ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Especialização *lato sensu* em Saúde Pública – Saúde no Sistema Prisional

Aline Oliveira Silva

CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DA EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL NO CUIDADO ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: um relato de experiência

Belo Horizonte
2026

Aline Oliveira Silva

CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DA EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL NO CUIDADO ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: um relato de experiência

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador(a): Profa. Dra. Thais Lacerda e Silva

Belo Horizonte

2026

S586c

Silva, Aline Oliveira.

Contribuições e desafios da equipe de atenção primária prisional no cuidado às pessoas privadas de liberdade: um relato de experiência. /Aline Oliveira Silva . - Belo Horizonte: ESP-MG, 39.

2026 f.

Artigo Científico (Especialização) em Saúde Pública - Saúde no Sistema Prisional.

Orientador(a): Thais Lacerda e Silva.

Inclui bibliografia.

1. Serviços de Saúde no Sistema Penitenciário. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Atenção à Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Silva, Thais Lacerda e. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 300

Ficha gerada automaticamente com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Aline Oliveira Silva

CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DA EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL NO CUIDADO ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: um relato de experiência

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Profa. Dra. Thais Lacerda e Silva – ESP-MG
(Orientadora)

Profa. Ms. Fernanda Jorge Maciel – ESP-MG
(Banca Examinadora)

Profa. Ms. Maria Theresa Veloso
(Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 22 de abril de 2026.

Dedico este trabalho ao ano que marcou profundamente a minha vida. Foi um período de crescimento profissional, de novas conquistas e de superação diária. Ao mesmo tempo, trouxe uma das maiores tristezas que já vivi: a partida da minha mãe. À ela, deixo meu amor eterno e minha gratidão por cada ensinamento e força, que me acompanharão por toda a vida. Por isso dedico, com carinho, este trabalho a ela.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pela força e por me conduzir até a concretização desta etapa.

À minha mãe, em memória, por todo amor, ensinamentos e por ser minha maior inspiração. Sua presença permanece em tudo o que sou e conquisto.

À Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, pela oportunidade de formação e pelo compromisso com a qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde e aos colegas de curso, pelas trocas, aprendizados e pelo apoio mútuo ao longo dessa caminhada.

À equipe do sistema prisional, pela parceria, pelas vivências compartilhadas e por contribuírem diretamente para a construção deste trabalho.

Aos profissionais do Sistema Único de Saúde, que, mesmo diante dos desafios cotidianos, seguem firmes na defesa do direito à saúde.

À minha família, pelo apoio e compreensão, mesmo diante das ausências e dos desafios impostos pela rotina de estudos e trabalho.

Por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever as contribuições da equipe da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) na integração das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a partir de um relato de experiência desenvolvido em uma unidade prisional localizada na região Centro-Oeste de Minas Gerais. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, fundamentado na análise reflexiva da prática profissional enquanto enfermeira integrante da equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), no período de 2023 a 2026. O estudo evidencia os principais desafios na organização do cuidado à população privada de liberdade, destacando a fragmentação dos serviços, as limitações de acesso à atenção especializada, a rotatividade de profissionais e as influências das dinâmicas institucionais do sistema prisional, especialmente na articulação entre profissoinais da saúde e da segurança. Em contrapartida, são apresentadas estratégias desenvolvidas pela eAPP para qualificar a assistência e assegurar a integralidade do cuidado, como a reorganização dos processos de trabalho, o fortalecimento do vínculo entre equipe e custodiados, a implementação de ações de promoção e prevenção em saúde e a articulação com serviços da rede municipal, incluindo serviços da rede de atenção psicossocial e a assistência farmacêutica. Destaca-se, ainda, o papel da equipe na mediação do acesso à média e alta complexidade, por meio da inserção da população privada de liberdade nos sistemas de regulação do SUS, promovendo maior equidade no acesso aos serviços. Os resultados demonstram que, apesar das limitações estruturais e institucionais, a atuação da eAPP contribui significativamente para a ampliação do acesso, a continuidade do cuidado e a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente a integralidade e a equidade. Conclui-se que a consolidação da PNAISP depende do fortalecimento da articulação intersetorial, da qualificação das equipes e do reconhecimento da saúde no sistema prisional como parte integrante da RAS, sendo a atuação da eAPP fundamental para a superação da fragmentação do cuidado e para a garantia do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Palavras-chave: serviços de saúde no sistema penitenciário; sistema único de saúde; atenção à saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This study aims to describe the contributions of the team from the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP) to the integration of Health Care Networks (HCN), based on an experience report developed in a prison unit located in the Midwest region of Minas Gerais, Brazil. This is a descriptive study with a qualitative approach, grounded in a reflective analysis of professional practice as a nurse working within a Prison Primary Health Care Team (eAPP), covering the period from 2023 to 2026. The study highlights the main challenges in organizing health care for the incarcerated population, including service fragmentation, limited access to specialized care, staff turnover, and the influence of institutional dynamics within the prison system, particularly in the articulation between health and security sectors. In contrast, it presents strategies developed by the eAPP to improve care quality, such as the reorganization of work processes, strengthening of bonds between staff and inmates, implementation of health promotion and prevention actions, and articulation with municipal health services, including psychosocial care and pharmaceutical services. The role of the team in mediating access to secondary and tertiary care is also emphasized, through the inclusion of the incarcerated population in SUS regulatory systems, promoting greater equity in access to health services. The findings demonstrate that, despite structural and institutional limitations, the performance of the eAPP significantly contributes to expanding access, ensuring continuity of care, and strengthening the principles of the Brazilian Unified Health System, especially comprehensiveness and equity. It is concluded that the consolidation of PNAISP depends on strengthening intersectoral coordination, professional qualification, and the recognition of prison health as an integral component of Health Care Networks, with the eAPP playing a fundamental role in overcoming care fragmentation and ensuring the right to health for persons deprived of liberty.

Keywords: Health services for prisoners; delivery of health care; unified health system; helth care; primary health care; .

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Síntese dos principais achados..... 37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
eAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPL	Indivíduo Privado de Liberdade
LEP	Lei de Execução Penal
PNAE	Política Nacional da Atenção Especializada
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PPL	Pessoa Privada de Liberdade
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIGPRI	Sistema Integrado de Gestão Prisional
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **14**
2. OBJETIVO **17**
2.1. Objetivos Gerais **17**
2.2 Objetivos Específicos **17**
3. REFERENCIAL TEÓRICO **18**
3.1 A Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS **18**
3.2 Superando a fragmentação: a proposta das Redes de Atenção à Saúde **19**
3.3 A PNAISP e a Integralidade do Cuidado no Sistema Prisional **19**
4. METODOLOGIA **22**
5. RESULTADO E DISCUSSÃO **23**
6. LIÇÕES APRENDIDAS **37**
REFERÊNCIAS **39**

1. INTRODUÇÃO

Minha trajetória profissional como enfermeira e trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) teve início em 2007, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como espaço central de construção da minha prática assistencial. Foi nesse contexto do SUS que desenvolvi, ao longo dos anos, uma atuação pautada na escuta qualificada, no vínculo com os usuários e na compreensão ampliada do cuidado em saúde, princípios que seguem orientando minha prática profissional até os dias de hoje. Atuei inicialmente em um município do sul de Minas Gerais, onde exerci a coordenação de uma Unidade Básica de Saúde por cinco anos, experiência que se estendeu posteriormente a outros dois municípios, totalizando mais de uma década à frente de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Além da APS, minha atuação profissional abrangeu outros cenários de grande relevância social, como instituição de longa permanência para idosos, no qual o cuidado exige sensibilidade diante das singularidades do processo de envelhecimento, e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), espaço que ampliou minha compreensão sobre inclusão, acolhimento e o papel da equipe de saúde no desenvolvimento integral de pessoas com deficiência. Somam-se a essas experiências a atuação como consultora em aleitamento materno, fortalecendo práticas de promoção da saúde e vínculos familiares em um momento singular do ciclo de vida.

Atualmente, desempenho duas funções que expressam a complexidade da organização do cuidado no SUS: atuo como enfermeira responsável técnica da Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e como enfermeira reguladora da Atenção Ambulatorial Especializada, com base na Política Nacional da Atenção Especializada (PNAE), em um município polo de microrregião. Essas experiências, situadas em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possibilitaram uma visão ampliada sobre os desafios relacionados à coordenação do cuidado, à regulação do acesso e a à integralidade da assistência, especialmente quando se trata de populações de maior vulnerabilidade social.

Ao longo dessa trajetória, tornou-se evidente que as dificuldades de articulação entre os diferentes pontos da RAS constituem um desafio transversal aos diversos níveis de atenção. No contexto do sistema prisional, essas fragilidades se intensificam, uma vez que a atenção à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) depedem, de forma indireta, da capacidade do SUS em garantir fluxos assistenciais integrados, contínuos e resolutivos entre os serviços intramuros

e a rede territorial externa. Ainda que a eAPP esteja instituída como equipe ordenadora do cuidado no sistema prisional, observa-se que a integração com os demais pontos da RAS nem sempre ocorre de maneira efetiva, comprometendo a longitudinalidade e integralidade da atenção às PPL.

A saúde no sistema prisional brasileiro é reconhecida como um importante problema de saúde pública, marcado por condições estruturais precárias, superlotação das unidades prisionais, elevada carga de agravos transmissíveis e aumento das doenças crônicas, além de múltiplas vulnerabilidades sociais. A Lei de Execução Penal – Lei nº 7210/1984, representou um marco ao assegurar, em seu texto, o direito à assistência médica, farmacêutica e odontológica às pessoas privadas de liberdade. No entanto, por muitos anos, esse direito permaneceu restrito ao campo normativo, com práticas assistenciais fragmentadas e pouco integradas às políticas públicas de saúde.

A instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**,** por meio da Portaria Interministerial MS/MJ nº 1/2014, representou um avanço significativo ao reconhecer formalmente a população privada de liberdade como usuária do SUS e ao integrar as unidades prisionais às Redes de Atenção à Saúde. A PNAISP estabelece que a atenção à saúde no cárcere deve ser orientada pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade, humanização e continuidade do cuidado, reafirmando o papel da Atenção Primária como coordenadora da assistência e ordenadora dos fluxos dentro da rede. Conforme expresso também na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), referendada pela PNAISP:

> “os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica (Brasil, 2017, p.2).

Nesse sentido, a PNAB destaca que a Atenção Básica se desenvolve com elevado grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no território onde as pessoas vivem e controem suas relações sociais. Essa diretriz reforça a necessidade de que a APS – incluindo aquela ofertada no contexto prisional – esteja articulada aos demais níveis de atenção, garantindo acesso oportuno à atenção especializada, aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e as ações de reabilitação, sempre que necessário.

Apesar do arcabouço normativo robusto, tenho observado em minha pratica cotidiana

que a efetivação da PNAISP ainda enfrenta desafios expressivos. Entre eles, destacam-se a desarticulação entre os setores da saúde e da justiça, as limitações estruturais das unidades prisionais, a insuficiência de recursos humanos e materiais, bem como as fragilidades nos processos de regulação, referência e contrarreferência dentro da RAS. A convivência cotidiana entre as equipes de saúde e equipes de segurança, que possuem formações, objetivos institucionais e compreensões distintas sobre o cuidado, muitas vezes se configura como um obstáculo adcional à garantia da integralidade da atenção à saúde da PPL.

Diante desse cenário, compreender a evolução das políticas públicas voltadas à saúde da população privada de liberdade e analisar os desafios relacionados a implementação destas políticas tornam-se fundamentais para o fortalecimento da integralidade do cuidado no sistema prisional. Considerando a centralidade da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado e a inserção das equipes da PNAISP como pontos estratégicos da RAS, faz-se necessário refletir como essas equipes podem contribuir para a organização dos fluxos assistenciais e para a qualificação do cuidado ofertado às pessoas privadas de liberdade no âmbito municipal.

Com base no exposto, e, reconhecendo a importância de garantir para as pessoas privadas de liberdade, um cuidado integral e articulado junto aos serviços das redes de atenção à saúde, este estudo propõe-se descrever, por meio de um relato de experiência, o cuidado a saúde prestado a população privada de liberdade, buscando evidenciar as contribuições da equipe da PNAISP para a integração com as Redes de Atenção à Saúde, destacando seu potencial na promoção da integralidade, da continuidade do cuidado e da garantia à saúde no sistema prisional.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Descrever, por meio de um relato de experiência, os desafios e as contribuições da eAPP na integralidade do cuidado da população privada de liberdade, no âmbito das Redes de Atenção à Saúde.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar e relatar os principais desafios vivenciados pelos profissionais da eAPP, junto aos serviços da RAS, para a garantia do cuidado integral e articulado à saúde da PPL;
- Identificar e descrever ações e estratégias desenvolvidas pela eAPP para a garantia do cuidado integral e articulado à saúde da PPL;
- Refletir sobre a influência das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os da segurança para a efetivação do cuidado à saúde da PPL, no ambito municipal.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção será apresentado, de forma breve, os principais aspectos legais que embasam e, devem nortear, a organização do cuidado integral à pessoa privada de liberdade, tendo a equipe de APP como a coordenadora do cuidado. São eles: a Política Nacional de Atenção Básica; a Portaria 4279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

3.1 A Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS

A organização do sistema de saúde brasileiro fundamenta-se na compreensão de que a Atenção Básica (AB) deve ser o contato preferencial dos usuários, funcionando como a principal porta de entrada e o centro de comunicação estratégica com toda a Rede de Atenção à Saúde. Segundo a PNAB, esse nível de atenção caracteriza-se por um alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas (Brasil, 2017). Ainda de acordo com o documento da PNAB, e, como disposto abaixo, a AB deve ser a coordenadora do cuidado e a ordenadora da RAS.

> "Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articular também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais". (Brasil, 2017, p. 7)

> "Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas". (Brasil, 2017, p. 7)

No contexto do sistema prisional, tais premissas são fundamentais, pois estabelece que as unidades de saúde intramuros não devem se constituir como serviços isolados, mas sim componentes integrantes do SUS e, por sua vez, da RAS. De igual forma, independentemente da existência da equipe de APP vinculada, a AB deve buscar reconhecer e identificar as necessidades de saúde da PPL sob sua responsabilidade e organizar fluxos para o atendimento às demandas e necessidades de saúde dessa população, de modo integrado a outros serviços da RAS. Para a população privada de liberdade, que muitas vezes enfrenta barreiras históricas de

acesso à saúde, a consolidação de uma equipe de atenção básica robusta e que reconheça sua responsabilidade sanitária pelo território e a população que ali habita, é o primeiro passo para o exercício da cidadania e do direito à saúde às PPL.

3.2. Superando a fragmentação: a proposta das Redes de Atenção à Saúde

Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil foi marcado por ações curativas, centradas no cuidado médico, o que resultou em uma intensa fragmentação das práticas clínicas e lacunas assistenciais importantes. A Portaria nº 4.279/2010 surge como uma estratégia para superar essa fragmentação e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS através da estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2010).

A RAS é definida como um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010). Para a PPL, a organização em rede é vital, pois permite que o indivíduo, ao ingressar no sistema prisional, não perca o vínculo com o SUS. A portaria ressalta que o modelo fragmentado é insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e que a integração em rede é necessária para assegurar que o usuário receba o conjunto de ações de que necessita com efetividade e eficiência.

Nesse sentido, as unidades prisionais, ao serem reconhecidas como pontos de atenção da rede, devem estar articuladas com outros serviços, como, por exemplo, a Rede de Urgência e Emergência, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Atenção Ambulatorial Especializada. A lógica de rede pressupõe que nenhum ponto de atenção detém todos os recursos necessários, exigindo uma comunicação constante e fluxos de referência e contrarreferência bem definidos.

3.3. A PNAISP e a Integralidade do Cuidado no Sistema Prisional

A PNAISP, instituída em 2014, operacionaliza os princípios da PNAB e da RAS no contexto carcerário. O objetivo geral da PNAISP é garantir o acesso da PPL ao cuidado integral no SUS, reconhecendo que essas pessoas, embora privadas da liberdade de ir e vir, conservam seus demais direitos fundamentais, os quais devem ser protegidos pelo Estado (Brasil, 2014).

A PNAISP estabelece que as unidades prisionais passam a ser consideradas "portas de entrada" do sistema. Para que o cuidado integral e efetivo seja alcançado, a política define

diretrizes claras (Brasil, 2014):

- Integralidade: As equipes devem prestar atenção integral, abrangendo promoção, prevenção, recuperação e o referenciamento para a rede especializada quando necessário.
- Hierarquização e Regionalização: O acesso inicia-se pela unidade básica prisional e se completa na rede hierarquizada extramuros, seguindo a complexidade da demanda.
- Intersetorialidade: A saúde no sistema prisional deve dialogar com os setores da justiça e direitos humanos para garantir condições dignas de custódia e atendimento.

A implementação da PNAISP busca qualificar a atenção, utilizando instrumentos como o Prontuário Eletrônico e o Cartão Nacional de Saúde (CNS) para possibilitar a integração de todas as ações de saúde ofertadas em todos os níveis de complexidade, evitando duplicidades e garantindo a continuidade do tratamento.

Pode-se dizer que, o acesso e a integração da PPL junto aos serviços da RAS, depende diretamente da atuação das equipes de APP, na medida em que esses profissionais atuam como o elo central entre o ambiente intramuros e a rede externa. Assim, é extremamente importante a implantação dessas equipes, devido à capacidade de organizar o cuidado dentro das unidades, realizando o acolhimento, o diagnóstico precoce de doenças transmissíveis, o acompanhamento de condições crônicas e a articulação com os serviços de saúde da RAS. No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, o estudo de Ribeiro (2024), evidenciou a importância das equipes de APP no controle da tuberculose nos presídios, com melhorias nos indicadores de confirmação diagnóstica por critério laboratorial e a testagem para o vírus HIV entre os casos novos de tuberculose. Segundo informações apuradas no estudo, “a realização dos testes em pelo menos 79% dos casos novos de tuberculose passou a ocorrer a partir de 2021, quando sete dos nove municípios com unidades prisionais, no estado, já tinham aderido à PNAISP” (Ribeiro, 2024, p.40).

A equipe de APP possui autonomia para estabelecer fluxos de demanda e garantir que a população prisional tenha acesso aos serviços de média e alta complexidade, mediante regulação. Sem a presença de uma equipe multiprofissional qualificada e vinculada às diretrizes da PNAISP, o cuidado à PPL correria o risco de retroceder ao modelo fragmentado e isolado, onde a saúde é vista apenas como intervenção pontual em crises, e não como um direito. Além disso, a equipe desempenha um papel fundamental na humanização das práticas, respeitando as diferenças e fomentando a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Ao atuar como ordenadora do cuidado dentro do cárcere, a equipe de APP não apenas

atende a demandas imediatas, mas constrói o itinerário terapêutico do usuário, essencial para a efetivação da integralidade e para a redução da mortalidade e agravos no sistema prisional.

A organização do cuidado em rede é a única via capaz de superar a exclusão histórica dessa população, garantindo que o tempo de privação de liberdade não signifique a privação do direito à vida e à saúde integral. A equipe de APP, como protagonista dessa integração, é o elemento indispensável para que o SUS se efetive, de fato, intramuros.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Esse tipo de estudo busca analisar vivências profissionais a partir de uma reflexão crítica da prática, permitindo que essas experiências concretas somadas ao referencial teórico, contribuam para a melhoria no campo da saúde e da gestão do cuidado (Duarte, 2020; Morais, 2018)

Nesse sentido, a escrita parte da minha experiência concreta como enfermeira da equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), analisando as contribuições desta equipe na integralidade do cuidado da população privada de liberdade, no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, além dos desafios assistenciais e as estratégias de cuidado implementadas no cotidiano desta eAPP.

O cenário da experiência é um presídio de pequeno porte localizado na Mesorregião Oeste do Estado de Minas Gerais (região Centro-Oeste), inserido em município com população estimada em 37.742 habitantes no ano de 2024, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024). A unidade prisional abriga aproximadamente 210 pessoas privadas de liberdade em regime fechado e 40 indivíduos em regime de albergue, informações coletadas na base de dados do Sistema Integrado de Gestão Prisional (SIGPRI), configurando-se como estabelecimento com perfil assistencial que demanda organização sistemática do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Este município é polo de uma microrregião de saúde e o presídio recebe também custodiados desta mesma região.

O período do relato compreende o ano de 2023, a partir da minha inserção na equipe de Atenção Primária Prisional, estendendo-se até a presente data (fevereiro de 2026). A experiência descrita envolve ações exercidas pela equipe da PNAISP dentro da Unidade Prisional e a articulação com os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) municipal.

Os resultados desse trabalho foram possíveis por meio da análise reflexiva das vivências profissionais, registros institucionais, planejamento das ações de saúde, fluxos assistenciais estabelecidos com a Secretaria Municipal de Saúde e articulações intersetoriais assim como o referencial bibliográfico selecionado para a abordagem da temática.

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

O modelo assistencial que atualmente orienta a atenção à saúde pública no Brasil está fundamentado em dispositivos legais que ampliam o conceito de saúde para além da ausência de doença, compreendendo-a como resultado de um conjunto de ações que envolvem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, com vistas à atenção integral e resolutiva nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017).

A Atenção Básica (AB), nesse contexto, configura-se como porta de entrada preferencial do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), exercendo papel estratégico na coordenação do cuidado, organização dos fluxos assistenciais e articulação intersetorial. O Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei nº 8.080/1990, fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, conforme estabelece a própria legislação, “a saúde é um direito fundamental do ser humano... dever do Estado de garantir a saúde” (Brasil, 1990), reafirmando o caráter universal do sistema.

Entretanto, ao transpor esse arcabouço legal para o contexto prisional, observa-se um distanciamento significativo entre o que é normativamente garantido e o que é concretamente ofertado à População Privada de Liberdade (PPL). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) surge justamente como estratégia para integrar essa população à RAS, reafirmando o direito constitucional à saúde também no cárcere. Contudo, a operacionalização desse direito enfrenta entraves estruturais, institucionais e culturais. Conforme destacam Dourado e Alves (2018), a população prisional permanece invisível em diversas esferas institucionais, o que compromete a efetivação do direito à saúde. Além disso, a lógica assistencial predominante no cárcere tende a priorizar atendimentos em situações agudas, reforçando um modelo biomédico centrado na doença. Nesse sentido, os mesmos autores afirmam que o cuidado ofertado à população prisional ainda se mostra fragmentado e pouco integrado à rede externa, contrariando o princípio da integralidade previsto no SUS.

Com base em minha experiência profissional acumulada na Atenção Básica e o meu ingresso posterior na equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), percebi uma realidade profundamente distinta entre os dois contextos assistenciais. A lógica assistencial no ambiente prisional não se organiza pela livre demanda, tampouco favorece ações sistemáticas de

promoção da saúde e de prevenção de doenças. Nota-se uma invisibilidade histórica das necessidades e demandas de saúde das PPL nos diversos setores envolvidos na assistência — segurança, gestão e, até mesmo, entre profissionais de saúde — o que repercute diretamente na fragilidade do acesso e na descontinuidade do cuidado. Essa invisibilidade institucional se manifesta nas dificuldades de articulação entre a unidade prisional e os outros serviços que compõem a RAS, no acesso restrito a consultas especializadas e exames complementares e na priorização de atendimentos apenas em situações agudas ou de urgência. Tal cenário reforça um modelo biomédico centrado na doença, em detrimento de uma abordagem preventiva e integral, contrariando os princípios estruturantes do SUS.

5.1 Desenvolvendo a assistência à saúde na eAPP intramuros

No ano de 2023, passei a integrar uma eAPP, a qual era composta por um médico clínico, um médico psiquiatra, uma técnica de enfermagem, uma psicóloga, um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal, responsáveis pelo cuidado à saúde de cerca de 210 pessoas privadas de liberdade. À época, foi perceptível que a organização do processo de trabalho no ambiente prisional exigia a reconfiguração de práticas já consolidadas na Atenção Básica. O cenário encontrado na unidade prisional caracterizava-se por fragmentação do cuidado, ausência de fluxos bem definidos com a RAS e grande rotatividade de profissionais de enfermagem, o que comprometia o vínculo terapêutico e a continuidade da assistência com o custodiado. Sobre a rotatividade da equipe de enfermagem, era possível observar a presença de um estigma historicamente associado à atuação na eAPP. Em conversas informais, no cotidiano de trabalho, profissionais da unidade prisional e da equipe de saúde que ali estavam inseridos por mais tempo, destacavam que o trabalho na equipe prisional era frequentemente percebido como uma forma de “punição institucional”, sendo destinado a profissionais que apresentavam dificuldades de adaptação ou até mesmo conflitos pessoais em equipes da Estratégia Saúde da Família. Tal percepção contribuía para que muitos trabalhadores chegassem à equipe sem identificação com o campo de atuação, o que repercutia em insatisfação profissional, realização mecânica de atividades e ausências frequentes no trabalho. Tal cenário era ainda agravado pela predominância de vínculos contratuais temporários, característica que favorece a rotatividade de profissionais e fragiliza a consolidação de processos de trabalho contínuos. A instabilidade da equipe dificulta a implementação de estratégias de cuidado longitudinal, um dos princípios fundamentais da Atenção Primária à Saúde.

A precarização do trabalho nas Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) manifesta-se de forma contundente em outras realidades prisionais, como cita Schultz *et.al*. (2022), onde profissionais de saúde das eAPP´s sentem-se em profunda insegurança ocupacional e instabilidade constante devido à fragilização dos vínculos ocupacionais e baixa adequação nos processos de trabalho, além da insuficiência de qualificação profissional. De acordo com a literatura, esses sentimentos de impotência e desvalorização dos profissionais da eAPP resultam em uma alta rotatividade e na frequente não reposição de profissionais que deixam o serviço. Como consequência direta para a assistência, a fragilidade desses vínculos interrompe a continuidade do cuidado, aumenta a sobrecarga e inviabiliza a função da eAPP como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), reduzindo muitas vezes a atuação da equipe a ações meramente curativas ou a responder demandas judiciais.

Outro aspecto observado em minha prática profissional, foi a inexistência de um acompanhamento sistemático de condições crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, o que evidenciava a dificuldade de implementação das linhas de cuidado preconizadas pela Atenção Básica. Diferentemente do território extramuros, no qual o usuário pode acessar espontaneamente a Unidade Básica de Saúde, que então funciona como a porta de entrada prioritária do usuário no SUS, no contexto prisional, o acesso da PPL à eAPP e aos serviços que compõem a RAS é mediado por critérios de segurança e logística institucional, tornando o cuidado dependente de autorizações e escoltas, limitando o cuidado longitudinal e integral.

Nesse sentido, ao longo de minha experiência na eAPP, a atuação da enfermagem mostrou-se central no apoio à reorganização dos processos de trabalho da equipe e no desenvolvimento de ações voltadas para integrar efetivamente a eAPP aos outros serviços da RAS municipal, sendo passo fundamental para assegurar a legitimidade da equipe enquanto componente da Atenção Básica. A reorganização do trabalho iniciou-se com um processo de desconstrução da ideia da atuação na eAPP como um espaço de punição institucional. Assim, passou-se a priorizar a contratação de profissionais que tivessem interesse em atuar no contexto prisional e que compreendessem as especificidades desse campo de prática. Como estratégia adicional, considerando que a unidade prisional atendida era exclusivamente masculina e que o ambiente institucional apresentava forte influência de relações de gênero, sugeri à gestão a inclusão de um técnico de enfermagem do sexo masculino na equipe. Essa decisão contribuiu para estabelecer maior equilíbrio nas interações cotidianas, tanto com os custodiados quanto com a equipe de segurança.

A possibilidade de diálogo com a gestão municipal de saúde e com a coordenação responsável pela seleção de profissionais favoreceu a escolha de um técnico de enfermagem com perfil compatível com as demandas do serviço. Esse profissional permaneceu na equipe por aproximadamente três anos, entre início de 2023 a final de 2025, período no qual foi possível observar maior estabilidade no processo de trabalho e fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde, custodiados e profissionais de segurança. Neste período, conseguimos produzir, como equipe de enfermagem, um bom vínculo e assim refletir no nosso trabalho a organização e as ações propostas pela atenção primária. Após sua saída, como era realizado anteriormente, foi apenas reposto uma técnica de enfermagem, sem realização de análise sobre a adequação do perfil da profissional, sob justificativa de que haverá posteriormente o concurso público municipal.

No período em que houve a permanência da mesma equipe, foi possível observar que a estabilidade da equipe é um dos elementos fundamentais para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais qualificadas, favorecendo a construção de relações de confiança, maior adesão às ações de saúde e fortalecimento da Atenção Primária enquanto coordenadora do cuidado no contexto prisional.

Em relação às ações assistenciais desenvolvidas intramuros, pude observar que, embora a Atenção Primária preconize a organização do cuidado a partir de ações programadas de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal de condições crônicas, a realidade do sistema prisional impõe limites importantes para a implementação plena desse modelo assistencial. Quando iniciei o trabalho na equipe, havia a intenção de estruturar o acompanhamento continuado da PPL com condições crônicas, especialmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, além de desenvolver atividades coletivas de educação em saúde, como grupos voltados para cessação do tabagismo e uso de outras drogas. Tais ações estariam alinhadas às diretrizes da Atenção Básica e ao princípio da integralidade do cuidado, uma vez que permitem não apenas o manejo clínico das doenças, mas também a promoção de hábitos de vida mais saudáveis e o fortalecimento da autonomia dos sujeitos no cuidado com a própria saúde.

Entretanto, a dinâmica institucional do sistema prisional mostrou-se distinta da organização tradicional da Atenção Primária no território. Na prática cotidiana da eAPP, grande parte dos atendimentos ocorre por meio de demanda espontânea, mediada principalmente pela equipe de segurança da unidade prisional. Os pedidos de atendimento também podem ser

encaminhados por meio de lideranças informais entre os custodiados ou através dos chamados “pipas”, pequenos bilhetes utilizados pelas PPL como forma de comunicação com os diferentes setores da unidade prisional, incluindo a equipe de saúde. Essa forma de organização do acesso ao cuidado evidencia como as questões relacionadas à segurança institucional interferem diretamente no processo de trabalho das equipes de saúde no ambiente prisional.

Diferentemente do território extramuros, onde os usuários possuem maior autonomia para buscar os serviços de saúde, no contexto intramuros, o acesso aos atendimentos depende de múltiplas mediações institucionais, o que tende a priorizar situações consideradas mais urgentes ou de maior visibilidade no cotidiano da unidade. Como consequência, as ações programadas de promoção da saúde e acompanhamento longitudinal de condições crônicas tornam-se mais difíceis de serem implementadas de forma sistemática.

E dessa forma, os atendimentos às PPL se iniciaram centrados na resolução de demandas imediatas, em detrimento de práticas preventivas e de cuidado contínuo. Com a organização dos fluxos e entendimento da rotina da equipe de saúde em consonância com a equipe de segurança, foi possível introduzir alguns cuidados de promoção e prevenção de saúde à PPL. Assim como as equipes de saúde da família extramuros possuem parâmetros de acompanhamento das doenças crônicas, a eAPP foi incorporada à RAS com essa demanda e solicitada pela coordenação a acompanhar essa população e trazer dados sobre ela. O E-SUS APS foi alimentado e atualizado com dados da PPL, assim como o sistema próprio que realiza os atendimentos da atenção secundária, para que toda a demanda de saúde solicitada pela eAPP seja introduzida na RAS. A equipe também passou a realizar ações de educação em saúde sobre temas que mais se aplicavam à realidade do cárcere e aquelas solicitadas pela direção da U.P, que já estava engajada à nova rotina de saúde promovida pela eAPP. Campanhas de vacinação, coletas de sangue, palestras com profissionais da RAS, tudo isso foi possível realizar após algum tempo de estruturação e reconhecimento do real trabalho da eAPP.

É possível perceber que a presença da eAPP no interior da unidade prisional tem possibilitado a identificação das principais necessidades de saúde da população custodiada e a construção gradual de estratégias de cuidado que busquem ampliar o acesso e qualificar a assistência prestada, mesmo diante das limitações estruturais e institucionais que caracterizam esse cenário.

A efetivação da PNAISP depende da articulação intersetorial entre saúde e segurança

pública, bem como do compromisso da gestão municipal em incorporar a população prisional ao planejamento territorial da saúde. Sem essa integração, perpetua-se a exclusão sanitária da PPL, contrariando os princípios da universalidade e equidade. O reconhecimento institucional pela gestão municipal possibilitou ampliar o acesso a serviços especializados, exames laboratoriais e suporte matricial.

A adaptação da eAPP às normas de segurança da Unidade Prisional exigiu também o desenvolvimento de competências relacionais e institucionais, especialmente na interlocução com a equipe de segurança. O trabalho colaborativo e respeitoso entre saúde e segurança mostrou-se indispensável para viabilizar atendimentos, organizar fluxos e garantir acesso aos serviços externos, sem comprometer as diretrizes institucionais.

Com base no exposto, embora o ambiente prisional imponha limitações estruturais e operacionais, foi possível observar alguns avanços que contribuem para uma atenção mais integral à saúde da PPL. A experiência evidencia que a presença de uma equipe coesa, com baixa rotatividade e alinhada aos princípios do SUS, além de boa articulação com a gestão e o reconhecimento da eAPP como parte integrante da RAS, são elementos determinantes para a efetivação do direito à saúde no cárcere. Assim, esta equipe precisa compreender as especificidades da realidade do trabalho na eAPP, ter um perfil mais adequado e/ou aberto a desenvolver o cuidado em saúde às PPL, desenvolver uma boa relação com a equipe de segurança e saber desenvolver seu papel como ordenadora do cuidado dentro da RAS.

5.2 Ações de articulação da eAPP com serviços da RAS

A assistência à saúde no sistema prisional brasileiro apresenta características particulares que refletem as condições estruturais do encarceramento e as especificidades da população privada de liberdade. Nesse cenário, as demandas assistenciais observadas na unidade prisional onde se desenvolveu esta experiência evidenciam a complexidade do cuidado em saúde nesse contexto, especialmente no que se refere à saúde mental, ao uso de substâncias psicoativas, à assistência farmacêutica e à necessidade de articulação constante com a Rede de Atenção à Saúde.

Entre as demandas assistenciais identificadas no cotidiano de trabalho da equipe de atenção primária prisional (eAPP), pode-se dizer que o cuidado em saúde mental destaca-se como um dos aspectos mais expressivo e desafiador. O processo de privação de liberdade, por si só, constitui um importante fator gerador de sofrimento psíquico, uma vez que o

encarceramento implica ruptura de vínculos sociais, afastamento da família, restrição de autonomia e exposição a um ambiente frequentemente marcado por tensões, conflitos e limitações estruturais (Barbosa et al., 2022).

De acordo com Dourado e Alves (2018, p.48), “muitos agravos na saúde dos presos são consequências de problemas nas instalações físicas como a superlotação e a falta de capacitação e disponibilidade de equipes multiprofissionais.” Esses fatores contribuem para o aumento da vulnerabilidade da população privada de liberdade, favorecendo o surgimento ou o agravamento de transtornos mentais e outras condições de saúde. Além disso, observa-se que uma parcela significativa dos indivíduos privados de liberdade apresenta histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas. Essa realidade faz com que a demanda relacionada ao tratamento do uso de substâncias psicoativas seja frequente dentro da unidade prisional, exigindo uma atuação integrada entre os serviços de saúde presentes no sistema prisional e os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesse contexto, a articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especialmente os CAPS AD e CAPS I, torna-se fundamental para garantir o acompanhamento adequado desses indivíduos.

Na prática assistencial da equipe de saúde da unidade prisional, a psicóloga e o psiquiatra da eAPP exercem papel central no acompanhamento das demandas relacionadas ao sofrimento psíquico e ao uso de substâncias psicoativas entre os internos. Entretanto, em diversas situações, tornou-se necessário o apoio de serviços especializados da RAPS, especialmente para acompanhamento terapêutico ou manejo medicamentoso de casos mais complexos dos quais o IPL esteja vinculado ao serviço da RAPS. Dessa forma, o contato frequente dos profissionais da eAPP com profissionais dos CAPS, como enfermeiros responsáveis técnicos e psicólogos, mostrou-se uma estratégia importante para garantir a continuidade do cuidado.

Esse contato interinstitucional ocorre frequentemente por meio de troca de informações sobre prescrições medicamentosas, histórico de acompanhamento e orientações clínicas para manejo de determinadas situações. Em muitos casos, quando há necessidade de esclarecimentos urgentes sobre o histórico de tratamento de um indivíduo privado de liberdade, o contato direto com a equipe do CAPS permite acesso mais rápido às informações necessárias para a condução adequada do caso dentro da unidade prisional. Essa proximidade entre os serviços evidencia a importância da inserção da equipe de saúde prisional dentro da lógica da Rede de Atenção à Saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) estabelece justamente que a população privada de liberdade deve ser plenamente integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Conforme descrito na política, é necessário promover a inclusão efetiva das pessoas privadas de liberdade ao SUS:

> "As equipes de saúde no sistema prisional devem estar orientadas e capacitadas para prestar atenção integral à saúde para as pessoas privadas de liberdade, primando por ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de recuperação, referenciando as ações de maior complexidade para a atenção especializada na Rede de Atenção à Saúde. As equipes de saúde no sistema prisional têm autonomia para realizar as suas ações, principalmente para o estabelecimento de fluxos de demandas de saúde emergentes ou antigas, em todos os níveis de atenção." (BRASIL, 2014, p.11)

A articulação entre a eAPP e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município constitui um pilar fundamental para a efetivação do direito à saúde mental no cárcere. O território dispõe de dois dispositivos estratégicos: um CAPS II, voltado ao acompanhamento intensivo e reabilitação psicossocial de indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, e um CAPS AD (Álcool e Outras Drogas), especializado no cuidado a adultos com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, sob a perspectiva da redução de danos e do suporte à abstinência. Ambas as unidades possuem equipes multiprofissionais consolidadas, integrando na equipe: enfermeiro, técnico de enfermagem, psiquiatra, psicólogas, assistente social, monitores, além de pessoal de apoio como auxiliares administrativos, cozinheiras e auxiliares da limpeza. Um facilitador crítico para a continuidade do cuidado é a atuação da assistente social da eAPP, a qual também integra a equipe de profissionais do CAPS AD. Essa dupla inserção institucional atua como um potente canal de interlocução e matriciamento entre os setores, desburocratizando o fluxo de refenciamento e integrando a unidade prisional aos serviços da rede externa.

Outro aspecto importante observado na experiência da unidade prisional refere-se à realização de ações coletivas de promoção e educação em saúde voltadas à população privada de liberdade. Considerando a elevada prevalência de uso de substâncias psicoativas entre os internos, em algumas ocasiões, profissionais das equipes dos CAPS e das outras equipes de saúde da família, entre eles médicos e psicólogos, foram convidados para participar de atividades educativas dentro da unidade prisional. Essas ações buscaram promover espaços de diálogo e reflexão sobre saúde mental, uso de drogas, estratégias de cuidado e possibilidades de tratamento, contribuindo para ampliar o acesso à informação e incentivar a participação ativa

dos internos em seu próprio processo de cuidado

Ainda no campo da promoção da saúde, foi possível implementar um grupo de cessação do tabagismo dentro da unidade prisional, seguindo as orientações da Programa Nacional de Controle do Tabagismo - PNCT (Brasil, 2023). A proposta consistiu em reproduzir no ambiente intramuros o mesmo modelo de grupo terapêutico utilizado nas Estratégias de Saúde da Família no território extramuros. Essa iniciativa permitiu oferecer aos indivíduos privados de liberdade acesso a estratégias estruturadas de apoio à cessação do tabagismo, incluindo acompanhamento multiprofissional, atividades educativas e, quando necessário, uso de medicamentos específicos para auxiliar no processo de abandono do tabaco. Esses grupos eram realizados pela psicóloga e por mim, com encontros mensais. Sempre que se iniciava um grupo, também havia avaliação médica, para a prescrição, se necessário, dos medicamentos recomendados. Algumas vezes éramos impedidas de realizar o grupo durante o mês por motivos relacionados à segurança e protocolos institucionais, porém na maioria das vezes, a equipe de segurança se prontificava em organizar os IPL´s selecionados para os grupos e realizavam o devido remanejamento para que o grupo ocorresse como programado. Nesse sentido, como já estávamos empenhados no acompanhamento da cessação do tabagismo, quando foi deliberado a proibição do uso do cigarro em todas os presídios do Estado de Minas Gerais, tanto a equipe de saúde quanto a de segurança já estava organizada para poder realizar um tratamento e acompanhamento dos IPL´s tabagistas que seriam “obrigados” a deixar o cigarro. Como estava vinculada à RAS, realizei contato com a coordenação responsável pelo programa de cessação de tabagismo no município, para que pudessemos intensificar os grupos com materiais e ainda buscar os medicamentos para dar apoio aqueles IPL´s que apresentasem quaisquer efeitos colaterais da abstinência do cigarro.

É importante destacar que, a abordagem do tabagismo no sistema prisional ultrapassa a esfera da dependência química individual, consolidando-se como um desafio crítico de gestão e direitos humanos. A Portaria GM/MS nº 502/2023, que instituiu o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no âmbito do SUS, estabelece como diretriz o cuidado integral e a garantia de acolhimento em todos os níveis de atenção, priorizando grupos em situação de vulnerabilidade. Em Minas Gerais, essa agenda foi intensificada pelo Memorando Sejusp/SSEG nº 1.000/2024, que determinou a proibição total da entrada e do consumo de tabaco nas 171 unidades prisionais do estado, sob as justificativas de redução da morbimortalidade e proteção de servidores e detentos contra a fumaça ambiental; e, eliminar o uso do cigarro como "moeda de troca" e restringir o acesso a instrumentos inflamáveis, como

isqueiros e fósforos.

Entretanto, a implementação dessa proibição em um ambiente de confinamento exige que a eAPP atue de forma intersetorial para evitar que a abstinência desestabilize a “ordem interna”. Conforme preconizado pelo PNCT, o eixo do Cuidado Integral deve assegurar não apenas a assistência farmacêutica — com a distribuição de medicamentos para cessação — mas também ações de educação em saúde e suporte psicossocial contínuo. Sem o fortalecimento desses eixos, a política corre o risco de ser exercida apenas como uma medida punitiva, negligenciando o direito ao tratamento previsto na legislação federal e estadual.

Essa experiência demonstra que, mesmo dentro de um ambiente com limitações estruturais como o sistema prisional, é possível desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos que dialoguem com as diretrizes da APS. Dessa forma, torna-se evidente a importância de garantir que as pessoas privadas de liberdade também tenham acesso a estratégias de cuidado semelhantes às ofertadas à população em liberdade.

Outro componente relevante da atenção integral à saúde refere-se à assistência farmacêutica. A assistência farmacêutica no contexto prisional caracteriza-se por uma gestão de suprimentos medicamentosos complexa. O estoque medicamentoso da UP é composto pelo fornecimento de medicamentos da esfera estadual, complementado pelo aporte da gestão municipal e, excepcionalmente, por itens de aquisição privada (familiares) mediante prescrições específicas. Com o intuito de manter as boas praticas de armazenamento e dispensação de medicamentos, a equipe de enfermagem centraliza o gerenciamento desse estoque, responsabilizando-se pelo controle de validade, contagem e fracionamento diário para administração, em dois períodos designados nesta UP - matutina e noturna, à População Privada de Liberdade (PPL).

Um dos nós críticos identificados na rotina assistencial refere-se à periodicidade quadrimestral do ciclo de suprimentos estadual. Essa rigidez logística frequentemente resulta em desabastecimento temporário de fármacos essenciais para o manejo de Condições Crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica. Diante desse cenário, a integração da eAPP com a Farmácia Municipal de Saúde configura-se como uma estratégia vital de matriciamento logístico e garantia da continuidade terapêutica.

Essa articulação intra-setorial permite a agilização no fornecimento de medicamentos

do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e de insumos estratégicos indispensáveis — como glicosímetros, tiras reagentes e materiais de curativo — atenuando a suspensão de cuidados básicos. Ademais, a comunicação fluida com a rede municipal assegura a intercomunicação das prescrições originadas em serviços de urgência e emergência (Pronto Socorro) ou consultas especializadas extramuros. Assim, a inserção efetiva da eAPP na RAS materializa o princípio da equidade, garantindo que o acesso à saúde intramuros guarde conformidade com os padrões oferecidos à população geral, superando a fragmentação do cuidado no sistema prisional.

A demanda por medicamentos, especialmente psicotrópicos, é significativa entre os indivíduos privados de liberdade, sendo comum a necessidade de acompanhamento contínuo para manutenção de tratamentos relacionados a transtornos mentais, ansiedade, depressão e outros agravos psiquiátricos. Nesse contexto, o uso regular dessas medicações torna-se um elemento importante tanto para o cuidado em saúde quanto para a estabilidade do ambiente institucional. A interrupção do tratamento medicamentoso pode resultar no agravamento de sintomas psiquiátricos, aumento da irritabilidade ou crises relacionadas à abstinência, o que pode impactar diretamente na dinâmica da unidade prisional. Dessa forma, a garantia do acesso contínuo aos medicamentos torna-se também uma preocupação dos profissionais da segurança, que frequentemente identificam alterações comportamentais associadas à ausência ou irregularidade no uso dessas medicações.

Além dos psicotrópicos, também são solicitados medicamentos específicos para o tratamento de outras doenças crônicas prevalentes no sistema prisional, como, por exemplo, a tuberculose. Esse agravo possui grande relevância epidemiológica no contexto prisional devido às condições ambientais frequentemente presentes nesses espaços, como superlotação, ventilação inadequada e contato prolongado entre os indivíduos. Dessa forma, o acesso adequado ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso torna-se essencial para evitar a disseminação dessas doenças dentro da unidade prisional.

No âmbito das doenças infectocontagiosas em unidades prisionais, a Tuberculose (TB) constitui um agravo de vigilância prioritária, dada a alta taxa de incidência e a vulnerabilidade intrínseca da população carcerária. A inserção da eAPP na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e sua articulação direta com a Vigilância Epidemiológica municipal são determinantes para a eficácia do bloqueio epidemiológico (conjunto de ações para impedir que a doença se espalhe após a detecção de um caso). Dentro do período de 2023 à atualidade, a unidade prisional em

que atuei registrou apenas dois casos confirmados de TB, manejados conforme observância aos protocolos nacionais e às diretrizes estaduais de Minas Gerais, incluindo as diretrizes dos Sistema Prisional. A agilidade diagnóstica dos casos foi viabilizada por um fluxo de comunicação horizontal com a referência técnica municipal, o que permitiu a pronta coleta e processamento de exames — como o Teste Rápido Molecular (TRM-TB) e Raio X — e o início rápido das medicações prescritas. Diante do acentuado estigma social e institucional associado à patologia, a cooperação intersetorial com a equipe de segurança foi estratégica para a implementação das medidas de controle ambiental e isolamento respiratório, quando indicado. Paralelamente à assistência clínica, foram desenvolvidas ações de Educação em Saúde voltadas para a PPL sobre a doença, ferramenta essencial para a desmistificação de crenças limitantes e o fortalecimento da adesão ao tratamento. A integração logística com a Assistência Farmacêutica do município assegurou a regularidade do esquema terapêutico, culminando na cura clínica dos casos e na interrupção da cadeia de transmissão intramuros.

De modo geral, a experiência relatada evidencia que o cuidado em saúde no sistema prisional exige uma abordagem integrada e articulada com os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. As demandas observadas, especialmente no campo da saúde mental, do uso de substâncias psicoativas e da assistência farmacêutica, reforçam a necessidade de estratégias assistenciais que considerem as especificidades desse contexto. Ao mesmo tempo, é fundamental garantir que as pessoas privadas de liberdade tenham assegurado o direito à atenção integral à saúde, conforme preconizado pelas políticas públicas do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, fortalecer o vínculo entre as equipes de saúde do sistema prisional e os serviços da rede municipal constitui uma estratégia essencial para ampliar a resolutividade do cuidado e promover a efetivação do direito à saúde da população privada de liberdade. Dessa forma é importante citar a articulação da eAPP nos atendimentos da média e alta complexidade.

A fragmentação da RAS constitui um desafio estrutural histórico no sistema de saúde brasileiro, manifestando-se de forma mais evidente pela fragilidade na articulação entre a APS e a Atenção Especializada (AE). Essa descontinuidade compromete a integralidade do cuidado, resultando em barreiras de acesso, longas filas de espera e fluxos comunicacionais ineficientes, e aprofundam a invisibilidade assistencial da população privada de liberdade. Tal cenário corrobora com a literatura descrita por Damasceno (2020), que aponta a fragmentação como um dos principais entraves à efetividade das redes, sendo necessária a integração dos serviços

como estratégia para qualificação do cuidado e superação de lacunas assistenciais.

No contexto prisional, esses desafios tornam-se ainda mais complexos, uma vez que se somam às especificidades do ambiente carcerário, como a superlotação, a precariedade estrutural e a desarticulação entre os setores da saúde e da justiça. Nesse sentido, como evidencia Barbosa (2022), a garantia da integralidade no cuidado às pessoas privadas de liberdade é comprometida justamente pela fragilidade dos processos de trabalho e pela insuficiente articulação intersetorial, configurando um cenário de assistência fragmentada e pouco resolutiva.

Ademais, a literatura descrita por Almeida (2025) reforça que a ausência de mecanismos efetivos de comunicação, regulação e contrarreferência entre os níveis assistenciais contribui diretamente para a descontinuidade do cuidado. A integração entre APS e AE é apontada como pressuposto essencial para um sistema de saúde equitativo, sendo a APS responsável pela coordenação do cuidado e ordenação dos fluxos assistenciais, o que exige sistemas regulatórios transparentes e centrados nas necessidades dos usuários. Contudo, na prática, observa-se que tais mecanismos ainda são incipientes, especialmente no contexto das populações vulnerabilizadas, como as PPL.

Nesse contexto, a PNAISP surge como um importante marco normativo ao propor a inserção dessa população na Rede de Atenção à Saúde do SUS, reconhecendo as unidades prisionais como pontos de atenção e portas de entrada do sistema. A política preconiza a articulação entre os diferentes níveis de atenção por meio de fluxos de referência e contrarreferência, com vistas à garantia do cuidado integral, universal e equânime (Brasil, 2014). Entretanto, a efetivação desses princípios ainda enfrenta desafios operacionais significativos, sobretudo relacionados à gestão, financiamento e organização dos serviços.

Contudo, a inserção institucional da eAPP na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde representou um avanço importante no enfrentamento dessas fragilidades, promovendo um tensionamento positivo das práticas instituídas. Ao sensibilizar a gestão municipal acerca da necessidade de uma coordenação do cuidado efetiva, foi possível institucionalizar fluxos regulatórios mais transparentes e organizados para a marcação de exames, consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos. Foi possível observar, ainda, que a incorporação da eAPP no município, possibilitou a inclusão efetiva das pessoas privadas de liberdade nos fluxos de atendimento da média e alta complexidade, contribuindo significativamente para a

visibilização dessa população no âmbito da RAS. A partir dessa atuação, passou-se a realizar o cadastramento dos indivíduos privados de liberdade em sistema informatizado municipal, o qual organiza e regula o acesso de toda a população aos atendimentos especializados.

Dessa forma, a equipe de saúde passou a exercer papel fundamental na mediação entre o sistema prisional e a rede externa de saúde, atuando como elo comunicacional entre a pessoa privada de liberdade e os serviços especializados. Sempre que necessária a priorização de determinado caso, a eAPP realiza interlocução direta com a regulação municipal, subsidiada por relatórios médicos que evidenciam a condição clínica do indivíduo e justificam a necessidade de intervenção prioritária. Essa estratégia contribuiu para a construção de um fluxo regulatório mais equitativo e transparente, pautado em critérios clínicos e não em fatores institucionais ou estigmatizantes. Ademais, a utilização de sistemas formais de agendamento para exames, consultas e procedimentos cirúrgicos permitiu superar barreiras historicamente impostas, como o estigma associado à população privada de liberdade e a descontinuidade do cuidado.

Ressalta-se que, anteriormente, o acesso aos serviços de saúde externos era frequentemente intermediado pela equipe de segurança, a qual, embora desempenhe papel essencial na custódia, não possui formação específica na área da saúde nem acesso aos sistemas de regulação do SUS, o que dificultava a organização dos fluxos assistenciais e, por vezes, comprometia a efetividade do cuidado. Nesse sentido, a atuação da eAPP promoveu maior qualificação do processo de trabalho, garantindo maior resolutividade, organização e humanização na assistência prestada às pessoas privadas de liberdade. Com esse fluxo organizado, a própria equipe de segurança se organizava para realização da movimentação dos custodiados sempre que necessário, em consultas externas e até cirurgias em outros municípios. Como havia um bom engajamento da equipe de segurança e da equipe de saúde, sempre que possível, trazíamos o serviço de saúde para dentro da UP para realizar a demanda de saúde solicitada, como exames laboratoriais. A maioria das coletas de sangue eram realizadas dentro da UP, dispensando as escoltas e, com isso, facilitando os serviços da equipe de segurança.

Dessa forma, a integração sistêmica entre o sistema prisional e a rede municipal de saúde mostrou-se essencial para a garantia do acesso oportuno aos serviços de média e alta complexidade. Ao incluir o paciente privado de liberdade no sistema de regulação municipal, sem distinções, a equipe não apenas superou entraves logísticos e institucionais, mas também fortaleceu a materialização dos princípios do SUS, especialmente a universalidade, a equidade e a integralidade.

6. LIÇÕES APRENDIDAS

O exercício de sistematização e registro da experiência de atuação em uma equipe de saúde do sistema prisional possibilitou identificar características na forma de organização do processo de trabalho na UP os quais limitam ou dificultam a efetivação do princípio da integralidade do cuidado. Ao mesmo tempo, permitiu evidenciar ações e estratégias que contribuíram para a ampliação do acesso à saúde e para a promoção da integralidade do cuidado às PPL (quadro 01).

Quadro 01 – Síntese dos principais achados

Fatores que limitam ou dificultam a integralidade do cuidado	**Ações/estratégias que contribuem para a integralidade do cuidado**
1. Rotatividade de profissionais da equipe de enfermagem, decorrente de vínculos precários de trabalho e/ou de insatisfação com a atuação no sistema prisional; 2. Acesso às ações e serviços de saúde localizados fora da UP condicionado a critérios de segurança e questões logísticas (ex: autorizações e escoltas) 3. Falta de um acompanhamento sistemático das condições crônicas, como HAS e DM; 4. Foco na demanda espontânea e ações assistenciais, com limitações na proposição de ações programáticas e de promoção da saúde 5. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde que compõem a RAS	1. Redefinição de critérios para seleção de profissionais de saúde com perfil mais adequado para o trabalho no sistema prisional; 1.1 Desconstrução de estigmas e preconceitos relacionados ao trabalho no ambiente do sistema prisional 2. Fortalecimento do vínculo de trabalho entre os profissionais da equipe de saúde e profissionais da segurança e organização de fluxos junto à equipe de segurança; 3. Atualização e alimentação do e-SUS APS com dados das PPL 4. Planejamento e desenvolvimento de ações de educação em saúde e oferta de ações mais atinentes às necessidades de saúde da PPL 5. Aproximação e maior articulação junto aos profissionais de saúde de outros dispositivos, com destaque para a Farmácia municipal e dispositivos de cuidado em Saúde Mental.

Dentre os principais fatores limitantes, destaca-se a alta rotatividade da equipe de enfermagem. Tal fenômeno corrobora a análise de Schultz *et al*. (2022), que compreende a precarização do trabalho no sistema prisional não apenas pela fragilidade dos vínculos empregatícios, mas também pela insegurança ocupacional. Nesse contexto, a insatisfação profissional frequentemente está associada à percepção do trabalho no cárcere como uma espécie de "punição institucional", o que compromete a continuidade do cuidado e fragiliza os vínculos com os usuários. Nesse contexto, a desconstrução de estigmas entre os profissionais de saúde e de segurança surgiu como uma ação educativa permanente. Ademais, ao fortalecer o vínculo com a equipe de custódia, a saúde deixa de ser vista como um problema para ser reconhecida como um direito que qualifica a própria gestão do sistema prisional.

A experiência evidenciou que, embora persistam desafios estruturais — como limitações de infraestrutura e rigidez burocrática —, a atuação da eAPP, enquanto ponto legítimo da Rede de Atenção à Saúde, apresenta potencial para promover a inclusão dessa população historicamente vulnerabilizada. Nesse sentido, a superação da invisibilidade assistencial no sistema prisional não depende exclusivamente da criação de novos dispositivos legais, mas da efetivação de fluxos regulatórios transparentes e do compromisso ético-político dos profissionais com os princípios de equidade do SUS.

Além disso, a hegemonia da demanda espontânea em detrimento de ações programáticas (como o acompanhamento de condições crônicas como a HAS e o DM), reflete o que Barbosa *et al*. (2022) descrevem como o desafio de superar o modelo médico-centrado. A restrição de autonomia da PPL e as barreiras logísticas de escolta criam o que a literatura chama de vazio assistencial, onde a segurança dita o ritmo da saúde, comprometendo o princípio da universalidade.

Em contrapartida, as estratégias de superação evidenciaram que a redefinição de fluxos possui um potencial transformador. A atualização do e-SUS APS e a alimentação sistemática de dados da PPL foram passos fundamentais para retirar esses usuários da invisibilidade estatística, permitindo que a eAPP exerça seu papel de ordenadora do cuidado dentro da RAS.

Conforme discutido por Damasceno *et. al*. (2020), a construção de redes de atenção articuladas constitui uma resposta estratégica à fragmentação do cuidado. Nesse sentido, a aproximação com a Farmácia Municipal e com os dispositivos de saúde mental, como o CAPS II e o CAPS AD, materializou a integração entre os serviços. Destaca-se ainda o papel de atores estratégicos, como a assistente social com inserção em múltiplos pontos da rede, que favoreceu

o matriciamento e contribuiu para a redução de barreiras burocráticas de acesso. Essa articulação intersetorial mostra-se fundamental para transpor os limites físicos do confinamento, assegurando a continuidade do cuidado e o respeito ao itinerário terapêutico dos indivíduos.

Por fim, compreender que a construção de redes de atenção articuladas, centradas no usuário e orientadas por fluxos regulatórios eficientes, constitui estratégia fundamental para a superação da invisibilidade assistencial no sistema prisional. A experiência evidenciou que, embora os desafios estruturais persistem, iniciativas locais de reorganização do cuidado possuem potencial transformador, contribuindo para a efetivação do direito à saúde e para a consolidação de práticas mais justas e inclusivas no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, MM, MENDONÇA CS, TASCA R, BATISTA SRR. **NOTA TÉCNICA No 1 2025- Rede APS: Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no SUS: reflexões para uma integração assistencial oportuna, efetiva e centrada no usuário do SUS.** ABRASCO.

ARAÚJO, MM, et al. Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0303

BARBOSA ML, CELINO SDM, OLIVEIRA LV, COSTA, GMC. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. **Cad Saúde Colet**, 30(4), 2022. https://doi.org/10.1590/1414- 462X202230040603

BASRTO, MSH. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade.** https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.08962022

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Lei de Execução Penal**. Brasília, DF: Presidência da República,1984. Disponível em: portal do Planalto.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União**,** Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. **Perguntas e Respostas Frequentes**: **repasse de recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, **2017**. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 502, de 1º de junho de 2023**. Institui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Publicado em:13/06/2023, Edição:110, Seção: 1, Página:60

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2ª edição atualizada / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 364 p.

DAMACENO AN, LIMA MADS, PUCCI VR, WEILLER TH. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm.** UFSM. 2020 [Acesso em: Anos Mês Dia]; vol.10 e14: 1-14. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769236832

DOURADO, JLG; ALVES, RSF. **Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde**. Boletim - Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, v. 39, n. 96, p. 47–57, jun. 2019.

DUARTE, TM; **"SE A BOCA FALA O CORPO SARA". A experiência das rodas de conversa com mulheres e seus efeitos na saúde.** Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Especialização Lato Sensu Em Saúde Pública, 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública. **Memorando Sejusp/SSEG nº 1.000/2024**. Protocolo de Retirada e Proibição do Cigarro nas Unidades Prisionais do Estado. Belo Horizonte: DEPEN-MG, 2024.

MORAIS, EO. **Apoio institucional na atenção básica: relato de experiência.** Especialização Lato Sensu em Saúde Pública. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018.

RIBEIRO, H.M. **Recuperando o fôlego: a importância das equipes de Atenção Primária Prisional para o controle da tuberculose nos presídios do estado do Rio de Janeiro**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2024.

Schultz, ALV, et al. A precarização do trabalho no contexto da atenção primária à saúde no sistema prisional. **Ciênc. saúde coletiva**, 27 (12) 14 Nov 2022. https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.11402022

Simas L, *et al*. Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. **Cad. Ibero-amer.** Dir. Sanit., Brasília, 10(1): jan./mar., **2021** https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.746.

Sistema Integrado de Gestão Prisional, 2026. https://www.sigpri.mg.gov.br