



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
FACULDADE DE DIREITO

JHULI DAYANE CORRÊA DA SILVA

**O perfil epidemiológico da Unidade de Custódia e Reinserção de Marituba II no estado do Pará e o direito à saúde bucal.**

BELÉM-PA  
2025

JHULI DAYANE CORRÊA DA SILVA

**O perfil epidemiológico da Unidade de Custódia e Reinserção de Marituba II no estado do Pará e o direito à saúde bucal.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito, desenvolvido sob a orientação do Prof. Dr. Hélio Luiz Fonseca Moreira.

BELÉM-PA  
2025

JHULI DAYANE CORRÊA DA SILVA

**O perfil epidemiológico da Unidade de Custódia e Reinserção de Marituba II no estado do Pará e o direto à saúde bucal.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito, desenvolvido sob a orientação do Prof. Dr. Hélio Luiz Fonseca Moreira.

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conceito: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. Hélio Luiz Fonseca Moreira  
UFPA

---

Dr. Raimundo Wilson Gama Raiol  
UFPA

---

Me. Rodolfo José Gomes de Araújo  
UNIFAMAZ

À minha querida filha, Ana Clara, por ser minha fonte constante de inspiração, amor e motivação. Cada sorriso seu e cada gesto de carinho me lembram todos os dias da importância de perseverar em busca dos meus sonhos. Este trabalho é dedicado a você, que me ensinou, mais do que qualquer livro, o valor da determinação e da gratidão.

Aos meus pais, Edinaldo e Cláudia, por todo o apoio, sacrifício e amor incondicional que sempre me deram. Vocês são minha base e minha força. Cada passo dessa jornada foi possível graças a vocês, e este TCC é uma pequena homenagem ao esforço, dedicação e carinho que sempre tiveram por mim.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

Primeiramente, agradeço ao meu orientador, Hélio Luiz Fonseca Moreira, pela orientação, paciência, dedicação e apoio ao longo de todo o desenvolvimento deste trabalho. Sua expertise e comprometimento foram fundamentais para o aprimoramento das minhas ideias e para a realização deste TCC. Agradeço também pela confiança depositada em mim, pelos valiosos ensinamentos e pela sempre presente disponibilidade para esclarecer dúvidas e oferecer direcionamentos. Sou muito grata por ter tido a oportunidade de aprender e crescer sob sua orientação.

Ao prezado colega de profissão, Rodolfo José Gomes de Araújo, que generosamente cedeu os dados de sua pesquisa, os quais foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho. Sua colaboração e disposição em compartilhar seus conhecimentos e resultados contribuíram significativamente para a realização deste estudo, e sou profundamente grata pela parceria e confiança. A troca de experiências e a colaboração entre pesquisadores são fundamentais para o avanço da ciência, e sou grata por poder contar com sua contribuição valiosa.

Gostaria de expressar minha imensa gratidão ao meu irmão, Marco Antônio, pela colaboração indispensável na elaboração dos gráficos deste trabalho. Sua paciência, dedicação e habilidade em transformar dados complexos em representações claras e precisas foram essenciais para a construção deste TCC.

Agradeço também à Faculdade de Direito e, sobretudo, aos professores do curso, que ao longo dos anos me proporcionaram um vasto aprendizado e me desafiaram a pensar criticamente sobre as questões jurídicas. Seu comprometimento com a educação foi essencial para a construção da base que me permitiu concluir este trabalho.

Por fim, aos meus colegas de curso, que durante toda essa jornada foram parceiros de estudo, troca de ideias e apoio mútuo. A convivência com cada um de vocês tornou essa caminhada mais leve e enriquecedora.

A todos, meu muito obrigada!

## **O perfil epidemiológico da Unidade de Custódia e Reinserção de Marituba II no estado do Pará e o direito a saúde bucal.**

The epidemiological profile of the Custody and Reintegration Unit of Marituba II in the state of Pará and the right to oral health.

Jhuli Dayane Corrêa da Silva

### **RESUMO**

O direito à saúde no Brasil passou por mudanças significativas ao longo da história, consolidando-se com a Constituição de 1988, ocasião em que saúde foi reconhecida como um direito fundamental e o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para garantir acesso universal e gratuito a esse direito, apesar dos desafios operacionais, financeiros e regionais. Consequentemente, esse direito é extensivo às pessoas submetidas a tutela estatal, em instituições penitenciárias. Deste modo, cabe ao Estado fornecer serviços de saúde às pessoas privadas de liberdade (PPL). A partir dos anos 2000, houve iniciativas para integrar a saúde prisional ao SUS, mas questões como superlotação e falta de infraestrutura ainda dificultam o acesso a cuidados adequados. A saúde bucal nos estabelecimentos prisionais é um exemplo claro de falha nesse processo, com a alta prevalência de doenças bucais devido à falta de profissionais e acesso a cuidados preventivos e tratamentos. O presente estudo teve por finalidade avaliar o perfil epidemiológico de aspectos de saúde bucal das pessoas privada de liberdade da Unidade de Custódia e Reinserção de Marituba II no estado do Pará. Assim, a partir dos dados obtidos, tornou-se possível concluir que a política pública de saúde bucal nos presídios precisa ser fortalecida, com maior investimento em recursos humanos e materiais, além de uma abordagem mais integrada e preventiva, para garantir o bem-estar das pessoas privadas de liberdade e a promoção da saúde bucal.

**Palavras-chave:** direito à saúde, pessoa privada de liberdade, saúde bucal.

## **ABSTRACT**

The right to health in Brazil has undergone significant evolution throughout history, being consolidated with the 1988 Constitution. Health was recognized as a fundamental right, and the Unified Health System (SUS) was created to ensure universal and free access to healthcare, though it still faces operational, financial, and regional challenges. In addition, health in the penitentiary system has been an increasing concern, with the 1984 Penal Execution Law establishing the state's responsibility to provide healthcare to prisoners. Since the 2000s, initiatives have been implemented to integrate prison health with SUS, but issues such as overcrowding and lack of infrastructure still hinder access to adequate care. Oral health in the prison system is a clear example of failure in this process, with high rates of dental diseases due to the lack of professionals and access to preventive care and treatments. The aim of this study was to evaluate the epidemiological profile of oral health aspects among inmates at the Marituba II Custody and Reintegration Unit in the state of Pará. Based on the data collected, it became possible to conclude that the public oral health policy in prisons needs to be strengthened, with greater investment in human and material resources, as well as a more integrated and preventive approach, to ensure the well-being of detainees and promote oral health

**Keywords:** right to health, persons deprived of liberty, oral health.

## 1. INTRODUÇÃO

É importante ressaltar que as pesquisas sobre saúde bucal voltadas para pessoas privadas de liberdade (PPLs) têm se dedicado a identificar os fatores que contribuem para o adoecimento dessa população. Embora seja um tema de importância para a literatura acadêmica e essencial para embasar a criação e implementação de políticas públicas voltadas a esse grupo, os estudos epidemiológicos sobre a saúde bucal nas unidades prisionais do Estado do Pará ainda são limitados e pouco desenvolvidos (SIQUEIRA et al., 2019). O avanço nessa área é fundamental para melhorar a qualidade de vida dessa população e garantir um cuidado mais eficaz e adequado à saúde bucal nas prisões, partindo da discussão da saúde bucal como direito das pessoas privadas de liberdade.

O presente estudo tem por objetivo analisar o perfil epidemiológico de saúde bucal das PPLs da Unidade de Custódia e Reinserção II do município de Marituba, estado do Pará. Os dados foram obtidos a partir do projeto de pesquisa “Análise Epidemiológica de Saúde Bucal de Pessoas Privadas de Liberdade”, vinculado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará. Os dados em análise foram coletados e cedidos para utilização neste trabalho pelo cirurgião-dentista Rodolfo José Gomes de Araújo, servidor público efetivo da Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP), lotado na unidade de desenvolvimento do trabalho e, também, participante do projeto em andamento.

A pesquisa recebeu autorização prévia da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado do Pará e aprovação da Escola de Administração Penitenciária do Estado do Pará. Além disso, a aprovação foi concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFGPA), de acordo com o parecer nº 6.601.032, emitido em 26 de dezembro de 2023.

A UCRM II de Marituba pertence ao sistema penitenciário gerido pela Secretaria de Administração Penitenciária do Estado do Pará (SEAP-PA) e conta atualmente com 413 pessoas tuteladas, apesar de dados do relatório “SUSIPE em números” (2019) destacar que a capacidade da unidade é de 304 PPLs. Nesta senda, os dados utilizados para o desenvolvimento do trabalho tiveram por base resultados de questionário e avaliação clínica aplicados a um total de 127 pessoas privadas de liberdade (PPLs).

Os dados foram coletados de janeiro a maio de 2024, após a aprovação do projeto pelo comitê de ética. Como o pesquisador e o único prestador de cuidados odontológicos na unidade prisional, garantiu-se que as informações não clínicas (ou seja, registros clínicos e anamnese) fossem sistematicamente registradas, com conclusão em um ambiente privado e silencioso, no único consultório deste estabelecimento prisional.

O direito à saúde é um dos direitos humanos fundamentais reconhecidos em todo o mundo, consagrado na constituição fundadora da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946. No Brasil, essa visão passou por uma mudança que se estende por décadas, marcada por significativos avanços legislativos e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente com a implementação da Constituição de 1988.

No entanto, o caminho do direito à saúde no Brasil nunca foi linear devido a questões nacionais como desigualdade regional, escassez de recursos e às complexidades da saúde pública descentralizada. É importante enfatizar que a Constituição de 1988 foi um marco-chave na construção da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, com a criação do SUS, que visava garantir a universalidade, equidade e integralidade no acesso aos serviços de saúde.

Ainda, mesmo com os avanços alcançados, a implementação do SUS ainda enfrenta desafios, como disparidades geográficas, em vista das dificuldades financeiras e da superlotação das unidades prisionais, que impedem que a assistência à saúde de qualidade chegue a toda a população (OMENA *et al.*, 2024). Além disso, no Brasil, o direito à saúde é universal e não se restringe apenas ao acesso à atenção básica, mas também deve abranger grupos vulneráveis, incluindo pessoas privadas de liberdade (PPLs). Nesse sentido, as políticas de saúde na unidade prisional tornaram-se mais robustas através da Lei de Execução Penal de 1984 (LEP), que estabeleceu as bases para a assistência à saúde nas prisões.

Importante ressaltar que o Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Penitenciário (PNAISP) têm, nos últimos anos, tentado reduzir a distância entre o sistema prisional e o SUS, embora as limitações operacionais como superlotação, infraestrutura insuficiente e escassez de profissionais de saúde (BRASIL, 2005). Considerando a discussão anterior e o fato de que a saúde é ampla, incluindo a saúde bucal, Oliveira *et al.* (2020) evidencia que as

mesmas limitações se manifestam no sistema prisional: altas taxas de doenças bucais, infraestrutura e materiais insuficientes, ausência de cuidados preventivos e escassez de profissionais da odontologia.

## **2. SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E MUDANÇAS NO BRASIL.**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde é amplo e não se limita à ausência de doença. Nesta análise, o termo saúde refere-se ao completo bem-estar físico, mental e social. Como um conceito universalmente válido, essa definição nasceu em 1946 e desde então, de acordo com a constituição da OMS, a saúde é um direito humano fundamental que deve ser garantido a todos, sem qualquer tipo de distinção, seja social ou financeira, visões políticas, religiões ou origens étnicas; além disso, o estado deve garantir a promoção e proteção da saúde (SCLIR, 2007). Isso foi também ratificado durante conferências internacionais realizadas pela Assembleia Mundial da Saúde em 1970 e novamente em 1977 (SALZANO, 2002).

A legislação brasileira relacionada ao direito à saúde tem uma história que remonta aos primeiros anos do país, quando a saúde era vista como um problema individual em vez de um problema coletivo. Durante os períodos colonial e imperial, não existiam políticas de saúde formais para o estado, e as intervenções se concentravam apenas no controle de epidemias. Com a urbanização do início do século XX, o Brasil começou a enfrentar demandas epidemiológicas que exigiam ações mais pragmáticas, levando à criação do Departamento Nacional de Saúde (DNS) em 1923, sendo o primeiro passo para a estruturação de um sistema de saúde pública no Brasil (PEREIRA, 2018).

O direito à saúde ganhou gradualmente destaque no Brasil com a adoção da Constituição de 1934, mas numa perspectiva de bem-estar. A saúde foi reconhecida como uma obrigação do estado, mas aplicava-se apenas a alguns serviços, sem garantia de acesso universal. A Constituição de 1988 reconhece formalmente a saúde como um direito de todos e uma obrigação do estado, consolidando um avanço importante com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). E essa Constituição é uma grande revolução porque garante a universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde (CARVALHO, 2003).

Vale apontar que um dos marcos importantes da implementação do SUS foi a legislação do modelo de saúde emergente. No entanto, a introdução do SUS enfrentou obstáculos operacionais e financeiros devido à dimensão geográfica e disparidades regionais do Brasil, levando-o a lutar para fornecer cobertura de saúde homogênea e equitativa a toda a população. A descentralização e a alocação de recursos ainda são elementos cruciais, exigindo recalibrações constantes em relação às políticas públicas de saúde (SOUZA, 2020).

No entanto, o SUS tem se sustentado como um dos maiores sistemas de saúde pública do planeta, realizando atividades que vão da atenção primária à alta complexidade. A consolidação da saúde como um direito social no Brasil foi realizada com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, que garantiu a saúde como um direito de todos e um dever do estado.

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, "a saúde é direito de todos e dever do Estado", que é a base para o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi concebido para garantir que a saúde seja universal, gratuita e um bem público e social (no sentido de que sua promoção, prevenção e atendimento estão organizados para garantir o acesso à saúde), considerando a integralidade das ações de saúde como fundamental, desde a atenção primária até a alta complexidade (SILVA; LIMA, 2022).

O SUS surgiu como uma política pública de saúde com a promulgação da Constituição de 1988, enraizada nos pilares da universalidade, equidade e integralidade. A saúde foi reconhecida como um direito social fundamental, em torno do qual o estado precisava tornar evidente seu compromisso com a saúde pública. No entanto, esse direito ainda não está totalmente alcançado, dado que ainda enfrenta desafios, como desigualdade regional no acesso aos serviços ou a falta de recursos financeiros para o SUS, o que restringe a capacidade do sistema de atender equitativamente todas as camadas da população (PONTES *et al*, 2009).

A real consolidação da saúde como um direito no Brasil também depende da atuação de todos os atores sociais no controle social e monitoramento das políticas públicas. O controle social é um dos pilares do SUS, pois fornece mecanismos para que a população participe das decisões relacionadas ao sistema de saúde, promovendo transparência e melhoria contínua dos serviços oferecidos. A participação social no SUS garante que a saúde seja acessível, equitativa e adequada de acordo com as necessidades dos cidadãos, sendo um promotor de justiça social

no acesso aos serviços de saúde (DIAZ, 2015). No Brasil, no entanto, temos obstáculos ao direito à saúde.

A sustentabilidade do SUS é ameaçada por desafios, como a precariedade do financiamento, desigualdades regionais e as crescentes demandas populacionais. Além disso, ameaças de retrocesso nas políticas públicas contribuem para os desafios em completar o direito à saúde para toda a população, especialmente com os efeitos de reformas e cortes orçamentários. O direito à saúde no Brasil tem história e conquistas, mas o acesso justo e distribuído equitativamente à saúde como um direito é um movimento em andamento (BRASIL, 1988).

### **3. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO**

Embora o Código Penal tenha disposições específicas para garantias sociais das pessoas privadas de liberdade durante a execução de suas penas, deve-se ressaltar que as políticas sociais para o ambiente prisional só foram consolidadas por meio da Lei de Execução Penal (LEP) em 1984, e como o primeiro documento legal a considerar questões de saúde para os detidos e condenados, a própria lei oferece os termos de referência para pessoas privadas de liberdade.

Consoante disposto no art. 14 da LEP, a assistência à saúde das PPLs compreenderá o atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984). Assim, a LEP foi elaborada como um dispositivo propício à ressocialização do indivíduo objeto da privação de liberdade para uma assimilação social harmônica, além de regulamentar os direitos, deveres, avaliação das pessoas privadas de liberdade e sanções disciplinares.

Adicionalmente, é importante observar que a LEP foca na prestação de assistência nas unidades prisionais visando principalmente à prevenção do crime e ao auxílio na reintegração à sociedade. Esta análise define assistência como tudo que proporciona assistência material, jurídica, social, religiosa, educacional ou de saúde, ou qualquer coisa que auxilie em relação às necessidades básicas das PPLs.

As políticas de saúde para pessoas privadas de liberdade no Brasil passaram por uma mudança histórica caracterizada por uma série de transformações legais e estruturais visando garantir o direito à saúde dessa população. A Lei de Execução Penal de 1984 previu a obrigação do estado de fornecer serviços de saúde aos presos, mas de forma mínima, não integrada com o Sistema Único de Saúde (SUS). Tal fato

levou a um atendimento desconexo e inadequado, como refletido nas precárias condições de saúde dentro do sistema prisional. A partir dos anos 2000, surgiram iniciativas para integrar a saúde prisional ao SUS, proporcionando maior acesso e qualidade dos serviços oferecidos (SILVA *et al.*, 2021).

Vale ressaltar que o Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário (PNSSP), criado em 2003, foi um avanço significativo para a construção de políticas públicas de saúde para as pessoas privadas de liberdade. Este plano foi elaborado para planejar o sistema de saúde em cada unidade prisional, facilitar a integração das unidades prisionais com o SUS e garantir que as pessoas privadas de liberdade tivessem o mesmo acesso aos serviços de saúde que o restante da população. Por outro lado, a implementação do PNSSP encontrou obstáculos que incluíram a ausência de infraestrutura física e profissionais treinados, dificultando a execução eficaz dessa política (PEREIRA *et al.*, 2019).

Deste modo, foi em 2014 que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi criada, como uma maneira de promover a garantia do direito à saúde no sistema prisional. Nessa hipótese, esta política estabeleceu a assistência à saúde como um direito básico, abrangendo a prevenção e o tratamento de doenças e condições associadas ao ambiente prisional (BRASIL, 2014).

A PNAISP é uma iniciativa pioneira, mas ainda sofre com recursos financeiros limitados e uma infraestrutura insuficiente, juntamente com os mecanismos de enfrentamento da cultura prisional. Questões em andamento, como a escassez de equipamentos médicos e dificuldades na obtenção de tratamentos especializados, ameaçam comprometer a eficácia da política. Além disso, problemas de saúde são intensificados entre as PPLS devido à superlotação e às condições insalubres das prisões, tornando a aplicação de políticas públicas ainda mais difícil (MARTINS; OLIVEIRA, 2020).

A integração da população prisional ao SUS trouxe avanços ao orientar sua ação de acordo com os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), possibilitando uma ação mais abrangente e humanizada em relação à saúde das PPLs.

O sistema de saúde prisional também enfrenta dificuldades com a integralidade do cuidado. Embora o SUS defenda a assistência integral à saúde, englobando prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, as políticas direcionadas aos

privados de liberdade muitas vezes não possuem essa premissa. Reforçando que na maioria das vezes, essa assistência é limitada a doenças urgentes e à prevenção de epidemias, negligenciando ações voltadas para a promoção da saúde e programas de reabilitação psicossocial (SOUZA, 2018).

A continuidade e o fortalecimento das políticas públicas exigem maior compromisso do estado para garantir os recursos necessários e melhorar a articulação entre os diferentes sistemas de justiça e saúde. Superar obstáculos estruturais importantes para isso só pode ser feito por meio de uma empreitada cooperativa entre governo, sociedade e o terceiro setor por um sistema de saúde mais justo e acessível a essa população vulnerável (BRASIL, 2014). Em resumo, a mudança das políticas de saúde para pessoas privadas de liberdade no Brasil abrange avanços importantes, mas também destaca lacunas relevantes que devem ser superadas para que o direito à saúde seja uma realidade significativa.

#### **4. SAÚDE BUCAL NO CÁRCERE**

A saúde bucal nas unidades prisionais reflete um problema de saúde pública, onde as condições de vida nas prisões muitas vezes são precárias, resultando em um aumento de doenças orais entre os indivíduos encarcerados. A população carcerária apresenta altas taxas de cáries, doenças periodontais e outros problemas dentais, que geralmente resultam do acesso inadequado a tratamento odontológico e de maus hábitos de vida (LERMEN et al, 2013).

Em relação a isso, o Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário (PNSSP) de 2003 funcionou como um marco importante para garantir o acesso à saúde para as PPLs, que também se estende à saúde bucal. A implementação desse plano, no entanto, tem sido prejudicada pela ausência de recursos, superlotação nas unidades prisionais e infraestrutura insuficiente das instalações (BARBOSA et al, 2022).

Outra barreira significativa para a saúde bucal nas instituições penitenciárias é a falta de acesso a cuidados preventivos. Muitas PPLs carecem de orientação sobre hábitos de higiene e prevenção de doenças dentárias, embora uma das áreas prioritárias estabelecidas pela PNAISP seja a promoção da saúde bucal. Como corroborado em pesquisas, essa emancipação da higiene oral precária é agravada pela indisponibilidade de escovas de dente e creme dental suficientes e, também, por

dietas incorretas, fatores que favorecem o agravamento das condições de saúde oral nas prisões (ALEXANDRIA JUNIOR, 2019).

A educação em saúde é outro aspecto relevante da saúde bucal das pessoas privadas de liberdade. Programas de conscientização do sistema prisional relacionados ao atendimento odontológico são uma chave importante para prevenir doenças dentárias. No entanto, nas unidades prisionais brasileiras, tais programas ainda estão em uma fase inicial e a educação em saúde bucal precisa ser mais inserida no dia a dia das pessoas privadas de liberdade (PAULETO et al., 2021). A falta de incentivo para conduzir esse trabalho educativo também é um desafio, limitando assim os esforços na luta preventiva contra doenças orais.

Em conclusão, a iniciativa para melhorar a saúde bucal no sistema prisional exigirá uma visão comum e o trabalho de, além de profissionais de saúde bucal, outras áreas como educação e assistência social. Nessa análise, a PNAISP preconiza a integração de equipes multidisciplinares compostas por cirurgiões-dentistas, médicos, enfermeiros e psicólogos é capaz de oferecer uma atenção mais completa as PPLs, haja vista a importância de visualizar o paciente como um todo para que deste modo exista comunicação efetiva com promoção de efeitos e prevenção de doenças bucais (PNAISP, 2014)

Educar as PPLs de como a saúde bucal pode impactar diretamente sua saúde geral é um fator importante na redução de problemas odontológicos na prisão. Finalmente, a saúde bucal dos estabelecimentos prisionais brasileiros precisa de mais atenção dos órgãos públicos, que devem garantir o não apenas a existência de tratamento odontológico, mas também as condições adequadas para a promoção e prevenção de doenças bucais. A efetivação desse direito não apenas melhora a saúde dos privados de liberdade, mas também contribui para a sua reabilitação e reintegração social (BRASIL, 2005).

## **5. SAÚDE BUCAL NA UNIDADE DE CUSTÓDIA E REINserÇÃO DE MARITUBA II (UCRM II)**

De acordo com dados fornecidos pelo relatório “SUSIPE em números” (2019), a capacidade do estabelecimento prisional em análise é de 304 PPLs. Contudo, a atual lotação da unidade é de 413 pessoas, o que evidencia a superlotação carcerária

e compromete a manutenção de direitos básicos que devem ser fornecidos pelo Estado, inclusive a saúde bucal.

A saúde bucal das pessoas privadas de liberdade nas unidades prisionais do estado do Pará, nada diferente do restante do país, apresenta desafios significativos, refletindo a precariedade das condições de vida nas prisões e a insuficiência de serviços odontológicos adequados. Estudos indicam que a população carcerária paraense sofre de alta prevalência de doenças bucais, como cáries e doenças periodontais, devido à falta de acesso a cuidados preventivos e tratamentos odontológicos regulares (LOBÔ *et al.*, 2022).

Diante do caso acima aventado, impende apontar que os estudos realizados com PPLs têm procurado identificar fatores relacionados ao adoecimento dessa população. Entretanto, ainda que seja uma temática de importância tanto para a literatura quanto para sustentar a aplicação de políticas públicas específicas para PPLS, os estudos epidemiológicos ainda são incipientes nos estabelecimentos prisionais do Estado do Pará (SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Com afincos de solucionar essa lacuna na área acadêmica, a pesquisa realizada na UCRM II apresenta um estudo epidemiológico sobre a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade desta unidade prisional. O objetivo principal foi avaliar as condições de saúde bucal da população carcerária, com ênfase em aspectos socioeconômicos, a demanda por consulta odontológica, quantidade de escovação diária e o uso e necessidade de próteses dentárias.

O cálculo amostral considera a população de 413 pessoas, sendo que apenas 127 pessoas privadas de liberdade participaram efetivamente da pesquisa. Os dados foram coletados por meio de questionários sociodemográficos e exames clínicos odontológicos.

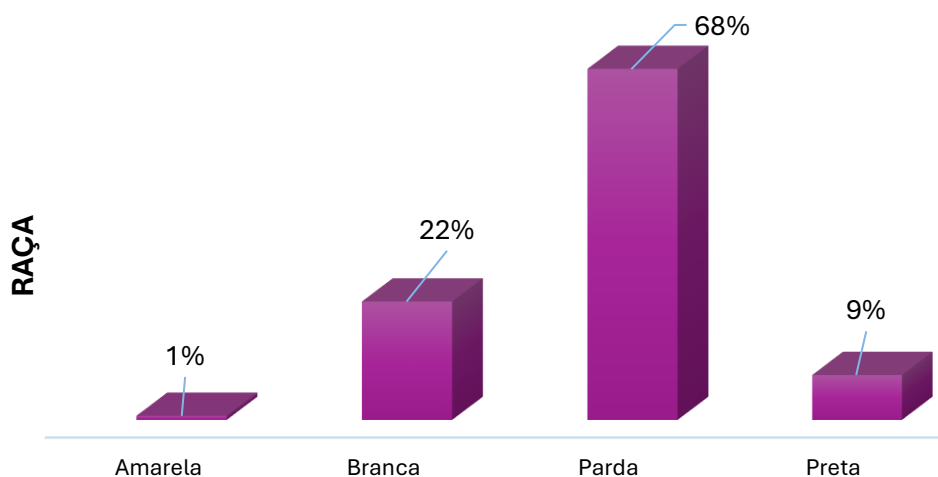


Gráfico 1. Raça.

O levantamento mostra que a maioria dos entrevistados, por autoclassificação, é composta pela maioria de pessoas pardas e pretas que juntas somam o percentual de 77%. Importante frisar que para Santos *et al.* (2010), o conceito de raça é frequentemente usado para descrever grupos humanos com características morfológicas semelhantes, como cor da pele e tipo de cabelo. Historicamente, foi empregado para categorizar populações, mas hoje é reconhecido como uma construção social, mais do que biológica.

Raça	Quantidade	Porcentagem
Amarela	1	1%
Branca	29	22%
Parda	86	68%
Preta	11	9%
Total Geral	127	100%

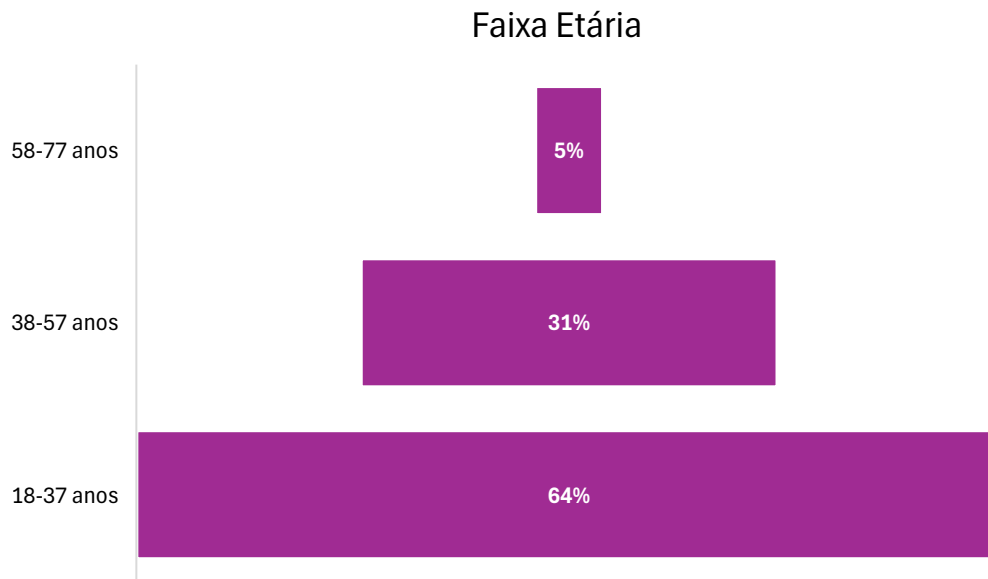


Gráfico 2: Faixa-etária

Os dados também evidenciam que 64% da amostra está na faixa-etária de 18 a 37 anos; o que constitui, portanto, uma população eminentemente jovem com alta vulnerabilidade social e econômica. Tal quantitativo é importante para a compreensão das necessidades de tratamento odontológico na faixa etária jovem-adulta.

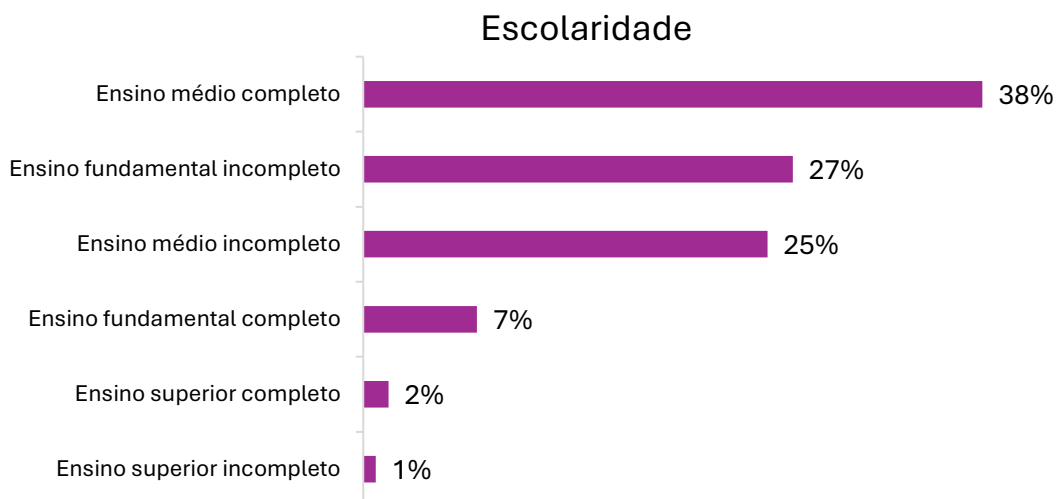


Gráfico 3: escolaridade

Ressalta-se que o baixo grau de escolaridade entre as pessoas privadas de também tem impactos diretos em outras áreas, como a saúde, incluindo a saúde bucal. Sem o devido conhecimento e orientação, muitos desses indivíduos acabam não adotando práticas preventivas de saúde, o que contribui para o aumento das doenças bucais e outras complicações de saúde.

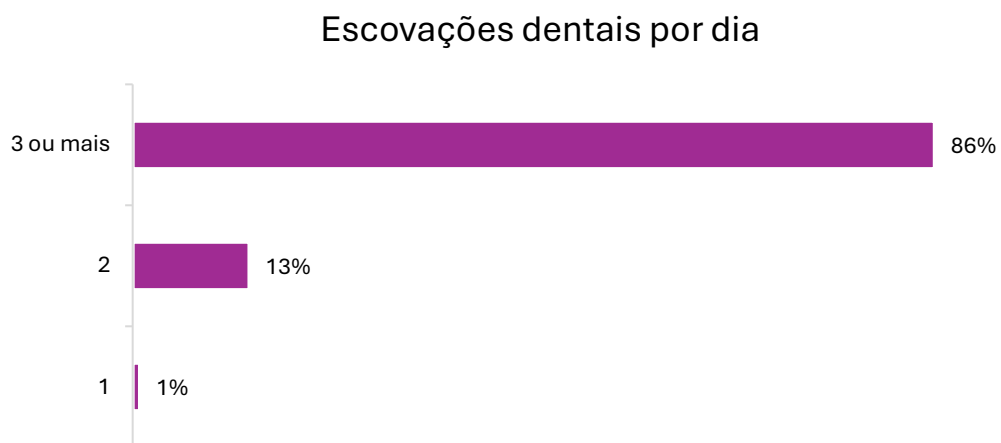


Gráfico 4: quantidade de escovação diária

Além disso, outro dado relevante é a prática de escovação: **a maioria dos entrevistados realiza de duas a três escovações diárias**, conforme demonstra o gráfico 4. Embora isso seja positivo, é importante salientar que uma escovação efetiva depende de fatores relacionados à qualidade dos insumos utilizados como escova e creme dental e técnica adequada de escovação.

Nesse sentido, dada a precariedade da saúde bucal observada dentro da unidade prisional, é possível que a quantidade escovação diária, ainda que em número satisfatório, não seja suficiente para prevenir as altas taxas de cárie observadas (gráfico 5).

### Dentes Cariados

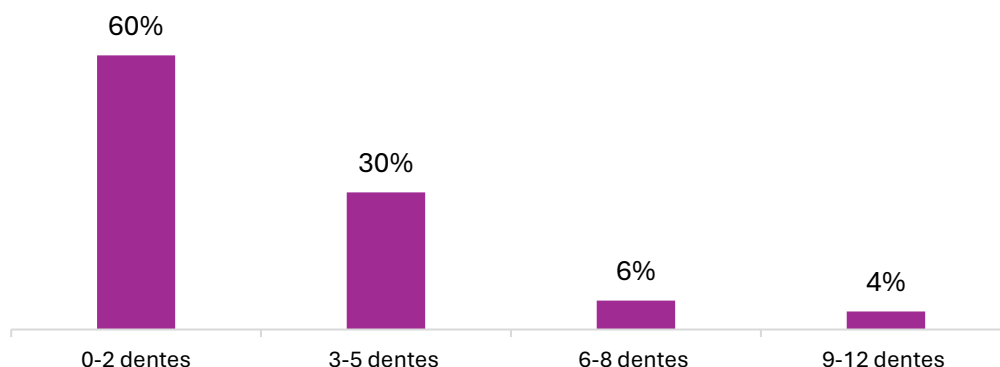


Gráfico 5: quantidade de dentes cariados.

No gráfico 5 é possível observar que, predominantemente, a amostra populacional apresenta algum dente cariado; tal evidência reforça a necessidade de atenção para o uso inadequado de produtos de higiene bucal, a falta de orientação sobre técnicas adequadas de escovação, ou mesmo o estado geral de saúde bucal das PPLs.

### Motivo da última consulta odontológica

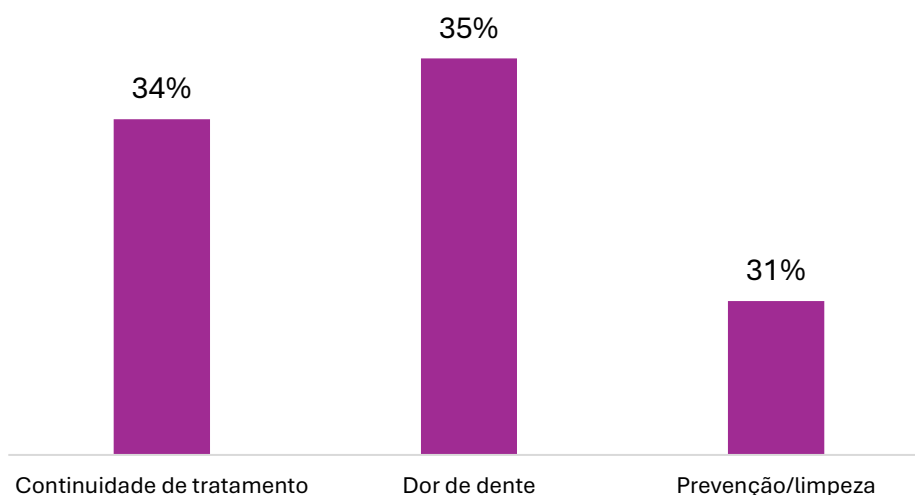


Gráfico 6: Motivo da última consulta no cirurgião-dentista.

Além disso, indica o gráfico 6 que a alta prevalência de **emergência odontológica**, (35% dos motivos das consultas odontológicas), também reflete a falta

de cuidados preventivos adequados, já que muitos dentes das PPLs são extraídos devido à cárie não tratada (gráfico 5) no estágio inicial.

Além da falta de cuidados preventivos, a sobrecarga do sistema de saúde prisional leva a um sistema odontológico insuficiente para as pessoas privadas de liberdade. O problema da escassez de materiais adequados ou a descontinuidade de tratamento odontológico, faz com que os retornos ao consultório sejam restritos a emergências; sem reabilitação adequada ou promoção da saúde bucal.

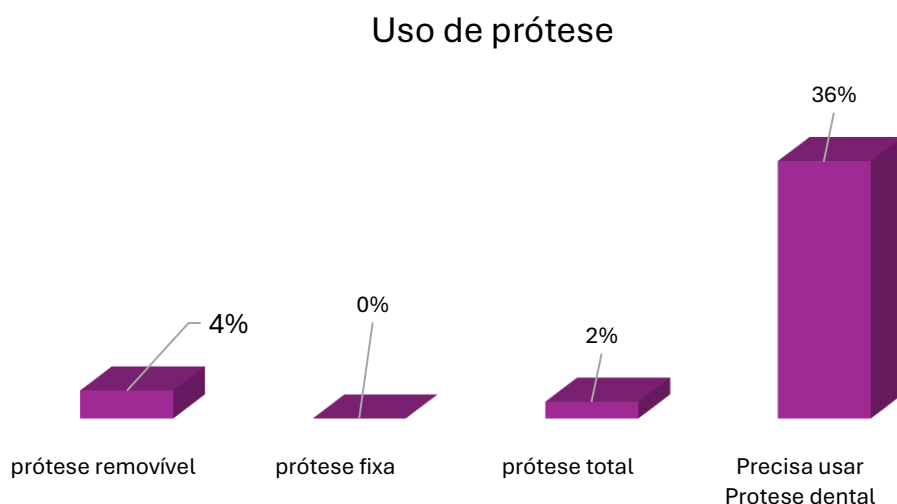


Gráfico 7: uso e necessidade de prótese dentária

Os dados avaliados no Gráfico 7 revelam que apenas 6% da amostra já faz uso de algum tipo de prótese dentária, porém 36% dessa população necessita utilizar prótese. Essa análise revela um considerável desajuste entre a necessidade e a realidade do cuidado odontológico disponível. Esse cenário sugere uma deficiência no fornecimento de próteses dentárias adequadas às PPLs, possivelmente devido às limitações nos serviços de saúde bucal nas instituições prisionais.

## 6. DISCUSSÃO

Ressalta-se que o quadro de superlotação por si só implica em violação à dignidade humana. Um estabelecimento prisional que ultrapassa os limites de capacidade padece de mal funcionamento estrutural e crônico, pois tão logo compromete a prestação dos demais serviços que garantem alguma dignidade às PPLs. Importante salientar que a viabilidade do atendimento odontológico necessita de uma logística própria dos estabelecimentos prisionais quanto à efetivo de segurança para escolta (policia penal), disponibilidade de algemas e suprimento de materiais odontológicos adequados.

Sobre aos dados extraídos dos gráficos 1, 2 e 3, evidencia-se que o perfil social predominante dentro da unidade prisional em análise constitui um grupo que sofre marginalização antes mesmo do cumprimento de pena, composto por jovens, negros e pardos, com baixo grau de escolaridade. De acordo com Moreira *et al.* (2007), as condições de vida precárias e o difícil acesso a serviços de saúde de qualidade deixam marcas físicas e psicológicas, refletidas na dentição da população pobre. Dito isto, é imperativo que a tarefa ressocializadora deva começar pelo melhoramento material das unidades penitenciárias e pela humanização do atendimento médico-odontológico.

A prática de escovação bucal entre as PPLs, embora razoavelmente frequente, não é suficiente para evitar o avanço de doenças dentárias, que já estão em estágios avançados quando o tratamento é buscado. A qualidade dos insumos, como escovas e cremes dentais, e a falta de instrução sobre técnicas de escovação adequadas também são fatores críticos que contribuem para a prevalência de problemas bucais. Além disso, a alta incidência de extrações dentárias devido à cárie não tratada é um reflexo da falta de cuidados preventivos regulares e de tratamentos especializados.

A extração (exodontia), ao resolver temporariamente o problema da dor, gera a perda irreversível dos dentes e cria uma dependência de próteses, alimentando um mercado que explora a condição de desdentados, principalmente entre os mais pobres (COSTA *et al.*, 2013). Essa realidade evidencia a desigualdade no acesso aos cuidados odontológicos, agravada pela falta de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS) e nas unidades prisionais, pela limitação orçamentária que impede a universalização do atendimento. Neste contexto, o Estado deve adotar uma postura

protetora, indo além do tratamento curativo e enfrentando as desigualdades sociais que afetam o acesso aos serviços de saúde bucal.

Outro dado alarmante é a discrepância entre a necessidade de próteses dentárias e a disponibilidade delas no sistema prisional. A pesquisa revelou que 36% dos entrevistados necessitam de próteses, mas apenas 6% fazem uso de algum tipo (Gráfico 7). Essa falta de acesso a próteses dentárias adequadas não só impacta a qualidade de vida das PPLs, mas também reflete a insuficiência dos serviços odontológicos oferecidos. O não atendimento dessa demanda resulta em um ciclo contínuo de negligência e sofrimento para a população carcerária.

Noutro ponto, outros aspectos da condição detentiva devem ser levados em consideração com a finalidade de verificar a dignidade da execução penal no estabelecimento prisional; de modo que o mal funcionamento crônico se espraia sobretudo no dever do Poder Público de resguardar o direito à saúde bucal das PPLs. Contudo falta de cuidado preventivo e de tratamentos adequados leva a complicações mais graves, que necessitam de cuidados mais caros e invasivos, muitas vezes não fornecidos pelo Estado.

Em análise, frisa-se que as unidades prisionais oferecem serviços limitados de atenção primária à saúde bucal como exodontia, restauração e profilaxia (limpeza). Tal fato revela uma disruptura no conceito de integralidade, pois a necessidade de utilização de prótese pelas PPLs encontrada no gráfico 7, devido à perda prematura de elementos dentários, é crescente e carece de um fluxo de referência para Centros de Especialidades que atendam esta demanda. Ocorre que quando não é possível esse referenciamento, deixa-se o ônus do atendimento especializado a cargo da família, que muitas vezes não possui condições econômicas.

Sabendo que o ciclo de estabelecimento das doenças de origem odontológicas é progressivo, os dados coletados demonstram a grande necessidade de instaurar uma política preventiva dentro dos estabelecimentos penitenciários, pois a orientação e educação em saúde bucal se faz necessária na paralisação das doenças ainda em estágio inicial. A dentição, muitas vezes deteriorada devido à falta de acesso a cuidados odontológicos adequados antes e durante o período de reclusão, se torna um símbolo da exclusão social e da desigualdade, que se acentuam ainda mais dentro dos estabelecimentos prisionais.

Nessa análise, o cárcere reflete as características típicas da sociedade, sobretudo as negativas. Assim, Alessandro Baratta reflete:

“as relações sociais e de poder da subcultura carcerária têm uma série de características que a distinguem da sociedade externa, e que dependem da particular função do universo carcerário, mas na sua estrutura mais elementar elas não são mais do que a ampliação, em forma menos mistificadas e mais ‘pura’, das características típicas da sociedade capitalista: são relações sociais baseadas no egoísmo, e na violência legal, no interior das quais os indivíduos socialmente mais frágeis são obrigados a papéis de submissão e exploração” (BARATTA, 2014)

A análise da população carcerária brasileira, quando contextualizada com a vulnerabilidade social fora dos estabelecimentos penitenciários revela que as desigualdades no acesso aos serviços de saúde bucal são ainda mais pronunciadas entre indivíduos em situação de privação de liberdade. A população carcerária é um reflexo da vulnerabilidade social, econômica e educacional, características que também influenciam o acesso à saúde bucal.

Fatores como renda, escolaridade e desemprego impactam a utilização dos serviços odontológicos. Sousa *et al.* (2021) aponta que famílias em situação de vulnerabilidade enfrentam dificuldades para acessar serviços odontológicos devido a fatores econômicos e sociais. Nessa análise, as PPLs também se veem limitadas pelo acesso restrito a tratamentos de saúde bucal. Dentro do sistema prisional, onde a população é majoritariamente de baixa renda e com pouca escolaridade, a escassez de serviços odontológicos adequados agrava as condições de saúde bucal desses indivíduos

A análise da população carcerária brasileira, em relação à saúde bucal, evidencia que o acesso a esses serviços é profundamente influenciado pela vulnerabilidade social. Assim como para as famílias em situação de pobreza fora do sistema prisional, as pessoas privadas de liberdade enfrentam barreiras significativas no acesso a cuidados odontológicos, o que agrava ainda mais suas condições de saúde geral. A falta de recursos financeiros, a sobrecarga dos sistemas públicos e a carência de infraestrutura nas unidades prisionais contribuem para uma elevada prevalência de problemas bucais, como cáries e doenças periodontais, que muitas vezes não recebem o devido tratamento

A classe social desempenha um papel determinante no acesso aos serviços odontológicos (SOUZA *et al.*, 2021). A população de baixa renda tem significativamente mais dificuldades em acessar atendimento odontológico regular, principalmente devido a custos elevados, falta de plano de saúde odontológico e insuficiência de serviços públicos adequados.

A relação entre condições socioeconômicas e a saúde bucal no Brasil, destacando-se fatores como renda, educação e acesso a serviços de saúde influenciam diretamente na prevalência de doenças bucais. As populações com menor nível socioeconômico apresentam maiores índices de cárie dentária, perda dentária e necessidade de próteses, evidenciando a desigualdade no acesso e na qualidade dos serviços odontológicos (SILVA *et al.*, 2015).

Ao correlacionar esses achados com a saúde bucal da população privada de liberdade no Brasil, observa-se uma sobreposição de vulnerabilidades. Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2024 revelam que a população carcerária brasileira atingiu 852.010 pessoas em 2023, com quase 70% sendo negros, refletindo as disparidades raciais e sociais presentes no país. Essa situação é exacerbada pelas condições socioeconômicas desfavoráveis e pela baixa escolaridade, que limitam o acesso a informações e práticas de higiene bucal adequadas.

Os dados obtidos a partir da população carcerária da UCRM II corroboram para a situação de que a maioria dos encarcerados possui baixa escolaridade e provém de contextos socioeconômicos desfavorecidos, fatores que, conforme o mencionado, estão associados a piores condições de saúde bucal descrita. A baixa qualidade da saúde bucal de pessoas privadas de liberdade frequentemente é resultante de uma combinação de negligência anterior ao encarceramento e da falta de assistência odontológica adequada durante o período de reclusão.

A falta de cuidado preventivo e de tratamentos adequados, muitas vezes, leva a complicações mais graves, que necessitam de cuidados mais caros e invasivos (FAGUNDES *et al.*, 2021). Em síntese, a importância de entender a saúde bucal não apenas como um problema individual, mas como uma questão de justiça e direito social, que exige políticas públicas mais inclusivas e acessíveis para toda a população, sobretudo a carcerária, independentemente de sua classe social.

Outrossim, os achados indicam a necessidade imperativa de melhorar o acesso a cuidados preventivos, tratamentos odontológicos adequados e a distribuição de próteses dentárias para atender à grande demanda. A política de saúde bucal nos

estabelecimentos prisionais precisa ser revista e ampliada para incluir sobretudo serviços de prevenção e tratamento mais abrangentes e especializados, com a finalidade precípua de garantir o direito pleno à saúde bucal das pessoas privadas de liberdade.

As desigualdades sociais e econômicas ainda fora do cárcere têm uma correlação direta com a saúde bucal da população carcerária. A interseção dessas vulnerabilidades exige políticas públicas mais eficazes e inclusivas, que considerem as especificidades dessa população e busquem reduzir as disparidades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde bucal.

Portanto, torna-se necessária a aplicação de políticas públicas mais específicas, com foco no aumento do acesso e na educação em saúde bucal, necessárias para reduzir as disparidades, tanto para as populações carcerárias quanto para as vulneráveis na sociedade em geral (SOUZA *et al.*, 2021).

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A população carcerária do estado sofre com uma alta prevalência de doenças bucais, como cáries e doenças periodontais, devido à falta de acesso a tratamentos preventivos e odontológicos regulares. A pesquisa realizada na UCRM II demonstrou que os serviços odontológicos ainda são insuficientes para atender a toda a demanda. A escassez de materiais, a sobrecarga do sistema e a limitação de recursos comprometem a saúde bucal da população carcerária, que frequentemente recorre a atendimentos de emergência em vez de cuidados preventivos.

O perfil da população carcerária, majoritariamente composta por jovens, negros e pardos com baixo grau de escolaridade, contribui diretamente para as condições de saúde bucal precárias. A associação entre esses fatores socioeconômicos e as dificuldades de acesso a cuidados odontológicos é clara, uma vez que esses indivíduos, tanto dentro quanto fora das prisões, enfrentam um ciclo de exclusão social e marginalização. Esses dados reforçam a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e equitativa no acesso a serviços de saúde bucal.

Uma das principais barreiras enfrentadas para a melhoria das condições orais das pessoas privadas de liberdade é sem dúvida a falta de políticas de educação em saúde bucal no ambiente prisional, pois deste modo resultaria na redução de

procedimentos estritamente curativos. Embora ainda existam questões pendentes em saúde bucal dentro das unidades prisionais que requerem atenção, tais cuidados integrados e eficientes podem permitir que a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade seja tratada como uma questão de saúde pública.

É imprescindível que as políticas públicas de saúde bucal nos estabelecimentos prisionais sejam revistas e ampliadas para contemplar uma abordagem mais ampla e preventiva. A assistência odontológica nas prisões deve ir além dos atendimentos de emergência, incorporando medidas educativas e preventivas que possibilitem a redução de problemas bucais desde os estágios iniciais. A promoção da saúde bucal deve ser vista como um direito fundamental e uma questão de justiça social, e não apenas como um cuidado paliativo.

A interseção entre a vulnerabilidade social, racial e educacional da população carcerária e as condições de saúde bucal precárias é um reflexo das desigualdades estruturais presentes na sociedade brasileira. A falta de acesso a serviços de saúde bucal adequados, especialmente em contextos de privação de liberdade, é um indicativo de que as políticas públicas ainda são insuficientes para atender às necessidades da população mais vulnerável. A implementação de políticas mais inclusivas e acessíveis é urgente para garantir que todas as pessoas, independentemente de sua situação jurídica, tenham acesso a cuidados de saúde adequados.

Em conclusão, os dados obtidos na pesquisa evidenciam a urgente necessidade de políticas públicas que visem melhorar as condições de saúde bucal da população carcerária, com foco em prevenção, educação e tratamentos odontológicos adequados. A saúde bucal das pessoas privadas de liberdade não pode ser negligenciada, pois seu acesso reflete diretamente a dignidade humana e o cumprimento dos direitos fundamentais.

## **REFERÊNCIAS**

ALEXANDRIA JUNIOR, Paulo de Tasso Moura de. Educação carcerária e políticas públicas no Brasil: Efetivação de mudanças comportamentais? 2019. 144 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Tocantins,

Programa de Pós-Graduação em Educação, Palmas, 2019. Disponível em: [https://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/1453?utm\\_source](https://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/1453?utm_source). Acesso em: 18 set. 2024.

BARBOSA, Mayara Lima; CELINO, Suely Deysny de Matos; OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. Cadernos de Saúde Coletiva, [S.l.], v. 30, n. 4, p. 603-610, out.-dez. 2022. DOI: 10.1590/1414-462X202230040603. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/NbFdnvfx5vk9Sd4cXn7Kwgp/>. Acesso em: 18 set. 2024.

BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do Direito Penal: introdução à Sociologia do Direito Penal*. Tradução de Juarez Cirino dos Santos. 6. ed., 2. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Revan; Instituto Carioca de Criminologia, 2014.

BRASIL. Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Doença Crônica (PNAISP). Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnaisp.pdf>. Acesso em: 5 out. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 3 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, 11 jul. 1984. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm). Acesso em: 9 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_peniten\\_ciaro\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_peniten_ciaro_2ed.pdf). Acesso em: 2 fev. 2025.

CARVALHO, Mariana Siqueira de. A saúde como direito social fundamental na constituição federal de 1988. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 15–31, 2003. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v4i2p15-31. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181>. Acesso em: 6 jan. 2025.

COSTA, Simone de Melo; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de; VASCONCELOS, Mara; LIMA, Rita de Cássia Gabrielli Souza; VERDI, Marta; FERREIRA, Efigênia Ferreira. *Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética*. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 511-518, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000200017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200017>. Acesso em: 4 jan. 2025.

DIAZ, Maria Clara. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 926-938, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4pvcdxvVws93qd8QL3gkJwB/>. Acesso em: 1 fev. 2025.

FAGUNDES, Maria Laura Braccini; BASTOS, Lucelen Fontoura; DO AMARAL JÚNIOR, Orlando Luiz; et al. Desigualdades socioeconômicas no uso de serviços odontológicos no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, supl. 2, p. e210004, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004.supl.2>. Acesso em: 3 fev. 2025.

FÓRUM NACIONAL DE SEGURANÇA. Anuário 2024. 2024. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2024.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2025.

SALZANO, Francisco Mauro. Saúde pública no Primeiro e Terceiro Mundos: desafios e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 1-16, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DpHWvttBF8gh5cpfDX5MPqx/>. Acesso em: 3 out. 2024.

SILVA, Jéssica Kelly Alves Machado da; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; SILVA, Nathalya Anastacio dos Santos; PEREIRA, Dayse Carla Alves Sales; ROCHA, Ana Carolyn da Silva; COSTA, André Veras. A saúde bucal e a qualidade de vida de pessoas privadas de liberdade: um estudo de revisão. *Research, Society and Development*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. e13619, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13619. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13619>. Acesso em: 3 fev. 2025.

SUSIPE. *SUSIPE em números: junho*. Belém, 2019. Disponível em: <http://seap.sites.homologar.prodepa.pa.gov.br/sites/default/files/6%20SUSIPE%20EM%20NUMEROS%20JUNHO.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2024.

LERMEN, Helena Salgueiro; GIL, Bruna Laudissi; CÚNICO, Sabrina Daiana; JESUS, Luciana Oliveira de. A experiência de mulheres privadas de liberdade no contexto de encarceramento: saúde mental e práticas de cuidado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 905-924, jul.-set. 2015. DOI: 10.1590/S0103-73312015000300002. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n3/905-924/#>. Acesso em: 10 fev. 2025.

LÔBO, Nancy Meriane de Nóvoa; 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. 4423-4433, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n12/4423-4423/#>. Acesso em: 9 set. 2024.

OMENA, Bruna Lorena Simões de; SANTOS, Marília de Lima; FACHIN, Laércio Pol. *Caracterização da atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade no Brasil: uma revisão de escopo. Revisão Sistemática*. v. 6, n. 8, 2024. p. 5433-5455. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p5433-5455>. Publicado em 30 ago. 2024. Acesso em: 10 de dez. de 2024

PAULETO, Adriana Regina Colombo; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb. A saúde bucal e a qualidade de vida das pessoas privadas de

liberdade: desafios e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 433-441, fev. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021262. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cL7Ym9gZJm7HnGyQrVkJtRs/>. Acesso em: 1 dez. 2024.

PONTES, Ana Paula Munhen de; CESSO, Rachel Garcia Dantas; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Esc. Anna Nery*, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 429-435, set. 2009. DOI: 10.1590/S1414-81452009000300007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/FGxx6mRxxgRTDNVByFycsMpQ/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

SANTOS, Diego Junior da Silva; PALOMARES, Nathália Barbosa; NORMANDO, David; QUINTÃO, Cátia Cardoso Abdo. **Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar.** *Dental Press Journal of Orthodontics*, v. 15, n. 3, p. 121-124, maio/jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2176-94512010000300015>. Acesso em: 01 jan. 2025.

SILVA, Janmille Valdivino da; MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo; FERREIRA, Maria Angela Fernandes. **As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2539-2548, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bwMVST4sZsPhRnQR7Vw3cPz/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

SILVA, Maria Aparecida da; LIMA, Ivone Soares. A saúde no Brasil: direitos e deveres. *Enfermagem & Atenção à Saúde*, v. 11, n. 2, p. 14-21, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2024.

SIQUEIRA, Mayra Rolla; VILAS BOAS, Maria Cristina Rolla; DE ABUD, Juli Ingrid Freitas; DE ARAÚJO, Rodolfo José Gomes; DOS REIS, Augusto Cesar Alcântara. *Saúde bucal da população carcerária: levantamento epidemiológico.* 2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340881551\\_SAÚDE\\_BUCAL\\_DA\\_POPULA](https://www.researchgate.net/publication/340881551_SAÚDE_BUCAL_DA_POPULA)

CAO CARCERARIA LEVANTAMENTO EPIDEMIOLOGICO. Acesso em: 13 fev. 2025.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, jan.-abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/>. Acesso em: 4 set. 2024.

PEREIRA, Luiz. História do Sistema de Saúde no Brasil. Revista Brasileira de História da Saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 10-27, 2018.