivíduos que compõem essa população são homens, jovens (entre 18 e 34), negros e pardos, com baixa escolaridade (até o ensino fundamental) e tiveram pouquíssimo ou nenhum acesso a serviços odontológicos, principalmente antes do encarceramento. Além disso, os achados clínicos bucais também são comuns entre os estudos, alto índice de CPOD, alto número de dentes ausentes e cariados, além de péssimas condições periodontais, achados que refletem todo o contexto de vulnerabilidade social anterior, bem como as condições precárias relacionadas ao encarceramento propriamente dito.

5. METODOLOGIA

5.1. ÉTICA

A presente pesquisa, caracterizada como um relato de experiência, não exige submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme estabelecido pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa normativa dispensa a avaliação ética para estudos que não envolvam diretamente seres humanos em situações de risco ou que não utilizem dados sigilosos, como no caso de relatos de experiências.

Adicionalmente, o estudo não menciona quaisquer informações que possam identificar indivíduos, assegurando o anonimato e a confidencialidade, princípios fundamentais previstos pela Resolução nº 466/2012 do CNS, que regulamenta a ética em pesquisas com seres humanos no Brasil. Dessa forma, a pesquisa observa rigorosamente os preceitos éticos aplicáveis, alinhando-se às normativas vigentes e assegurando a integridade das informações apresentadas.

5.2. TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência, caracterizando-se como um estudo descritivo, dentro de uma abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo permite ao autor(a) organizar de forma crítica e reflexiva suas vivências, visando compartilhar aspectos relevantes e significativos da prática profissional e/ou acadêmica. O relato de experiência busca contribuir para a discussão científica, promovendo a troca de saberes e ideias bem como a construção de novos conhecimentos (MUSSI, FLORES, ALMEIDA, 2021).

De acordo com a proposta metodológica, este trabalho utilizou as vivências de uma cirurgiã-dentista residente em um programa multiprofissional de Atenção em Saúde Coletiva, atuante no núcleo de saúde de uma unidade prisional. A partir dessas experiências, o estudo estrutura uma análise crítica e reflexiva sobre o cenário atual da saúde bucal no contexto prisional, abordando os desafios e as condições da assistência odontológica oferecida nessa unidade. Essa abordagem visa não apenas descrever os fatos, mas fomentar a reflexão e o aprofundamento do conhecimento científico sobre a atuação odontológica em ambientes prisionais, uma área ainda pouco explorada pela literatura acadêmica.

5.3. POPULAÇÃO

A população do estudo é composta por indivíduos privados de liberdade (acima de 18 anos), homens, que se encontram custodiados na unidade prisional em questão. É importante salientar que não existe qualquer delimitação ou metodologia pré-definida para avaliação dos indivíduos, sendo incluído no repertório apenas aqueles os quais a autora teve conhecimento. Portanto, se trata apenas de um recorte da realidade, sob a ótica da autora.

5.4. LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo se trata de um presídio masculino, no interior de Minas Gerais, com um contingente prisional de aproximadamente 2.000 homens.

5.5. FONTES DE ESTUDO

A pesquisa foi elaborada a partir de artigos, teses, dissertações e documentos públicos oficiais, coletados das seguintes bases de dados: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Science Direct, Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e Google Acadêmico, não restringindo-se apenas aos estudos referenciados neste projeto.

5.6. ANÁLISE CRÍTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Presume-se que não houve nenhum risco aos envolvidos no estudo, visto que o objetivo central é relatar as experiências da perspectiva do profissional além da assistência não ter sido afetada em nada em razão da realização deste. Também, não será mencionado qualquer dado que possa identificá-los.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente trabalho, se trata se um relato de experiência de uma Cirurgiã-Dentista residente em saúde coletiva, que atuou por 6 meses em um presídio masculino estadual no interior de Minas Gerais. Tem como foco apresentar as principais dificuldades encontradas no serviço, bem como as experiências vivenciadas que possam contribuir para a construção de conhecimento acerca do atendimento odontológico e das condições de saúde bucal da população privada de liberdade. O período de atuação compreende a janeiro a junho de 2024.

Como mencionado, as experiências vividas aconteceram dentro de um presídio. Presídios (ou cadeias públicas) são estabelecimentos prisionais que diferentemente de penitenciárias (que só abrigam presos sentenciados em cumprimento de pena), também abrigam presos provisórios, que são aqueles que ainda aguardam julgamento e, portanto, ainda não cumprem pena. Os presídios também podem receber presos já sentenciados, como é o caso do presídio em questão.

6.1. SOBRE O ACESSO A SAÚDE NA UNIDADE PRISIONAL

A unidade prisional em questão, é de governança estadual com apoio municipal, inclusive no quadro de funcionários e patrimônios. Dessa forma, existem funcionários concursados e contratados, além de patrimônios tanto estaduais, quanto municipais. Dentro desse presídio existe um “núcleo de saúde”, que é um espaço físico, com salas e uma certa infraestrutura, equivalendo ao que seria uma UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família), e é nesse local onde os profissionais de saúde ficam e realizam os atendimentos, inclusive o dentista. Nesse núcleo de saúde atuam diariamente médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico, psicólogo, assistente social, dentista e técnico em saúde bucal. Algumas especialidades atuam de forma itinerante uma ou mais vezes por semana, como fisioterapeuta e cardiologista. Em casos específicos os IPL (Indivíduos Privados de Liberdade) podem ser encaminhados para atendimento externo. Como dito, os atendimentos acontecem dentro desse núcleo de saúde e os IPL precisam ser deslocados até ele através de escolta feita pelos policiais penais.

Existe uma organização interna em relação a divisão de atividades entre os policiais penais, para que nenhum outro serviço dentro da unidade fique desfalcado. Normalmente, alguns policiais fixos ficam escalados para cuidar dos atendimentos da saúde, mas quase sempre eles não são suficientes para conseguir levar os IPL para todos os profissionais que estão em atendimento no dia e isso acaba prejudicando toda a logística de trabalho e acumulando cada vez mais as demandas. A falta de policiais penais na unidade é geral, inclusive para realizar

outros trabalhos que são essenciais para manter o funcionamento e segurança do presídio, o que acaba inviabilizando a possibilidade da escalção de mais policias para realizar as escoltas para o núcleo de saúde. A forma de ingresso dos policias é principalmente através de concurso público, onde muitos ingressam de uma vez só, precisam ser treinados até se engajarem no serviço, vários vão saindo com pouco tempo e a unidade vai ficando com desfalque de policiais até a próxima convocação, onde o ciclo se reinicia. Esse abandono precoce se dá principalmente pelo fato de os próprios policiais julgarem o salário baixo em detrimento do grau de periculosidade da função.

No que diz respeito ao cuidado multiprofissional em saúde, eu sentia que isso funcionava bem. Existia comunicação entre os profissionais, da qual eu também fazia parte e sempre procurava me inteirar. Quando o IPL trazia alguma queixa relacionada a saúde bucal para qualquer outro profissional de saúde, normalmente me era repassada e, o inverso também se acontecia; quando algum IPL me relatava alguma queixa médica, psicológica ou até mesmo algum pedido para o serviço social, eu anotava as informações para repassar aos respectivos profissionais responsáveis.

Outro ponto interessante e positivo sobre o cuidado multiprofissional é que aconteciam reuniões periódicas - das quais eu participei - entre alguns profissionais da equipe de saúde e os “amigos da saúde”. Os “amigos da saúde” são uma figura equivalente ao que seria um agente de saúde em uma UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família), nesse contexto, era escolhido um IPL representante de cada ala e pavilhão, escolhido pela própria equipe de saúde baseado em aspectos como comportamento, e o papel deles tal qual um agente de saúde, consiste em facilitar a comunicação dos profissionais do núcleo com os IPL de todo o presídio, portanto, eles tanto traziam quanto levavam as informações discutidas nessas reuniões, além de auxiliar em algumas atividades como na distribuição em massa de antiparasitários, por exemplo. Isso exemplifica muito bem as diretrizes preconizadas pela PNAISP (BRASIL, 2014). Nessas reuniões muitas vezes eu conseguia ter uma noção melhor da gravidade de alguns casos que estavam nas solicitações para atendimento odontológico, diversas vezes o amigo da saúde me pedia para “dar atenção” a algum IPL específico e me descrevia alguns sinais e sintomas que me ajudavam na hora de dar prioridade, visto que eu só via os IPL no momento do atendimento. Eles na maioria das vezes descreviam coisas como “não consegue dormir de tanta dor de dente”, “geme de dor a noite inteira”, “está com o rosto inchado” e “está com pus na boca”.

Esse meu relato em síntese evidencia um panorama complexo e desafiador da assistência à saúde bucal em um contexto prisional. A unidade, organizada como um núcleo de saúde similar a uma UBSF, conta com uma equipe multiprofissional que trabalha de maneira

colaborativa, facilitada por canais de comunicação internos e reuniões periódicas com os "amigos da saúde". Apesar de limitações estruturais, como a carência de policiais penais para escolta e a rotatividade desses profissionais devido a insatisfação com as condições de trabalho, a atuação conjunta entre os profissionais de saúde e os representantes dos indivíduos privados de liberdade (IPL) demonstra uma tentativa significativa de superar as barreiras impostas pelo sistema prisional.

O cuidado multiprofissional e a integração entre os profissionais e os “amigos da saúde” surgem como pontos fortes, permitindo maior agilidade no atendimento e priorização dos casos mais urgentes, especialmente em situações de dor extrema ou sinais de infecção odontológica. No entanto, as dificuldades relacionadas à logística de escolta e à insuficiência de recursos humanos comprometem a eficiência do atendimento e aumentam a demanda reprimida, refletindo diretamente na saúde dos IPL.

Em análise crítica e reflexiva compreendo que este cenário ressalta a dicotomia entre a proposta de um cuidado integral, preconizado pelas políticas de saúde, e as limitações práticas enfrentadas no dia a dia. A falta de investimentos em infraestrutura e recursos humanos, associada à desvalorização dos profissionais de segurança, compromete não apenas o atendimento odontológico, mas também a efetividade de toda a assistência à saúde dentro do sistema prisional. Apesar disso, as iniciativas de cuidado multiprofissional e a utilização dos “amigos da saúde” como facilitadores de comunicação e triagem são práticas inovadoras que devem ser fortalecidas e replicadas. É fundamental que gestores públicos reconheçam as especificidades do contexto prisional e desenvolvam políticas sustentáveis para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado a essa população vulnerável.

6.2. ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA

A fila de atendimentos para dentista e algumas outras especialidades basicamente era construída mediante a pedidos dos próprios IPL, que se comunicavam através de bilhetes chamados de “Fale comigo”. Lá eles preenchiam informações afim de identificá-los, como nome, número de INFOPEN, ala ou pavilhão, cela e data da solicitação; logo abaixo havia um espaço para eles fazerem suas solicitações. Esses bilhetes eram recolhidos e trazidos até o núcleo de saúde principalmente pelos policiais e chegando lá, uma psicóloga da equipe ficava responsável por ler todos os bilhetes e distribuir para os profissionais conforme as solicitações, ela também inseria esses pedidos em uma planilha de controle pessoal dela. Quando os bilhetes de solicitação para dentista chegavam até mim, eu também os inseria em uma planilha de Excel só dos pedidos para dentista contendo nome, número de INFOPEN, data da primeira solicitação,

queixa principal e se já solicitou atendimento outras vezes. Também fazia o controle através de cores de qual já havia sido atendido e etc.

Figura 8 - Exemplo de “Fale comigo”

Núcleo de Saúde -

DATA: [redacted] Pavilhão/cela: [redacted] Infopen: [redacted]
Nome: [redacted] DN: [redacted]
Telefone familiar: [redacted] Falar com: [redacted]
Estou com muita dor de Dente, não estou conseguindo nem me alimentar...
Tem alergia a medicamentos? ☒ não () sim. Quais? [redacted]
ACS Responsável: [redacted]

Fonte: Autoria própria (2024)

Figura 9 - Exemplo de “Fale comigo”

Núcleo de Saúde -

DATA: [redacted] Pavilhão/cela: [redacted] Infopen: [redacted]
Nome: [redacted] DN: [redacted]
Telefone familiar: [redacted] Falar com: [redacted]
Eu estou com muito dor de dente eu não aguento mais e se possível ajuda tem o 2 dentes com cárie
Tem alergia a medicamentos? ☒ não () sim. Quais? [redacted]
ACS Responsável: [redacted] *Bom Dia? FAVOR*

Fonte: Autoria própria (2024)

Figura 10 - Exemplo de “Fale comigo” enviado pelo Amigo da Saúde

Núcleo de Saúde -

DATA: [redacted] Pavilhão/cela: [redacted] Infopen: [redacted]
Nome: [redacted] DN: [redacted]
Telefone familiar: [redacted] Falar com: [redacted]
URGENTE DRº
URGENTE
Seu o Amigo da Saúde de [redacted] - pessoa que por favor de uma atenção urgente para esse rapaz, está com o dente muito ruim o rosto dele está muito inchado, tá muito ruim a situação dele
Tem alergia a medicamentos? () não () sim. Quais? [redacted]
ACS Responsável: [redacted]

Fonte: Autoria própria (2024)

Os bilhetes chegavam aos montes diariamente. O conteúdo dos bilhetes era muito semelhante, a maioria referia dor de dente intensa e frases como “me ajuda pelo amor de deus”,

“não consigo dormir a noite”, “estou sentindo dor há dias” ou “urgente” eram praticamente regra nos bilhetes, o que muitas vezes me deixava confusa por não saber a real veracidade e a prioridade de cada uma das solicitações. É importante salientar que lá eles somente têm acesso aos medicamentos receitados. A farmácia do núcleo de saúde dá alguns analgésicos e xaropes para os policiais, para que eles possam eventualmente entregá-los a algum IPL em caso de maior necessidade, porém, os medicamentos são poucos e essa distribuição não pode ser feita de forma livre, visto que eles os usam como moeda de troca, tornando bem difícil o acesso a um “simples” analgésico. Inclusive, não era incomum eles próprios “arrancarem” seus dentes dentro da cela devido ao grau de dor. Certa vez quando eu estava lá, chegou ao consultório odontológico um IPL trazido pelos policiais do pavilhão com um dente molar inteiro na mão dizendo ter o “arrancado”; quando o questionei como ele havia feito aquilo, ele respondeu que tinha usado um cortador de unhas e feito bochecho com pinho sol (desinfetante) após.

Apesar de não ser a maioria dos casos, alguns mentiam sobre a queixa odontológica mandando inúmeros bilhetes referindo dores insuportáveis que, quando avaliados, se tratavam de cáries rasas, hipersensibilidade devido a lesões não cariosas ou até mesmo dentes sem nenhuma alteração. Normalmente, estes possuíam outras queixas e faziam isso na tentativa de conseguir serem chamados até o núcleo de saúde para fazerem suas várias solicitações (urgentes ou não) pessoalmente. Em alguns casos eles mentiam até mesmo para apenas sair um pouco do ambiente da cela, já que esse era um dos únicos momentos em que isso acontecia. Era muito difícil encontrar algum bilhete que não tivesse erros ortográficos grosseiros, alguns até erravam a ortografia do próprio nome, reflexo do baixo nível de escolaridade dos IPL no Brasil (BRASIL, 2023). Os que eram analfabetos normalmente pediam para algum colega de cela escrever o bilhete em nome deles. Outro problema relacionado aos bilhetes era que algumas vezes os policiais retinham esses bilhetes por muito tempo, fazendo com que eles chegassem muito tempo após o envio, fora de ordem ou até mesmo não chegassem.

O meu relato buscou expor a complexidade do manejo das solicitações odontológicas no sistema prisional, destacando tanto as limitações estruturais quanto os desafios relacionados à comunicação e à logística. O uso dos bilhetes “Fale Comigo” como principal meio de solicitação reflete uma tentativa de organização e triagem dentro de um contexto de recursos limitados. Contudo, a alta demanda, a subjetividade das queixas, a retenção de bilhetes pelos policiais e a baixa escolaridade dos IPL dificultam a priorização e o atendimento adequado. Situações extremas, como IPL realizando extrações dentárias por conta própria devido à dor e à dificuldade de acesso a medicamentos básicos, revelam uma grave violação do direito à saúde e reforçam a necessidade urgente de melhorias estruturais e organizacionais.

A precariedade do sistema prisional, evidenciada pela insuficiência de medicamentos, o despreparo logístico e as práticas informais de triagem, aponta para uma falha estrutural no cumprimento das políticas públicas de saúde. A organização interna dos bilhetes pelo profissional e a colaboração com a equipe multidisciplinar mostram esforços individuais para contornar as limitações, mas são insuficientes para atender a demanda de maneira eficiente e humanizada. A negligência institucional e a ausência de políticas efetivas resultam em sofrimento evitável para os IPL e sobrecarga para os profissionais. É fundamental que gestores e formuladores de políticas revisem as condições de trabalho nas unidades prisionais, invistam em recursos humanos e materiais e desenvolvam estratégias sustentáveis para garantir acesso equitativo e digno à saúde bucal, promovendo assim o respeito aos direitos humanos.

6.3. ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS NA UNIDADE

Quando comecei minha atuação na unidade, apesar de ser mulher, particularmente não senti medo de lidar com esse público e me sentia segura na maior parte do tempo, principalmente porque durante os atendimentos é obrigatório que tenha um policial na sala, além disso, existe um certo respeito da maioria dos IPL para com os profissionais de saúde. Assim que comecei lá, imediatamente me foi dito que a demanda para dentista era muito alta e, de fato, era. Além do fato de ter apenas um consultório/cirurgião-dentista para cerca de 1.800 presos (o que já é pouco), o profissional dentista efetivo da unidade é afastado por motivos de saúde já há algum tempo, o que resultou em uma enorme demanda reprimida antes da parceria do presídio com a Universidade, que atualmente manda residentes e graduandos em odontologia via projeto de extensão, para realizar os atendimentos da unidade. Anteriormente a essa parceria, não havia atendimentos odontológicos dentro da unidade, os IPL que precisavam de tratamento, precisavam pedir suas famílias para fazerem pedido e pagamento de tratamento particular externo. As urgências e emergências, eram mandadas para um pronto socorro odontológico público. Apesar dessa parceria, existe a limitação relacionada ao consultório odontológico que, como dito anteriormente, é apenas um até o presente momento. Portanto, mesmo que houvesse mais profissionais, isso acabava não aumentando a quantidade de atendimentos que eram feitos.

Normalmente para realizar os atendimentos odontológicos, no dia anterior eu montava uma agenda para entregar ao policial que ficaria com a odontologia no dia. Para montar essa agenda, eu recorria a aquela planilha de Excel e também acabava encaixando alguns casos mais urgentes que eram solicitados pelos outros profissionais do núcleo de saúde, pelos amigos da saúde e pelos policiais. Apesar de eu atualizar a planilha periodicamente, retirando os nomes

daqueles que tinham ido embora e marcando os que já haviam sido atendidos, quando chegava a vez de chamar os próximos da lista, normalmente já haviam se passado em média cinco meses desde a primeira solicitação do IPL. Isso associado a diversos outros fatores, faziam com que a maioria dos procedimentos realizados na unidade prisional se resumissem a exodontias. O ideal a se fazer como um dentista de atenção primária, seria realizar um plano de tratamento para cada indivíduo e concluir o tratamento, mas a demanda (principalmente de urgências) era tão grande, que não havia tempo hábil para fazer tratamentos eletivos, e isso também contribuía para um aumento das urgências, como um ciclo que se retroalimenta e se repete (KOLLING, 2013). Com isso, a maioria dos IPL que eu atendia eram vistos por mim pela primeira vez no momento do atendimento, quando tanto a avaliação quanto o procedimento eram realizados simultaneamente. Não era comum eu chamar o mesmo paciente duas vezes, fazia isso apenas quando não conseguia terminar as urgências em uma única sessão e/ou percebia a presença de alguma condição com grande chance de agudizar.

Em suma, evidenciou-se que as condições desafiadoras do atendimento odontológico em uma unidade prisional marcada por alta demanda e recursos limitados. Com apenas um consultório odontológico para cerca de 1.800 indivíduos privados de liberdade (IPL), associado ao afastamento do dentista efetivo, a unidade enfrenta uma sobrecarga estrutural que inviabiliza a realização de planos de tratamento e favorece uma prática centrada em exodontias. A parceria com a universidade, que viabilizou a presença de residentes e graduandos, trouxe um alívio parcial à demanda, mas não resolveu o problema central da infraestrutura insuficiente. A longa espera por atendimento (em média cinco meses) e a prevalência de urgências demonstram um ciclo contínuo de desassistência e agravamento das condições bucais dos IPL.

A precariedade do atendimento odontológico prisional expõe uma lacuna significativa no cumprimento dos direitos à saúde dessa população, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP). A ausência de um sistema de saúde prisional robusto, com recursos humanos e físicos adequados, perpetua a lógica emergencial em detrimento do cuidado preventivo e integral. Por outro lado, a parceria com instituições de ensino superior, embora limitada, evidencia a importância da colaboração interinstitucional para mitigar os impactos dessa negligência. No entanto, é urgente que gestores públicos invistam em uma ampliação estrutural e no fortalecimento das políticas de saúde no contexto prisional, quebrando o ciclo de exclusão e garantindo a atenção odontológica de forma mais humanizada e efetiva.

6.4. CENÁRIO DE SAÚDE BUCAL DOS IPL

O cenário de saúde bucal realmente era precário, a maioria dos IPL chegavam ao consultório odontológico com apesar de pouca idade (a maioria menos de 30 anos), várias ausências dentárias, muitas raízes residuais e os dentes remanescentes em mau estado de conservação, com muitas cáries e gengivite/doença periodontal, o que corrobora com os achados da maioria dos estudos conduzidos sobre esse tema (MUSSI, FLORES, ALMEIDA 2021; RODRIGUES et al., 2014; SIQUEIRA et al., 2019; SOARES et al., 2019). Com exceção da ala da igreja, me arrisco a dizer que o número de fumantes beira os 100%. Pude perceber que os indivíduos mais velhos praticamente todos tinham doença periodontal avançada, com bolsas periodontais e vários dentes com mobilidade. A higiene bucal obviamente também era precária, tanto pelo contexto do encarceramento, quanto pelo histórico de vulnerabilidade social prévia da maioria dos indivíduos, pois apesar de se tratar de um recorte de uma realidade totalmente desfavorável, esses mesmos indivíduos em sua maioria não estavam presos há tanto tempo, levando a concluir que o mau estado de saúde bucal não fora construído exclusivamente dentro da prisão. Em relação as condições do encarceramento, é proibida a entrada de fio dental. Para receber escova e pasta dental eles dependiam basicamente da família para os depositar, bem como outros itens de higiene pessoal; os que não recebem da família, recebem da própria unidade prisional, contudo, a troca da escova não é feita adequadamente, de forma que os IPL ficavam com a mesma escova por muito tempo. Os que me relataram, disseram estar com a mesma escova há quase um ano. Aos que diziam estar precisando, eu entregava escova e pasta dental após o atendimento. Não era permitido fazer a distribuição “compulsória”, pois existe um controle dessa distribuição que é externa ao profissional.

Como contextualizado, muitos chegavam ao consultório odontológico com vários dentes perdidos e relatando dor em vários elementos. Devido à dificuldade que era para o IPL conseguir atendimento novamente, eu procurava sanar além da(s) urgência(s), todas as queixas em uma mesma sessão e, como a maioria das urgências e das queixas se tratavam de dentes perdidos, principalmente raízes residuais, eu diariamente fazia muitas exodontias, inclusive em um mesmo paciente. Em alguns casos, ainda existia a possibilidade de tratamento endodôntico, contudo, após a abertura coronária (que poderia ser feita na unidade), o paciente precisaria concluir o tratamento de canal após sair da privação de liberdade ou antes, em clínicas particulares com escolta externa. É importante contextualizar que os IPL podem realizar tratamento odontológico externo (exceto ortodontia) através de escolta externa, em serviços particulares mediante a pedido e pagamento pelos familiares e alguns outros tramites que são realizados entre a clínica e a unidade prisional. Como a maioria não tem condições financeiras

de realizar o tratamento particular externo e por vezes ainda iriam ficar um tempo considerável presos, eles mesmos pediam para “arrancar” o dente, alegando que se fosse feito a abertura coronária e o dente voltasse a doer na cela, provavelmente eles sofreriam com essa dor durante muito tempo até conseguir atendimento novamente.

Até o presente momento não existe um fluxo de encaminhamento que aconteça dessa unidade prisional, para serviços odontológicos especializados (SUS), como endodontia, prótese e cirurgia oral menor, por exemplo.

Apesar de o principal procedimento feito ser exodontia, também era realizado abertura coronária, restauração e raspagem + profilaxia, caso fosse o procedimento indicado mediante a avaliação que era feita no mesmo momento. As anamneses, bem como as evoluções relacionadas ao atendimento, eram feitas em um sistema chamado SIGPRI (Sistema Integrado de Gestão Prisional).

O acesso limitado a itens de higiene bucal como escova de dentes, fio dental e pasta de dentes, só agrava ainda mais um cenário já tão delicado e precário. A abordagem odontológica no contexto prisional demandava soluções imediatas para múltiplas queixas, sendo um dos fatores que explica a predominância de exodontias, muitas vezes solicitadas pelos próprios pacientes diante da impossibilidade de acesso a tratamentos como a endodontia. Além disso, a ausência de um fluxo de encaminhamento para serviços especializados do SUS limita ainda mais as possibilidades de tratamento. Isso evidencia a necessidade de uma reformulação no modelo de atenção à saúde bucal dentro do sistema prisional, com políticas públicas que sejam efetivas e garantam o acesso a tratamentos especializados e insumos básicos de higiene bucal de forma digna.

6.5. PRINCIPAIS DIFICULDADES

As principais dificuldades que encontrei eram relacionadas principalmente a dois fatores: dificuldade no deslocamento dos presos até o consultório e falta de materiais e equipamentos.

O grande problema no deslocamento dos presos era em relação a falta de policias para realizar essa escolta. Normalmente não havia policias para todos os profissionais do núcleo de saúde e era necessário fazer um revezamento para que nenhum atendimento fosse mais prejudicado que outro. Nos dias que não havia policial para fazer a escolta para a odontologia, eu ficava no consultório resolvendo as questões burocráticas e administrativas e, eventualmente, algum outro policial externo ao núcleo de saúde levava algum IPL de urgência. Também acontecia as vezes dos policias externos levarem os IPL que realizam trabalho interno

na unidade, chamados de albergados, por estes serem mais fáceis de serem transitados dentro do presídio.

Como foi contextualizado, o presídio em questão é um presídio estadual, porém com apoio municipal, dessa forma, lá dentro existem patrimônios tanto do estado, quanto do município. Essa mistura de propriedade dos patrimônios, acaba dificultando as manutenções dos equipamentos, considerando que elas acontecem de forma independentes em seus respectivos patrimônios e não integradas entre si. De forma geral, patrimônios de propriedade pública já exigem alguns tramites no que diz respeito a manutenções e trocas, que muitas vezes se traduzem em burocracia e demora no processo, essa demora era agravada ainda mais pela existência dessa divisão nos patrimônios e, por consequência, das manutenções; além disso, a maioria dos equipamentos e instrumentos do consultório são antigos e dão defeito frequentemente. Periodicamente acontecem as manutenções preventivas e corretivas, contudo, as manutenções do estado e do município não coincidiam, fazendo com que mesmo que algo essencial fosse consertado, ainda assim não fosse possível atender por falta de algum outro item também essencial. Por exemplo, uma das manutenções vinha e consertava a cadeira odontológica, mas o compressor que não era propriedade desta continuava sem funcionar e com isso, continuávamos sem os atendimentos. Durante minha passagem por lá, já chagamos a ficar semanas sem atendimento por conta do compressor quebrado, até que o próprio pessoal da manutenção interna do presídio (policiais e albergados) instalaram um compressor de borracharia que havia por lá para que os atendimentos pudessem ser retomados. Contudo, por esse compressor não ser o mais apropriado, frequentemente as mangueiras estouravam e precisavam ser remendadas e substituídas. Outro item essencial que frequentemente também apresentava problemas era a autoclave, por vezes tínhamos que mandar os instrumentais para serem esterilizados na UBSF mais próxima, porém esse processo demandava tempo e também prejudicava os atendimentos; quase no fim da minha passagem por lá, a autoclave deu novamente um problema e dessa vez fora substituída por uma autoclave muito pequena, que cabia no máximo 3 pacotes pequenos por ciclo e novamente nos fazendo diminuir o ritmo de atendimentos. Além de tudo que foi dito em relação a manutenção e troca de equipamentos, também havia dificuldade para conseguirmos alguns instrumentais e insumos, havia uma espécie de lista pré-definida de insumos que sempre chagavam de forma periódica, como resinas, adesivo, ácido fosfórico, clorexidina 0,12%, algumas brocas específicas, dentre outros itens. Entretanto, havia dificuldade em obter itens que não estavam nessa lista e eram muito necessários, como brocas cirúrgicas, brocas endoZ, ionômero de vidro, selador provisório, além de alguns instrumentais novos como alavancas, seringas carpule e tesouras.

Lá havia um aparelho de RX antigo, mas que apesar dos esforços para conseguir, não possuía o colimador. Também não havia filme radiográfico, revelador ou fixador, impossibilitando a realização desse exame complementar. Praticamente todos os procedimentos feitos dentro da unidade eram feitos sem radiografia, em casos mais delicados era necessário mandar o IPL por escolta externa para realizar o exame na UBSF mais próxima, que por sua vez mandava a radiografia periapical de volta e o procedimento era feito posteriormente dentro da unidade prisional. Nos casos mais urgentes e que fugiam da minha alçada no que diz respeito a conhecimento técnico e nível tecnológico da unidade, como abscessos e pulpites em dentes semi inclusos por exemplo, há a possibilidade de encaminhar ao pronto socorro odontológico da região, que atende somente casos de urgência e emergência. Caso acontecesse alguma urgência e emergência odontológica enquanto o núcleo de saúde estivesse fechado, como a noite e aos finais de semana, os próprios policiais também levavam os IPL até esse pronto socorro sem o caso ter que passar necessariamente pela minha avaliação antes.

Mesmo que tudo funcionasse perfeitamente, os atendimentos odontológicos ainda seriam insuficientes visto a quantidade de indivíduos nessa unidade prisional e a quantidade da demanda para a odontologia, contudo, todas essas dificuldades que foram aqui apresentadas, contribuíram muitas vezes para um fluxo reduzido de atendimentos e cada vez mais acúmulo de demanda.

Conforme cada uma dessas coisas iam acontecendo, eu as comunicava com a equipe de saúde e também com os administradores do presídio sempre que possível, afim de tentar melhorar o cenário de alguma forma. Quase finalizando o período em que estive lá, os administradores do presídio disseram que estavam em negociações para montar mais um consultório odontológico, entretendo, até o presente momento ainda não foi construído.

Também cheguei a realizar algumas ações de promoção e prevenção em saúde dentro das alas e pavilhões, sobre higiene bucal e também sobre câncer bucal. Via de regra, nos dias de banho de sol, todos os IPL de todas as celas daquela determinada ala ou pavilhão, ficam juntos na parte de baixo (pátio). Existe um pátio dentro de cada ala/pavilhão, que é cercado por grades e, para fazer algum tipo de ação, era necessário que fosse dia de banho de sol, pois nós ficávamos do lado de fora da grade do pátio falando com todos juntos. Talvez essa fosse uma das únicas coisas que eu não gostasse tanto de fazer, apesar de sempre ir paramentada (máscara e jaleco), me sentia um pouco exposta e achava difícil falar com eles sobre esses temas dadas as circunstâncias. Por exemplo, para falar de higiene bucal, eu precisava além de falar sobre a técnica de higienização, falar sobre a escova, a pasta de dentes e o fio dental. Como falar disso, sabendo que muitos deles tinham acesso restrito a esses itens, ou até mesmo nenhum acesso,

no caso do fio dental? Como falar sobre prevenção e rastreio do câncer bucal quando praticamente todos são fumantes ostensivos e não conseguem atendimento odontológico se eventualmente identificarem algum sinal ou sintoma? Além disso, era bastante desconfortável as várias cobranças que recebia nesses momentos, diversos IPL questionavam o porquê de ainda não terem sido chamados para atendimento e referiam incômodo e dores de dente e, sempre após uma ação como essa nas alas/pavilhões, chegavam diversos bilhetes, muitos deles sem urgência, afogando cada vez mais um serviço completamente congestionado.

O atendimento odontológico na unidade prisional, sob minha visão, enfrentou duas principais dificuldades estruturais: a logística de deslocamento dos indivíduos privados de liberdade (IPL) até o consultório e a insuficiência de materiais e equipamentos. A falta de policiais penais disponíveis para escoltas comprometeu o fluxo de atendimentos, já que as atividades de saúde precisavam competir com outras demandas internas do presídio. Além disso, a precariedade e obsolescência dos equipamentos odontológicos, como o compressor e a autoclave, agravaram a situação, com longos períodos sem atendimentos devido a falhas nos equipamentos e ao atraso nas manutenções. Esses desafios não apenas limitaram os atendimentos, mas também criaram um ambiente de trabalho marcado pela improvisação, como a utilização de compressores inadequados, o que comprometeu a qualidade do serviço prestado.

Essas dificuldades refletem a fragilidade estrutural do sistema prisional no Brasil, que falha em garantir condições mínimas para a oferta de um atendimento odontológico digno, em conformidade com o direito universal à saúde. A sobrecarga do serviço e a concentração de esforços em demandas emergenciais perpetuam um ciclo de desassistência e agravos à saúde bucal, além de gerar frustrações para profissionais e IPL. A realização de ações de promoção e prevenção, embora positiva, encontra barreiras práticas e éticas, como a ausência de insumos básicos e a impossibilidade de efetivar o cuidado integral. Esse cenário exige a revisão de políticas públicas, maior investimento em infraestrutura e a ampliação das equipes de saúde no sistema prisional, bem como a integração de esforços intersetoriais para garantir acesso à saúde de forma equitativa e humanizada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo alcançou seu objetivo geral ao relatar as experiências de uma cirurgiã-dentista em uma unidade prisional, evidenciando os desafios enfrentados no exercício da profissão nesse contexto e contribuindo para a compreensão científica das limitações e potencialidades da prática odontológica em ambientes carcerários. Além disso, os objetivos

específicos foram atendidos, identificando-se limitações como a insuficiência de materiais e equipamentos, a carência de policiais penais para escolta e a sobrecarga estrutural que inviabiliza o cuidado integral. Paralelamente, emergiram estratégias relevantes, como a parceria com instituições de ensino, a atuação multiprofissional e o uso de mediadores, como os "amigos da saúde", que demonstraram ser ferramentas valiosas para mitigar os impactos da precariedade no atendimento odontológico.

As implicações para a prática são evidentes e urgentes. A realidade apresentada no relato demonstra a necessidade de intervenções que garantam condições mínimas para a oferta de um atendimento odontológico digno e eficaz no sistema prisional. Investimentos em infraestrutura, contratação de profissionais e fornecimento de insumos básicos são indispensáveis para romper o ciclo de desassistência e agravamento das condições bucais dos indivíduos privados de liberdade. A articulação intersetorial, o fortalecimento de parcerias institucionais e a capacitação contínua das equipes de saúde representam caminhos viáveis para transformar a lógica emergencial do cuidado em uma abordagem preventiva e integral.

O estudo também evidencia a necessidade de futuras pesquisas que aprofundem o conhecimento sobre a saúde bucal no contexto prisional. Levantamentos epidemiológicos, análises de intervenções multiprofissionais e estudos sobre o impacto de políticas públicas nesse cenário são indispensáveis para subsidiar decisões mais eficazes (efetivas e afetivas). Além disso, investigações sobre os efeitos da precariedade estrutural na qualidade de vida dos indivíduos privados de liberdade e o desenvolvimento de modelos de atendimento inovadores podem contribuir para o avanço de práticas mais humanizadas e eficientes, ampliando o alcance das políticas públicas e garantindo o direito universal à saúde.

REFERÊNCIAS

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Falência da pena de prisão: causas e alternativas**. 5. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2017. 479 p.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o papel do Ministério Público na implementação da PNAISP**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público. 2023. 35 p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Lei de Execução Penal**. Brasília: Diário Oficial da União, 1984.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública/Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN/junho de 2016**. 1. ed. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017. 65 p. Disponível em: <<https://l1nk.dev/zBJKx>>. Acesso em: 12 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Dados estatísticos do sistema penitenciário: 15º ciclo SISDEPEN – Período de referência: Julho a Dezembro de 2023**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2023. Disponível em: < <https://l1nk.dev/3je09> >. Acesso em: 12 de abril. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60p.

CAVALCANTI, Alessandro Leite; et al. Dental caries experience and use of dental services among Brazilian prisoners. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 11, n. 12, p. 12118-12128, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph111212118> >. Acesso em: 13 junho. 2024

KOLLING, Gabrielle Jacobi Jacobi; SILVA, Martinho Braga Batista; SÁ, Maria Célia Delduque Nogueira Pires. Direito à Saúde no Sistema Prisional. **Tempus**. v. 1, n. 7, p. 282-97.

2013. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1304/1133>>. Acesso em: 9 de abril de 2024.

MACHADO, Micaela Olímpia; GUIMARÃES, Issac Sabbá. A Realidade do Sistema Prisional Brasileiro e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**. v. 5, n.1, p. 566-581. 2014. Disponível em: <https://acesse.dev/qMlb9>. Acesso em: 9 de abril de 2024.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**. v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010. Disponível em: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>>._Acesso em: 9 abr. 2024.

RODRIGUES, Iris Sant'Anna Araújo; et al. Locked Mouths: Tooth Loss in a Women's Prison in Northeastern Brazil. **The Scientific World Journal**. v. 2014, p. 1-7, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2014/587469>>. Acesso em: 13 junho. 2024.

SIQUEIRA, Mayra Rolla; et al. Saúde bucal da população carcerária: levantamento epidemiológico. **Journal of Research in Dentistry**. v. 7, n. 6, p. 91-106, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.19177/jrd.v7e6201991-106>>. Acesso em: 13 junho. 2024.

SOARES, Gustavo Henrique; et al. Impact of oral conditions on the quality of life of incarcerated women in Brazil. **Health Care for Women International**. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1590362>>. Acesso em: 13 junho. 2024.