v7.n11.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÕES PRIVADAS DE LIBERDADE: UMA REVISÃO DE ESCOPO

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ORAL HEALTH IN INCARCERATED POPULATIONS: A SCOPING REVIEW

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES PRIVADAS DE LIBERTAD: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

Rodolfo José Gomes de Araújo[1], Marcela Raíssa Asevedo Dergan[2], Ailson Almeida Veloso Junior[3], Edson do Socorro Abreu Furtado Filho[4], Laryssa Soares Gonçalves[5], Carla Cristina Ferreira dos Santos[5], Sophia Britto Gomes de Araújo[6], Fernanda Ferreira de Albuquerque Jassé[7], Diandra Costa Arantes[8], Juarez Antônio Simões Quaresma[9]

e7119448

https://doi.org/10.47820/recima21.v7i11.9448

PUBLICADO: 11/2026

RESUMO

Objetivo: mapear as condições de saúde bucal de pessoas privadas de liberdade, os fatores associados, as necessidades de tratamento e as barreiras assistenciais. Métodos: revisão de escopo orientada pelo referencial de Arksey e O'Malley e pelas diretrizes PRISMA-ScR, com buscas em PubMed, LILACS e SciELO. O fluxo informado reuniu 1.583 registros e 26 publicações, correspondentes a 24 estudos primários e duas revisões. As revisões foram apresentadas separadamente, sem combinar suas estimativas às dos estudos primários. Resultados: foram descritas cárie não tratada, alterações periodontais, perdas dentárias, desgaste erosivo, bruxismo e traumatismos, com frequências variáveis entre amostras e contextos. As necessidades abrangeram cuidados preventivos, restauradores, periodontais e protéticos, além de atenção à dor e à infecção. Limitações de infraestrutura, disponibilidade de profissionais, materiais de higiene e organização dos encaminhamentos foram barreiras recorrentes. A predominância de estudos transversais limita inferências causais. Conclusão: as evidências apontam necessidades relevantes de atenção odontológica nas populações investigadas, sem permitir estimar prevalência global ou generalizar os resultados a todos os sistemas prisionais. O planejamento deve integrar prevenção, assistência e continuidade do cuidado. A heterogeneidade dos estudos e a não recuperação de textos completos limitam a abrangência da síntese.

PALAVRAS-CHAVE: Prisioneiros. Saúde bucal. Cárie dentária. Doenças periodontais. Assistência odontológica.

[1] Mestre em Odontologia pela Universidade Federal do Pará (2008) e Doutorando em Biologia Parasitária na Amazônia (Universidade do Estado do Pará e Instituto Evandro Chagas).
[2] Doutoranda em Biologia Parasitária na Amazônia (Universidade do Estado do Pará e Instituto Evandro Chagas).
[3] Professor Assistente I da Universidade do Estado do Pará. Mestre em Cirurgia e Pesquisa Experimental e Doutorando em Biologia Parasitária na Amazônia (Universidade do Estado do Pará e Instituto Evandro Chagas).
[4] Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal do Pará (2025), pós-graduando em Saúde Pública pela Unicesumar e Odontologia Hospitalar pela Unicive – Centro Universitário Cidade Verde.
[5] Acadêmica de Odontologia da Universidade Federal do Pará.
[6] Acadêmica de Psicologia do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia.
[7] Doutora em Ciências Odontológicas – UNESP, Docente Adjunta da área de Dentística Restauradora na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPa).
[8] Doutorado em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Brasil. Docente da Faculdade de Odontologia da UFPA.
[9] Doutorado em Patologia pela Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Docente do Programa de Pós-graduação em Biologia Parasitária na Amazônia.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

ABSTRACT
Objective: To map oral health conditions, associated factors, treatment needs, and barriers to care among incarcerated people. Methods: A scoping review guided by Arksey and O'Malley's framework and the PRISMA-ScR reporting guidelines, with searches in PubMed, LILACS, and SciELO. The reported selection flow comprised 1,583 records and 26 publications: 24 primary studies and two reviews. Reviews were presented separately, without combining their estimates with primary study results. Results: Untreated caries, periodontal conditions, tooth loss, erosive tooth wear, bruxism, and dental trauma were reported, with frequencies varying across samples and settings. Needs included preventive, restorative, periodontal, and prosthetic care, alongside management of pain and infection. Infrastructure constraints, staff availability, hygiene supplies, and referral arrangements were recurrent barriers. The predominance of cross-sectional studies limits causal inference. Conclusion: Evidence indicates substantial dental care needs in the populations studied but does not support a global prevalence estimate or generalization to all prison systems. Planning should integrate prevention, treatment, and continuity of care. Study heterogeneity and unavailable full texts limit the scope of the synthesis.

KEYWORDS: *Prisoners. Oral health. Dental caries. Periodontal diseases. Dental care.*

RESUMEN
Objetivo: mapear las condiciones de salud bucal, los factores asociados, las necesidades de tratamiento y las barreras asistenciales de las personas privadas de libertad. Métodos: revisión de alcance orientada por el marco de Arksey y O'Malley y las directrices PRISMA-ScR, con búsquedas en PubMed, LILACS y SciELO. El flujo informado comprendió 1.583 registros y 26 publicaciones: 24 estudios primarios y dos revisiones. Las revisiones se presentaron por separado, sin combinar sus estimaciones con las de los estudios primarios. Resultados: se describieron caries no tratada, alteraciones periodontales, pérdida dentaria, desgaste erosivo, bruxismo y traumatismos, con frecuencias variables entre muestras y contextos. Las necesidades abarcaron atención preventiva, restauradora, periodontal y protésica, además del manejo del dolor y la infección. Las limitaciones de infraestructura, disponibilidad de profesionales, productos de higiene y organización de las derivaciones fueron barreras recurrentes. El predominio de estudios transversales limita las inferencias causales. Conclusión: las evidencias señalan necesidades relevantes de atención odontológica en las poblaciones investigadas, sin permitir estimar una prevalencia global ni generalizar los resultados a todos los sistemas penitenciarios. La planificación debe integrar prevención, asistencia y continuidad de la atención. La heterogeneidad y la falta de recuperación de textos completos limitan la síntesis.

PALABRAS CLAVE: *Prisioneros. Salud bucal. Caries dental. Enfermedades periodontales. Atención odontológica.*

INTRODUÇÃO

A dimensão do encarceramento torna a saúde prisional uma questão de saúde pública. A 14ª edição da World Prison Population List, publicada em 2024, estimou aproximadamente 11,5 milhões de pessoas em instituições penais no mundo (1). No Brasil, o levantamento da Secretaria Nacional de Políticas Penais referente ao primeiro semestre de 2025 registrou 705.872 pessoas em celas físicas e 235.880 em prisão domiciliar; essas categorias devem ser

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

distinguidas nas comparações populacionais (2). Esses dados têm datas de referência específicas e não constituem estimativas em tempo real.

Embora o sistema prisional deva assegurar assistência à saúde, diferentes estudos apontam limitações na disponibilidade, na continuidade e na qualidade dos serviços prestados às pessoas privadas de liberdade (3-5). O retorno à comunidade e as transferências entre unidades reforçam a importância de articular o cuidado durante e após o encarceramento, evitando interrupções de tratamentos em andamento (4,6).

Revisões anteriores examinaram intervenções em ambientes prisionais e a situação de saúde bucal em contextos nacionais específicos. Booth *et al.* (7) mapearam intervenções de educação em saúde, teleodontologia e triagem, enquanto Mehta *et al.* (8) sintetizaram indicadores de saúde bucal de pessoas privadas de liberdade na Índia. A presente revisão organiza conjuntamente condições clínicas, fatores associados, necessidades assistenciais e barreiras institucionais em diferentes contextos geográficos, buscando aproximar o mapeamento epidemiológico das decisões sobre organização do cuidado. Essa proposta amplia os eixos de análise, sem pressupor ausência de revisões anteriores ou superioridade metodológica sobre elas.

O objetivo geral foi mapear a literatura sobre o perfil epidemiológico da saúde bucal em pessoas privadas de liberdade. Os objetivos específicos foram identificar condições e indicadores bucais; caracterizar fatores associados; descrever necessidades de tratamento, distinguindo urgências de cuidados programados; e discutir barreiras e possibilidades de intervenção em ambientes prisionais.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

A saúde bucal no contexto prisional resulta da interação entre condições anteriores ao ingresso, características individuais e organização institucional do cuidado. Desvantagem socioeconômica, escolaridade, trajetória de acesso aos serviços e exposição ao tabaco e a outras substâncias podem se acumular antes do encarceramento. Sua presença na população prisional não permite atribuir ao confinamento, isoladamente, a origem das doenças observadas (4,5,6).

As condições do ambiente prisional podem favorecer o agravamento de doenças e agravos bucais quando restringem a higiene, o acesso a materiais, a alimentação adequada ou a obtenção de atendimento oportuno. Entretanto, a disponibilidade de assistência varia entre países e unidades. O acesso efetivo depende de profissionais, infraestrutura, avaliação clínica e

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

fluxos de encaminhamento que conciliem as rotinas institucionais com as necessidades de saúde (5,7).

A população prisional apresenta diversidade etária e social. Pessoas mais velhas podem acumular perdas dentárias e necessidades de reabilitação, enquanto diferentes padrões de exposição e utilização dos serviços podem ocorrer segundo sexo e trajetória de vulnerabilidade. A análise dessas diferenças requer amostras e indicadores adequados; a predominância de homens em vários estudos limita a extrapolação dos achados para mulheres e outros grupos pouco representados (4,6,9,10).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída em 2014, insere a saúde prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde. A organização das equipes de atenção primária prisional contempla a participação de cirurgião-dentista em modalidades de equipe e de profissionais de apoio em saúde bucal (11). Esse referencial permite discutir o acesso como responsabilidade assistencial e institucional, e não como benefício condicionado ao comportamento da pessoa custodiada.

A atenção odontológica deve considerar a integração com a Rede de Atenção à Saúde, articulando atendimento na unidade, encaminhamentos especializados e continuidade após transferências ou saída do sistema prisional. O levantamento epidemiológico pode subsidiar esse planejamento ao diferenciar doença ativa, experiência acumulada de cárie, perda dentária, limitação funcional e urgência, evitando reduzir necessidades distintas a um único indicador (4,5,11).

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de escopo baseada no referencial de Arksey e O'Malley (12), com relato orientado pelo Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (13). As etapas compreendem identificação das questões de pesquisa, localização das fontes, seleção, extração e organização dos dados e síntese dos achados. A finalidade é mapear a amplitude e as características da literatura, e não produzir uma estimativa conjunta de prevalência.

2.1. Questões norteadoras e delimitação PCC

A delimitação foi organizada em população, conceito e contexto (PCC): população — pessoas privadas de liberdade, sem restrição declarada de idade ou sexo; conceito — condições de saúde bucal, indicadores epidemiológicos, fatores associados, necessidades de tratamento e

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

barreiras assistenciais; contexto — estabelecimentos prisionais e centros de detenção de diferentes países.

Q1 — Quais condições e indicadores epidemiológicos de saúde bucal são descritos nas populações privadas de liberdade?

Q2 — Quais características individuais, sociais e institucionais são descritas ou analisadas como fatores associados às condições bucais?

Q3 — Quais necessidades de tratamento são identificadas e quais correspondem a urgência odontológica?

Q4 — Quais barreiras e estratégias são relatadas para implementar a atenção odontológica no ambiente prisional?

2.2. Fontes de informação e estratégias de busca

As buscas bibliográficas foram realizadas nas bases PubMed e LILACS e na biblioteca eletrônica SciELO. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) Prisioneiros, Saúde bucal, Cárie dentária, Doenças periodontais e Assistência odontológica, combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

2.3. Critérios de elegibilidade e seleção

A população de interesse compreende pessoas privadas de liberdade, independentemente da presença de transtornos mentais. Foram considerados estudos sobre cárie, condições periodontais, perdas dentárias, outros agravos bucais, utilização dos serviços, necessidades de tratamento e organização da assistência em estabelecimentos prisionais. A documentação informa ausência de restrição de idade, sexo, idioma e data de publicação. Estudos sem relação com a saúde bucal ou sem população inserida no contexto prisional não atendem ao escopo.

O conjunto identificado no manuscrito contém 24 publicações primárias e duas revisões. As evidências primárias foram organizadas separadamente das revisões de Booth *et al.* (7) e Mehta *et al.* (8), utilizadas para contextualização e comparação. Não foram somadas amostras nem combinadas estimativas dessas revisões com os resultados primários. Essa organização evita tratar uma síntese secundária como observação adicional independente, mas não comprova que sua inclusão tenha sido prevista nos critérios originais.

Os registros foram importados para o EndNote, com remoção eletrônica de duplicatas. Segundo a descrição da pesquisa, a triagem de títulos e resumos foi realizada por uma assistente de pesquisa; os textos recuperados foram avaliados independentemente por três autores.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Dúvidas foram discutidas entre os autores e a pesquisadora principal. A triagem inicial por uma única pessoa constitui uma limitação do procedimento informado.

2.4. Extração e síntese dos dados

A Tabela 1 organiza autoria e ano, país, população e tamanho amostral, delineamento, indicadores e principais achados. As informações bibliográficas e os resultados aqui apresentados foram confrontados, quando disponíveis, com registros indexados, resumos e textos das publicações. A síntese foi descritiva e temática, organizada segundo as quatro questões norteadoras, sem metanálise. Não se calculou prevalência global e não se somaram participantes de publicações que podem compartilhar a mesma amostra.

CPOD corresponde ao número de dentes cariados, perdidos por cárie e obturados, equivalente ao DMFT na terminologia inglesa. É um indicador acumulado de experiência de cárie e não equivale à prevalência de lesões ativas. As médias foram apresentadas com desvio-padrão quando disponível. Diferenças de idade, critérios diagnósticos, número de dentes examinados e composição das amostras foram consideradas na interpretação, sem estabelecer um ranking entre países.

2.5. Aspectos éticos

Esta revisão utiliza literatura publicada, sem recrutamento de participantes, intervenção clínica ou acesso direto a dados pessoais identificáveis. Não houve apreciação ética do CEP/CONEP por se tratar de um estudo de revisão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

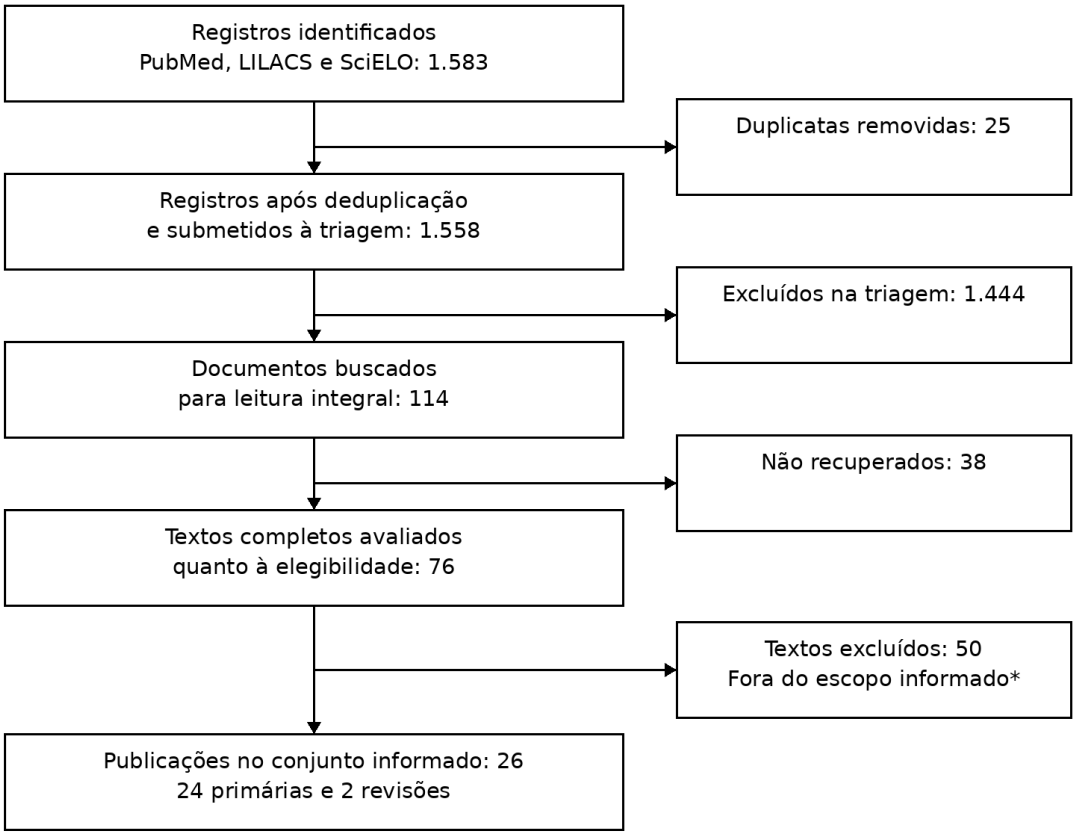
3.1. Seleção e características das publicações

O fluxo informado identificou 1.583 registros, com remoção de 25 duplicatas e triagem de 1.558 títulos e resumos. Foram excluídos 1.444 registros nessa etapa. Dos 114 documentos buscados para leitura integral, 38 não foram recuperados, restando 76 textos avaliados. Destes,

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

50 foram excluídos por não atenderem ao objetivo descrito e 26 publicações permaneceram no conjunto informado.

Figura 1. Fluxo de identificação e seleção das publicações



Fonte: elaboração a partir dos totais informados na pesquisa, com organização das etapas conforme PRISMA-ScR.

A distribuição geográfica dos 24 estudos primários compreende dez publicações da Ásia — Índia (oito), Israel (uma) e Coreia do Sul (uma); nove da Europa — França (três), Finlândia (duas), Escócia (uma), Irlanda do Norte (uma), Kosovo (uma) e Suécia (uma); três das Américas — Brasil (duas) e Estados Unidos (uma); e duas da África — Nigéria (uma) e África do Sul (uma).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Escócia e Irlanda do Norte são apresentadas como contextos do Reino Unido. As duas revisões não foram atribuídas ao país da instituição dos autores como se representassem populações primárias adicionais.

Predominam inquéritos transversais. Há também análise retrospectiva de registros e avaliações de estratégias assistenciais, como triagem e teleodontologia. A classificação como experimental não equivale à realização de ensaio clínico randomizado: Giraudeau *et al.* (14) descrevem uma experiência de teleconsulta, e Gray e Fawcett (15), uma avaliação de protocolo de triagem. As publicações de Vainionpää *et al.* (16,17) utilizam participantes da mesma unidade prisional e do mesmo período, devendo ser interpretadas como análises potencialmente sobrepostas de uma amostra, não como duas populações independentes.

3.2. Cárie dentária e condições periodontais

A experiência de cárie e a presença de dentes não tratados foram frequentes nas amostras, com variação importante entre contextos. Reddy *et al.* (18), na Índia, examinaram 800 pessoas em prisão perpétua e relataram cárie em 97,5% e CPOD médio de 5,26. Fotedar *et al.* (19), em outra amostra indiana, observaram cárie em 71,8% e CPOD de 5,1 ± 2,1. Esses resultados pertencem a populações e procedimentos de avaliação distintos e não devem ser interpretados como uma prevalência nacional.

Cavalcanti *et al.* (20) examinaram 127 homens no Brasil e identificaram CPOD médio de 19,72, com média de 11,06 ± 5,37 para o componente cariado. Na Escócia, Freeman e Richards (21) encontraram experiência de cárie de 10,21 ± 6,32, segundo os critérios empregados. Radebe e Singh (10), na África do Sul, relataram CPOD médio de 5,92 ± 4,65 em 373 participantes. A idade e a composição dos componentes do índice precisam ser consideradas antes de comparar essas médias.

Na Suécia, 66% dos 186 homens avaliados na admissão apresentaram pelo menos um dente com cárie não tratada (22). Na França, a tabela de resultados de Inquimbert *et al.* (23) registrou 493 de 561 participantes com dados analisáveis para o indicador, correspondendo a 87,88% com pelo menos um dente cariado. Esse denominador difere dos 1.051 ingressantes e dos 567 exames por teleodontologia descritos no texto completo. Na Coreia do Sul, a análise de 642 pessoas custodiadas indicou maior frequência de cárie não tratada e piores indicadores que no grupo comparador nacional, segundo as análises dos autores (24).

As alterações periodontais foram descritas com diferentes instrumentos. Akaji e Ashiwaju (25) observaram IPC diferente de zero em 94,8% de 230 participantes na Nigéria. Vinnakota *et al.* (26), em 180 pessoas na Índia, registraram cálculo em 38,8%, bolsas de 4–5 mm em 15,5%

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

e bolsas superiores a 6 mm em 5%. Priwe e Carlsson (22) identificaram tecidos periodontais completamente saudáveis em 4,9% da amostra sueca. Essas medidas representam condições distintas e não equivalem automaticamente a uma mesma definição de periodontite.

O IPC é útil para descrever condições periodontais em levantamentos, mas não define isoladamente a indicação de cirurgia ou de tratamento invasivo. Sangramento, cálculo e bolsas sinalizam necessidades de avaliação e cuidado, cuja complexidade deve ser determinada por exame individual, extensão da doença, perda de inserção e outros elementos clínicos. Por isso, escores epidemiológicos não foram traduzidos diretamente em decisões terapêuticas (16,26).

3.3. Perdas dentárias e outros agravos bucais

Bansal *et al.* (27) avaliaram 1.393 pessoas na Índia: 11 eram totalmente e 606 parcialmente edêntulas. Entre as 617 com perdas dentárias, 44 (7,1%) utilizavam alguma prótese; a cárie foi apontada como causa da perda em 325 (52,7%). As necessidades protéticas por arcada foram registradas em 335 (54,3%) para a maxila e 482 (78,1%) para a mandíbula, considerando o subgrupo de pessoas com perdas dentárias.

George (9) também identificou necessidades de reabilitação protética em 1.060 pessoas privadas de liberdade, com diferenças por sexo e idade. O uso de prótese não equivale à necessidade de tratamento: a ausência de um dispositivo pode refletir indicação clínica, dificuldades de acesso ou outras condições, que precisam ser avaliadas. Não é adequado transferir percentuais de necessidade protética de uma amostra indiana para estudos sul-africanos ou nigerianos.

Na Finlândia, Vainionpää *et al.* (17) observaram necessidade de prevenção ou tratamento do desgaste erosivo em 90% dos 100 participantes e desgaste grave em 19%. Esses percentuais descrevem necessidade identificada, e não comprovam que 90% tenham deixado de receber tratamento. O trabalho também avaliou associações com idade, álcool e experiência de cárie, sem sustentar que todas as substâncias examinadas apresentaram associação com erosão.

Thetakala *et al.* (28) estudaram 212 homens em uma instituição penal de Mysore, Índia. O bruxismo ativo do sono foi relatado em 31,6%, com maior escore OHIP-14 entre participantes com bruxismo. Enguelberg-Gabbay *et al.* (29) avaliaram 152 homens privados de liberdade em Israel, dos quais 69 utilizavam metadona; o bruxismo do sono foi mais frequente nesse grupo (52,2%) que entre não usuários de drogas (34,9%). O delineamento não permite isolar um efeito causal da medicação de diferenças relacionadas ao histórico de uso de substâncias.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

No estudo brasileiro de Carvalho *et al.* (30), com 756 homens, a prevalência de trauma dentário foi de 10,8%, e fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar correspondeu ao tipo de lesão mais frequente (68%). Na Nigéria, Akaji e Ashiwaju (25) registraram dentes fraturados em 17,3% dos participantes. Lesões de mucosa e manchas extrínsecas também foram descritas no levantamento nigeriano (25), reforçando a necessidade de exame de tecidos moles e investigação de alterações persistentes.

3.4. Fatores associados e necessidades assistenciais

A literatura descreve características como tabagismo, uso de substâncias, trajetória socioeconômica, dificuldades de higiene e acesso ao cuidado. Entretanto, a descrição de um comportamento em uma amostra não demonstra que ele tenha causado o agravo observado. A relação entre duração do encarceramento e condição bucal pode sofrer influência da idade, das condições anteriores ao ingresso e da disponibilidade de tratamentos ao longo do tempo (16,26,31,32).

As necessidades restauradoras, periodontais e protéticas devem ser distinguidas das urgências. Reddy *et al.* (18) registraram necessidade de restauração em 87,6%, extração em 62,1% e prótese em 32,2% da amostra; essas categorias podem coexistir e não devem ser somadas como se fossem mutuamente exclusivas. A indicação de extração em um levantamento não comprova, por si, presença de dor aguda ou necessidade de intervenção imediata.

Inquimbert *et al.* (23) identificaram escore de alta urgência em 234 dos 567 examinados (41,27%), segundo o sistema utilizado. Já no trabalho de Giraudeau *et al.* (14), o percentual de 36,7% correspondeu à concordância entre escores atribuídos por profissional de enfermagem e dentista, e não à frequência de urgências graves. A distinção entre ocorrência de doença, necessidade programada e prioridade clínica é essencial ao planejamento.

A análise de registros de Ringgenberg (33), nos Estados Unidos, mostrou que 32% das necessidades odontológicas identificadas foram atendidas e 66% permaneceram não atendidas, considerando a definição adotada no estudo. O trabalho contabiliza códigos de necessidades e serviços; esses registros não equivalem a pacientes únicos nem a procedimentos efetivamente concluídos.

3.5. Barreiras e estratégias de organização do cuidado

As barreiras descritas incluem insuficiência de infraestrutura odontológica, profissionais e insumos, além de dificuldades de encaminhamento e de continuidade de cuidados que exigem múltiplas consultas (5,7,21,27). No estudo de Bansal *et al.* (27), apenas um quarto das prisões contava com dentista, e a assistência externa dependia do deslocamento das pessoas

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

custodiadas. Essas condições ajudam a explicar dificuldades assistenciais, mas não caracterizam uniformemente todos os estabelecimentos prisionais.

A avaliação de Gray e Fawcett (15), em Belfast, mostrou que 95% dos primeiros 100 registros avaliados foram classificados na categoria correta de triagem, e 72% receberam atendimento no intervalo apropriado. Os achados indicam possibilidade de melhorar a priorização, mas derivam de uma experiência local de organização do serviço, sem demonstração de eficácia universal ou de redução sustentada da doença bucal.

A teleodontologia pode apoiar triagem, registro de imagens, avaliação preliminar, educação em saúde e encaminhamentos (7,14,23). Sua implementação depende de equipamentos, capacitação de quem coleta as imagens, conectividade, proteção dos dados, consentimento e disponibilidade de atendimento presencial. A discordância entre classificações encontrada por Giraudeau *et al.* (14) reforça que captura de imagens e avaliação clínica especializada têm funções diferentes. Procedimentos restauradores, periodontais, cirúrgicos e protéticos continuam a exigir assistência presencial.

3.6. Evidências secundárias e caracterização das publicações

Booth *et al.* (7) reuniram dez estudos de intervenções publicados entre 2008 e 2021, todos em países de alta renda. Mehta *et al.* (8) incluíram 12 estudos da Índia e produziram uma síntese quantitativa própria. Ambas as revisões contribuem para contextualizar organização dos serviços e lacunas, mas suas amostras e estimativas não foram adicionadas às dos estudos primários desta síntese. A concentração geográfica e a sobreposição possível entre publicações restringem a independência das evidências.

A Tabela 1 apresenta as 26 publicações informadas, com separação entre estudos primários e revisões. A identificação por autor e ano foi harmonizada com a publicação em fascículo, quando disponível. Q1 corresponde às condições e indicadores bucais; Q2, aos fatores associados; Q3, às necessidades assistenciais; Q4, às barreiras e estratégias. A marcação indica contribuição temática, sem implicar teste estatístico para todas as questões.

Tabela 1. Caracterização das publicações e contribuição para as questões norteadoras

Publicação	Contexto e amostra	Desenho	Indicadores e achados	Eixos
Akaji e Ashiwaju, 2014 (25)	Nigéria; 230 pessoas	Transversal	CPOD e IPC; 94,8% com IPC diferente de zero; 17,3% com dentes fraturados.	Q1–Q4

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Publicação	Contexto e amostra	Desenho	Indicadores e achados	Eixos
Bansal *et al.*, 2012 (34)	Índia; 1.393 pessoas	Transversal	Dentição e necessidades de tratamento; predomínio de problemas não atendidos e baixa presença de dentes restaurados.	Q1–Q4
Bansal *et al.*, 2013 (27)	Índia; 1.393; subgrupo com perdas: 617	Transversal	Estado/necessidade protética; 44/617 (7,1%) usavam prótese. Possível sobreposição amostral com (34).	Q1–Q4
Carvalho *et al.*, 2021 (30)	Brasil; 756 homens	Transversal	Índice de Andreasen; trauma dentário em 10,8%.	Q1–Q2
Cavalcanti *et al.*, 2014 (20)	Brasil; 127 homens	Transversal	CPOD médio 19,72; uso dos serviços e impactos autorreferidos.	Q1–Q4
Decerle *et al.*, 2012 (31)	França; 84 homens	Transversal descritivo	CPOD, GOHAI e unidades funcionais; diferenças segundo duração do encarceramento.	Q1–Q2, Q4
Enguelberg-Gabbay *et al.*, 2016 (29)	Israel; 152 homens; 69 em metadona	Comparativo	Bruxismo do sono: 52,2% no grupo em metadona e 34,9% entre não usuários de drogas.	Q1–Q2
Fotedar *et al.*, 2016 (19)	Índia; 311 pessoas	Transversal	Cárie: 71,8%; CPOD 5,1 ± 2,1; qualidade de vida relacionada à saúde bucal.	Q1–Q2
Freeman e Richards, 2019 (21)	Escócia; 342; análise completa: 259	Transversal	Experiência de cárie 10,21 ± 6,32; indicadores clínicos e fatores associados à utilização do serviço.	Q1–Q2, Q4
George, 2013 (9)	Índia; 1.060 pessoas	Transversal	Uso e necessidades de prótese segundo sexo e idade.	Q1, Q3
Giraudeau *et al.*, 2017 (14)	França; 30 avaliações pareadas	Experiência de teleconsulta	Concordância exata entre escores de urgência: 36,7%; não corresponde à prevalência de alta urgência.	Q3–Q4
Gray e Fawcett, 2014 (15)	Irlanda do Norte; 100 registros iniciais	Avaliação de protocolo de triagem	95% classificados corretamente; 72% atendidos no intervalo apropriado.	Q3–Q4

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Publicação	Contexto e amostra	Desenho	Indicadores e achados	Eixos
Hwang *et al.*, 2022 (24)	Coreia do Sul; 642; comparador: 13.345	Análise de registros	CPOD e cárie não tratada; comparação com inquérito nacional.	Q1–Q2, Q4
Inquimbert *et al.*, 2021 (23)	França; 1.051 ingressantes; 567 exames; 561 com indicador analisável	Transversal anual	Cárie: 493/561 (87,88%); alta urgência: 234/567 (41,27%). Denominadores do texto e tabelas.	Q1–Q4
Kumar *et al.*, 2022 (32)	Índia; 532 pessoas	Transversal	CPOD, periodonto e prótese; cárie descrita em 98,2% no resumo.	Q1–Q4
Priwe e Carlsson, 2018 (22)	Suécia; 186 homens na admissão	Transversal	66% com cárie não tratada; 4,9% com periodonto completamente saudável.	Q1–Q4
Radebe e Singh, 2020 (10)	África do Sul; 373 pessoas	Transversal	CPOD 5,92 ± 4,65; 64,34% com dentes cariados.	Q1–Q2, Q4
Reddy *et al.*, 2012 (18)	Índia; 800 em prisão perpétua	Transversal	Cárie: 97,5%; CPOD 5,26; necessidades restauradoras, periodontais e protéticas.	Q1–Q4
Ringgenberg, 2011 (33)	Estados Unidos; 2.724 registros do sistema de Iowa	Análise de registros assistenciais	32% das necessidades atendidas e 66% não atendidas; códigos assistenciais não equivalem a pessoas.	Q1, Q3–Q4
Thetakala *et al.*, 2018 (28)	Índia; 212 homens, 18–80 anos	Transversal	Bruxismo do sono: 31,6%; associação com OHIP-14.	Q1–Q2
Vainionpää *et al.*, 2017 (16)	Finlândia; 100 examinados; 50 entrevistados	Transversal	CPOD, sangramento, sondagem e IPC; hábitos de saúde bucal.	Q1–Q3
Vainionpää *et al.*, 2019 (17)	Finlândia; 100 examinados; 50 entrevistados	Transversal	BEWE; 90% com necessidade de cuidado para desgaste erosivo e 19% com desgaste grave. Sobreposição com (16).	Q1–Q3

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Publicação	Contexto e amostra	Desenho	Indicadores e achados	Eixos
Vinnakota *et al.*, 2016 (26)	Índia; 180 pessoas, 18–65 anos	Transversal	IPC/perda de inserção; cálculo em 38,8%; bolsas 4–5 mm em 15,5%.	Q1–Q2
Zajmi *et al.*, 2018 (35)	Kosovo; 150 pessoas, ambos os sexos	Transversal	CPOD e higiene bucal; análise segundo sexo, idade e duração da pena.	Q1–Q2
Booth *et al.*, 2023 (7)	Revisão; dez estudos de intervenções	Revisão de escopo	Educação, teleodontologia e triagem; interpretação contextual, sem soma às amostras primárias.	Q4
Mehta *et al.*, 2024 (8)	Revisão; 12 estudos da Índia	Revisão sistemática e metanálise	Condições e necessidades bucais; síntese secundária, sem incorporação das estimativas como dados independentes.	Q1–Q3

Fonte: publicações referenciadas e respectivos registros indexados.

3.7. Discussão integrada e implicações para a assistência

A convergência mais consistente está na combinação de doença não tratada, perda dentária e necessidades assistenciais em diferentes amostras. A magnitude varia e depende da população e do método. O CPOD elevado pode decorrer predominantemente de cárie ativa, perdas ou restaurações, cada componente exigindo respostas diferentes. Assim, o planejamento não deve se basear apenas no índice total, mas distinguir prevenção, tratamento conservador e reabilitação (10,18,20,21).

As diferenças metodológicas explicam parte das divergências. Há estudos baseados em exame clínico, autorrelato, registros e imagens, com critérios diagnósticos e denominadores diversos. A concentração de inquéritos transversais permite descrever condições e associações em determinado momento, mas não estabelecer a sequência temporal entre exposição e doença. Mesmo associações ajustadas não excluem confundimento residual por idade, escolaridade, condições anteriores ao ingresso ou utilização histórica dos serviços (21,24,31,32).

O estudo brasileiro de Cavalcanti *et al.* (20), por exemplo, registrou uso recente de serviços odontológicos por parte importante da amostra, coexistindo com CPOD elevado. Isso mostra que disponibilidade de consulta e resolução das necessidades não são medidas equivalentes. Já a avaliação de Gray e Fawcett (15) evidencia uma possibilidade local de organizar a triagem. Comparar esses resultados exige considerar o propósito e o desenho de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

cada pesquisa, em vez de classificá-los simplesmente como evidência de ausência de atendimento.

Os resultados sobre bruxismo ilustram a necessidade de precisão na interpretação. Thetakala *et al.* (28) avaliaram qualidade de vida entre homens de uma instituição penal, enquanto Enguelberg-Gabbay *et al.* (29) compararam grupos com diferentes históricos de uso de drogas e tratamento com metadona. Ambos estudaram pessoas privadas de liberdade; contudo, não analisaram a mesma exposição nem autorizam atribuir todos os sintomas ao estresse prisional ou à medicação. O cuidado deve considerar avaliação odontológica e articulação com saúde mental, evitando estigmatizar tratamentos para dependência.

No contexto brasileiro, a PNAISP oferece um marco para organizar a assistência em articulação com o SUS (11). À luz das necessidades identificadas, propõe-se que os serviços registrem avaliação na entrada, dor e infecção, cárie ativa, condições periodontais, perdas dentárias e necessidade de prótese. Esses registros podem orientar prioridade clínica e encaminhamento, sem reduzir a assistência a extrações ou ao atendimento de demanda aguda. Trata-se de uma implicação de planejamento, e não de uma intervenção testada por esta revisão.

A prevenção pode combinar acesso regular a escova e dentifrício fluoretado, orientação de higiene adaptada às condições reais da unidade, identificação de necessidades periodontais e apoio à redução de exposições relacionadas ao adoecimento (10,16,26). Perdas dentárias com prejuízo funcional exigem avaliação para reabilitação protética e possibilidade de consultas sucessivas (9,27). Lesões persistentes de mucosa devem motivar avaliação presencial e encaminhamento quando houver suspeita de desordem potencialmente maligna; sua frequência não foi estimada de forma conjunta nesta revisão (8,18,25).

Sexo, idade e vulnerabilidade socioeconômica devem orientar análises de equidade. A predominância de amostras masculinas e a heterogeneidade da composição etária impedem concluir que as necessidades sejam uniformes. Estudos futuros precisam representar mulheres, pessoas idosas e outros grupos pouco estudados, descrevendo os critérios de inclusão e as condições de acesso, para evitar que estratégias definidas a partir de uma população sejam aplicadas indistintamente a todas (4,6,9,10).

A continuidade exige coordenação durante transferências e após a saída do sistema prisional, com registro do plano terapêutico e comunicação com a rede de referência, respeitando confidencialidade e necessidades individuais (4,11). Indicadores de tempo de espera, conclusão de tratamento e continuidade podem complementar os índices clínicos. Sua utilização deve distinguir número de pessoas, consultas, procedimentos e necessidades, evitando interpretar códigos assistenciais como pacientes únicos (33).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A teleodontologia é uma estratégia complementar, cuja utilidade depende da qualidade das imagens, do julgamento profissional e da capacidade de transformar o encaminhamento em atendimento (14,23). A revisão de Booth *et al.* (7) também mostra concentração de intervenções em países de alta renda, o que limita a transferência automática para unidades com recursos distintos. Avaliações futuras devem verificar viabilidade, acesso efetivo, resolução das necessidades e continuidade, e não apenas número de avaliações remotas realizadas.

3.8. Limitações da revisão

A revisão reúne populações, países, critérios diagnósticos e desenhos heterogêneos, o que impede uma estimativa única de prevalência. A distribuição geográfica é desigual, e a predominância de levantamentos locais e amostras masculinas restringe a representatividade. Publicações de uma mesma população podem compartilhar participantes, e as duas revisões secundárias contêm estudos que podem também estar no conjunto primário; por isso, não foram somadas amostras nem combinadas suas estimativas.

A triagem inicial por uma única pessoa e a não recuperação de 38 textos representam potenciais fontes de viés. A documentação disponível não permite confirmar as tentativas de obtenção, detalhar os 50 textos excluídos por razão específica ou reproduzir as buscas. A ausência dessas informações limita a transparência e a reprodutibilidade da revisão.

Divergências internas de publicações, como as de denominadores em Inquimbert *et al.* (23), exigem vincular cada resultado à tabela e à população efetivamente analisadas. Sem avaliação crítica documentada e com predomínio de estudos observacionais, os achados não permitem estabelecer causalidade nem recomendar uma intervenção como universalmente eficaz.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As publicações analisadas descrevem necessidades relevantes de atenção odontológica nas populações privadas de liberdade investigadas, incluindo cárie não tratada, alterações periodontais, perdas dentárias e outros agravos. A heterogeneidade das amostras e dos indicadores impede generalizar frequências para todos os sistemas prisionais ou atribuir o adoecimento ao encarceramento de forma isolada.

A síntese apoia o planejamento de cuidados preventivos, restauradores, periodontais e protéticos, com priorização clínica de dor e infecção, avaliação de lesões de mucosa e continuidade do tratamento. No Brasil, essas ações devem ser discutidas em articulação com a

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

PNAISP e a Rede de Atenção à Saúde. A teleodontologia pode apoiar triagem e encaminhamentos, desde que integrada à capacidade de atendimento presencial.

A robustez do mapeamento é limitada pelas lacunas documentais da busca e da seleção. Pesquisas futuras devem ampliar a representação de diferentes grupos, utilizar indicadores comparáveis e avaliar intervenções e continuidade do cuidado, com atenção às desigualdades de acesso.

Financiamento

Não houve financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Fair H, Walmsley R. World Prison Population List. 14th ed. London: Institute for Crime & Justice Policy Research; 2024. Disponível em: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/publications/world_prison_population_list_14th_edition.pdf.

2. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. SENAPPEN divulga Levantamento de Informações Penitenciárias referente ao primeiro semestre de 2025 [Internet]. Brasília: SENAPPEN; 2025 out 13 [citado 2026 out 22]. Disponível em: https://www.gov.br/senappen/pt-br/assuntos/noticias/senappen-divulga-levantamento-de-informacoes-penitenciarias-referente-ao-primeiro-semestre-de-2025.

3. Dumont DM, Brockmann B, Dickman S, Alexander N, Rich JD. Public health and the epidemic of incarceration. Annu Rev Public Health. 2012;33:325-339. doi:10.1146/annurev-publhealth-031811-124614.

4. Kinner SA, Young JT. Understanding and Improving the Health of People Who Experience Incarceration: An Overview and Synthesis. Epidemiol Rev. 2018;40(1):4-11. doi:10.1093/epirev/mxx018.

5. Makrides NS, Shulman JD. The Oral Health Needs of the Incarcerated Population: Steps Toward Equal Access. Am J Public Health. 2017;107(S1):S46-S47. doi:10.2105/ajph.2016.303593.

6. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. Lancet. 2011;377(9769):956-965. doi:10.1016/s0140-6736(10)61053-7.

7. Booth J, O'Malley L, Meek R, Goldrick NM, Maycock M, Clarkson J, *et al.* A scoping review of interventions to improve oral health in prison settings. Community Dent Oral Epidemiol. 2023;51(3):373-379. doi:10.1111/cdoe.12811.

8. Mehta V, Tripathy S, Shamim MA, Sarode GS, Rizwan SA, Mathur A, *et al.* Oral health status of prisoners in India: A systematic review and meta-analysis. Spec Care Dentist. 2024;44(5):1359-1367. doi:10.1111/scd.13010.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

9. George B. Prosthetic status and treatment needs of prisoners in Central Prison, Chennai. J Indian Prosthodont Soc. 2013;13(3):265-268. doi:10.1007/s13191-012-0206-x.

10. Radebe M, Singh S. Investigating dental caries rates amongst sentenced prisoners in KwaZulu-Natal, South Africa. S Afr Dent J. 2020;75(3):137-141. doi:10.17159/2519-0105/2020/v75no3a4.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Sobre a PNAISP [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [citado 2026 out 22]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnaisp/sobre-a-pnaisp.

12. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19-32. doi:10.1080/1364557032000119616.

13. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473. doi:10.7326/m18-0850.

14. Giraudeau N, Inquimbert C, Delafoy R, Tramini P, Valcarcel J, Meroueh F. Teledentistry, new oral care tool for prisoners. Int J Prison Health. 2017;13(2):124-134. doi:10.1108/ijph-04-2016-0011.

15. Gray R, Fawcett T. Dental triage Hydebank Wood Prison and young offenders centre, Belfast. Br Dent J. 2014;216(9):E19. doi:10.1038/sj.bdj.2014.381.

16. Vainionpää R, Peltokangas A, Leinonen J, Pesonen P, Laitala ML, Anttonen V. Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners. BDJ Open. 2017;3:17006. doi:10.1038/bdjopen.2017.6.

17. Vainionpää R, Tuulaniemi K, Pesonen P, Laitala ML, Anttonen V. Erosive tooth wear and use of psychoactive substances among Finnish prisoners. BMC Oral Health. 2019;19(1):97. doi:10.1186/s12903-019-0796-3.

18. Reddy V, Kondareddy CV, Siddanna S, Manjunath M. A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned inmates in central jails of Karnataka, India. Int Dent J. 2012;62(1):27-32. doi:10.1111/j.1875-595x.2011.00082.x.

19. Fotedar S, Chauhan A, Bhardwaj V, Manchanda K, Fotedar V. Association between oral health status and oral health-related quality of life among the prison inmate population of Kanda Model Jail, Shimla, Himachal Pradesh, India. Indian J Public Health. 2016;60(2):150-153. doi:10.4103/0019-557x.184573.

20. Cavalcanti AL, Rodrigues IS, de Melo Silveira IT, de Oliveira TB, de Almeida Pinto MS, Xavier AF, *et al.* Dental caries experience and use of dental services among Brazilian prisoners. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(12):12118-12128. doi:10.3390/ijerph111212118.

21. Freeman R, Richards D. Factors Associated with Accessing Prison Dental Services in Scotland: A Cross-Sectional Study. Dent J (Basel). 2019;7(1):E12. doi:10.3390/dj7010012.

22. Priwe C, Carlsson P. Oral Health Status of Male Swedish Citizens at Admission to Prison. J Correct Health Care. 2018;24(4):382-394. doi:10.1177/1078345818792243.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

23. Inquimbert C, Balacianu I, Huyghe N, Pasdeloup J, Tramini P, Meroueh F, *et al.* Applications of teledentistry in a French inmate population: A one-year observational study. PLoS One. 2021;16(4):e0247778. doi:10.1371/journal.pone.0247778.

24. Hwang I, Park K, Park HK. Prevalence of dental caries and associated factors of detention center inmates in South Korea compared with Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) respondents: a retrospective study. BMC Oral Health. 2022;22(1):383. doi:10.1186/s12903-022-02405-w.

25. Akaji E, Ashiwaju M. Oral health status of a sample of prisoners in Enugu: a disadvantaged population. Ann Med Health Sci Res. 2014;4(4):650-653. doi:10.4103/2141-9248.139365.

26. Vinnakota NR, Bommireddy VS, Pachava S, Ravoori S, Talluri D, Sanikommu S. Assessment of periodontal health among jail inmates of Guntur city Andhra Pradesh: a cross-sectional study. J NTR Univ Health Sci. 2016;5(3):200-203. doi:10.4103/2277-8632.191843.

27. Bansal V, Veeresha KL, Sogi GM, Kumar A, Bansal S. Assessment of dental prosthetic status and needs among prisoners of Haryana, India. J Indian Prosthodont Soc. 2013;13(3):303-307. doi:10.1007/s13191-013-0268-4.

28. Thetakala RK, Chandrashekar BR, Sunitha S, Maurya M, Sharma P, Shubhi G. Bruxism and oral health-related quality of life among male inmates in a penal institution, Mysore: A cross-sectional study. Indian J Dent Res. 2018;29(3):275-279. doi:10.4103/ijdr.ijdr_203_17.

29. Enguelberg-Gabbay JV, Schapir L, Israeli Y, Hermesh H, Weizman A, Winocur E. Methadone treatment, bruxism, and temporomandibular disorders among male prisoners. Eur J Oral Sci. 2016;124(3):266-271. doi:10.1111/eos.12268.

30. de Carvalho FMT, Dos Santos ASV, Lins-Filho PC, de Vasconcelos MMVB, Caldas Júnior AF, Godoy GP. Evaluation of dental trauma in inmates of the most highly populated Brazilian prison complex. Dent Traumatol. 2021;37(4):583-588. doi:10.1111/edt.12670.

31. Decerle N, Woda A, Nicolas E, Hennequin M. A description of oral health in three French jails. Community Dent Health. 2012;29(4):274-278.

32. Kumar P, Kumar P, Tiwari A, Patel M, Gadkari SN, Sao D, *et al.* A Cross-Sectional Assessment of Effects of Imprisonment Period on the Oral Health Status of Inmates in Ghaziabad, Delhi National Capital Region, India. Cureus. 2022;14(7):e27511. doi:10.7759/cureus.27511.

33. Ringgenberg WJ. Initial dental needs and a projection of needed dental capacity in the Iowa Department of Corrections. J Correct Health Care. 2011;17(2):150-159. doi:10.1177/1078345810396462.

34. Bansal V, Sogi GM, Veeresha KL, Kumar A, Bansal S. Dentition status and treatment needs of prisoners of Haryana state, India. Int J Prison Health. 2012;8(1):27-34. doi:10.1108/17449201211268264.

35. Zajmi L, Begzati A, Sejdini M, Berisha N, Krasniqi L. Oral Health of Lipjan Convicts: Kosovo Prison House. Int J Dent. 2018;2018:6529658. doi:10.1155/2018/6529658.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.