



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

LAÍS DE OLIVEIRA FREITAS RENOVARO

**PNAISP EM FOCO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE DESAFIOS E
POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS PARA SEU FORTALECIMENTO**

LAÍS DE OLIVEIRA FREITAS RENOVATO

**PNAISP EM FOCO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE DESAFIOS E
POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS PARA SEU FORTALECIMENTO**

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.

Orientadora: Profa. Ma. Anísia Valéria Chaves e
Silva.

Belo Horizonte

2026

LAÍS DE OLIVEIRA FREITAS RENOVATO

**PNAISP EM FOCO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE DESAFIOS E
POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS PARA SEU FORTALECIMENTO**

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. Ma. Anísia Valéria Chaves e Silva – ESP-MG (Orientadora)

Profa. Dra. Andréa Maria Silveira –
Faculdade de Medicina/UFMG (Banca Examinadora)

Prof. Ma. Sidnelly Aparecida de Almeida –
Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública
Penitenciária José Maria Alkimin (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 05 de abril de 2026

FICHA CATALOGRÁFICA

R418p Renovato, Laís de Oliveira Freitas.

PNAISP em foco : um relato de experiência sobre desafios e possíveis estratégias para seu fortalecimento. /Laís de Oliveira Freitas Renovato . - Belo Horizonte: ESP-MG, 2026.

49 f.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública - Saúde no Sistema Prisional.

Orientador(a): Anísia Valéria Chaves e Silva.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Prisional. 2. Pessoas Privadas de Liberdade. 3. Sistema Prisional. 4. Enfermagem. 5. Gestão em Saúde. I. Silva, Anísia Valéria Chaves 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).

RESUMO

O direito à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil ainda se configura como um desafio histórico, marcado por desigualdades estruturais e limitações no acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) representa um importante marco normativo ao propor a integração da saúde prisional ao Sistema Único de Saúde. O presente estudo tem como objetivo analisar, a partir de um relato de experiência, os desafios vivenciados no cotidiano do trabalho em saúde que interferem na implementação da PNAISP, bem como apontar estratégias para seu fortalecimento. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, fundamentado na experiência profissional de uma enfermeira atuante em unidade prisional da Região Metropolitana de Belo Horizonte. A análise evidencia que, embora a PNAISP represente avanço significativo na garantia do direito à saúde dessa população, sua efetivação permanece condicionada a entraves estruturais, institucionais e operacionais. Destacam-se limitações de recursos materiais e humanos, sobrecarga de trabalho, fragilidades na articulação intersetorial, dificuldades de acesso à rede externa de saúde e a predominância de uma lógica custodial que, frequentemente, se sobrepõe à perspectiva do cuidado integral. A experiência relatada evidencia o papel estratégico da enfermagem na organização do processo de trabalho, na coordenação do cuidado e na mediação entre os diferentes atores institucionais, exigindo competências técnicas, éticas, políticas e relacionais. Ademais, reforça-se a necessidade de fortalecimento da atenção primária prisional, da educação permanente em saúde, da melhoria das condições estruturais e do investimento na gestão intersetorial como caminhos para qualificar a assistência. Conclui-se que o fortalecimento da PNAISP deve ser compreendido como um processo contínuo e coletivo, que demanda compromisso institucional, valorização das equipes de saúde e reconhecimento do sistema prisional como território legítimo de produção do cuidado e de garantia de direitos.

Palavras-chave: Saúde prisional; Pessoas privadas de liberdade; Sistema prisional; Enfermagem; Gestão em saúde.

ABSTRACT

The right to health for people deprived of liberty in Brazil remains a historical challenge, marked by structural inequalities and limited access to healthcare services. In this context, the National Policy for Comprehensive Healthcare for People Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP) represents an important normative framework by proposing the integration of prison health into the Unified Health System. This study aims to analyze, based on an experience report, the challenges faced in daily healthcare work that interfere with the implementation of PNAISP, as well as to identify strategies for its strengthening. This is a descriptive study with a qualitative approach, grounded in the professional experience of a nurse working in a prison unit in the Metropolitan Region of Belo Horizonte. The analysis reveals that, although PNAISP represents a significant advancement in guaranteeing the right to health for this population, its implementation remains conditioned by structural, institutional, and operational barriers. These include limitations in material and human resources, work overload, weaknesses in intersectoral articulation, difficulties in accessing external healthcare networks, and the predominance of a custodial logic that often overrides the perspective of comprehensive care. The reported experience highlights the strategic role of nursing in organizing the work process, coordinating care, and mediating between different institutional actors, requiring technical, ethical, political, and relational competencies. Furthermore, it emphasizes the need to strengthen primary healthcare within prisons, promote continuing education, improve structural conditions, and invest in intersectoral management as pathways to enhance healthcare delivery. It is concluded that strengthening PNAISP should be understood as a continuous and collective process, requiring institutional commitment, recognition of healthcare teams, and acknowledgment of the prison system as a legitimate space for care production and the guarantee of rights.

Keywords: Prison health; People deprived of liberty; Prison system; Nursing; Health management.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Evolução da taxa de aprisionamento	23
Quadro 2	Legislações associadas a criação e implementação da PNAISP	26
Quadro 3	Tipologia das equipes de atenção primária prisional (eAPP)	35
Quadro 4	Equipes e profissionais complementares	37
Quadro 5	Comparativo Equipes SEJUSP x PNAISP	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
e-APP	Equipes de atenção primária prisional
ESF	Equipes de Saúde da Família
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSEJ	Conselho Nacional de Secretários de Justiça
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
LEP	Lei de Execução Penal
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SEJUSP	Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública
SENAPPEN	Secretaria Nacional de Políticas Penais
SUS	Sistema Único de Saúde
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library</i>
UBR	Unidades Básicas de Referência
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 RELATO DE EXPERIÊNCIA	12
3 OBJETIVOS	17
4 REVISÃO DE LITERATURA: PRINCIPAIS DISCUSSÕES	18
5 METODOLOGIA	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	47

1. INTRODUÇÃO

A garantia do direito à saúde permanece distante da realidade experimentada pela população privada de liberdade. No Brasil, isso se constitui um desafio histórico, pois mesmo com a criação da Lei de Execução Penal em 1984 e com a elaboração do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) em 2003, não se garantiu que esse direito fosse efetivado de forma ampla e integral. Embora a Constituição Federal de 1988 reconheça a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), a população prisional permanece em situação de vulnerabilidade, com condições de vida e saúde agravadas pelo superencarceramento e superlotação das unidades prisionais, mantendo estruturas insalubres, além enfrentar o atravessamento por desigualdades sociais, estigmatização e fragilidades organizacionais do sistema prisional (SOARES; BATISTA, 2021).

O encarceramento marca a dificuldades de acesso aos serviços públicos, que contribuíram para consolidar o ambiente prisional como um espaço de recorrentes violações ao direito constitucional à saúde (PAIM, 2006). Nesse cenário, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (Brasil, 2014) emerge como um marco normativo fundamental para a garantia do direito à saúde dessa população (BARTOS, 2023).

A PNAISP (Brasil, 2014) foi instituída em 2014 por meio da Portaria Interministerial em uma ação integrada do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça (BRASIL, 2014) e estabelece a integração dos serviços de saúde ofertados no sistema prisional à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando os princípios da universalidade, integralidade e equidade no cuidado em saúde, além de propor a organização da atenção primária prisional por meio de equipes multiprofissionais, definição de fluxos de referência e contra referência e maior visibilidade institucional da saúde no cárcere (BRASIL, 2014).

Seus princípios fundamentam-se no respeito aos direitos e à justiça social, integralidade de atenção à saúde e no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde (CARVALHO, 2017). Esses princípios devem garantir a equidade, a corresponsabilidade interfederativa, além da participação e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para a atenção à saúde, de forma semelhante àqueles previstos para o funcionamento do SUS (OMENA et al., 2024). Nesse sentido, a PNAISP (Brasil, 2014) chega no cenário nacional com o intuito de minimizar problemas oriundos da precária saúde do sistema prisional, prevenir danos e agravos, estimular a promoção

da saúde entre os presos e aqueles que orbitam os espaços prisionais (MELGAÇO; TORRES, 2020)

Representa, portanto, um avanço significativo na afirmação dos direitos humanos no contexto prisional, ao reconhecer que a privação de liberdade não pode implicar a supressão dos direitos fundamentais, especialmente o direito à saúde (MACEDO et al., 2019). Nesse sentido, a política substitui modelos anteriores, como o PNSSP, que se mostravam insuficientes frente à complexidade das demandas de saúde da população encarcerada e à necessidade de maior articulação com o SUS (BRASIL, 2004; CNMP, 2019). No entanto, a distância entre o texto normativo e a prática cotidiana permanece significativa, uma vez que diversos desafios são observados na implementação e materialização dessa política no cotidiano da saúde nas unidades prisionais (SILVA; ALMEIDA; FREITAS, 2024).

De acordo com o censo penitenciário disponibilizado pelo SISDEPEN referente ao primeiro semestre de 2025, o Brasil possui uma população carcerária de 701.637 pessoas privadas de liberdade em celas físicas (sem incluir indivíduos em prisão domiciliar ou outras formas alternativas de cumprimento de pena), que se encontram distribuídas em 1.375 estabelecimentos penais e 499.34 vagas disponíveis por todo país, o que o coloca entre os países com as maiores populações prisionais do mundo (SISDEPEN, 2025). Ainda no cenário nacional atual, a população prisional apresenta elevada prevalência de agravos à saúde, destacando-se doenças infectocontagiosas como tuberculose, HIV, hepatites virais e sífilis, além de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e transtornos mentais. Dados divulgados pela Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN) referentes ao 1º Semestre de 2025 reforçam a presença significativa dessas doenças e revelam que foram realizados mais de 9 milhões de procedimentos de saúde no período, somando consultas, intervenções, exames e vacinas. A inclusão desses diagnósticos nos relatórios é importante para vincular a saúde prisional ao controle de doenças que têm importância na saúde pública, uma vez que ambientes carcerários podem favorecer a transmissão (FLORÊNCIO; OLIVEIRA; SALVADOR, 2021). Ademais, esse perfil epidemiológico reforça a necessidade de uma atenção integral e de ações contínuas de vigilância em saúde no sistema prisional (BRASIL, 2024).

No âmbito da Região Metropolitana de Belo Horizonte essa realidade é vivenciada cotidianamente. Por isso, esse estudo parte da experiência profissional de uma enfermeira, analista executiva de defesa social, com atuação há 11 anos em unidade prisional da região metropolitana de Belo Horizonte, que abrange o período anterior à implementação formal da PNAISP (Brasil, 2014), no município de Ribeirão das Neves - MG que ocorreu em 2018 até o

contexto atual, marcado por esforços de consolidação de equipes de saúde estruturadas, possibilitando uma análise crítica dos avanços alcançados e dos entraves ainda existentes, além de buscar refletir sobre os desafios enfrentados na execução da PNAISP (Brasil, 2014) e apontar estratégias possíveis para seu fortalecimento. Destaca-se que a assistência de enfermagem desempenha um papel primordial no cuidado desses indivíduos, principalmente ao exercer suas funções, o conhecimento científico deve ser executado de maneira humanizada, integrando a técnica à sensibilidade nas interações com os pacientes (FUKUSHIMA et al., 2025).

O município de Ribeirão das Neves - MG abriga uma das maiores concentrações de unidades prisionais do estado de Minas Gerais. Estimativas e levantamentos indicam que a região reúne cerca de 8.641 indivíduos privados de liberdade distribuídos em diversas unidades, como a Penitenciária José Maria Alkimin, o Presídio Antônio Dutra, o Presídio José Abranches Gonçalves, o Presídio Inspetor José Martinho Drumond, além do Complexo Penitenciário Público Privado, o que representa um dos maiores contingentes prisionais de Minas Gerais. Esse panorama reflete a superlotação, visto que um levantamento apontou capacidade oficial de cerca de 5.552 vagas (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2022).

Quanto a rede municipal do SUS de Ribeirão das Neves – Minas Gerais, ela é organizada em cinco regiões sanitárias, que agrupam as unidades de atenção primária e suas Equipes de Saúde da Família (ESF) para melhor coordenação territorial da atenção à saúde da população. Essa estrutura segue a lógica do SUS de territorialização e longitudinalidade, em que cada ESF e Unidade de Saúde da Família (USF) é responsável por um território e população específica com foco em cuidado contínuo e integral. Tal rede engloba 50 USFs distribuídas nos bairros, sendo a principal porta de entrada da atenção primária, oferecendo acompanhamento longitudinal à população, com promoção da saúde, prevenção de agravos e atendimentos clínicos básicos. Além disso, também é composta por 53 ESFs atuando nessas unidades. Cada equipe normalmente inclui médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. 5 Unidades Básicas de Referência (UBRs) também oferecem serviços de atenção primária com funcionamento ampliado e referência para casos que demandam maior complexidade que o atendimento nas USFs (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2016).

Mediante o exposto, a realização deste estudo justifica-se pela necessidade sistematizar o conhecimento adquirido pela autora desse estudo na atuação em saúde numa unidade prisional, de forma fundamentada e contextualizada sobre as especificidades da saúde prisional. Esse conhecimento adquirido mediante as vivências nesse ambiente permite a identificação de lacunas e para possíveis proposições de estratégias de aprimoramento dessa política nas

unidades prisionais. Ademais, valoriza a experiência profissional como fonte legítima de conhecimento e reafirma a dignidade das pessoas privadas de liberdade como sujeitos de direitos no âmbito do SUS (PAIM, 2006; BRASIL, 2014). A seguir apresento a experiência vivenciada.

2. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Minha trajetória no sistema prisional justifica a escolha dessa temática para elaboração desse estudo. Teve início em 2014, a partir da aprovação em concurso público vinculado à Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP), para o cargo de Analista Executiva de Defesa Social – Enfermeira. Desde então, vivencio cotidianamente as limitações, tensões e desafios inerentes a esse campo de atuação, estando inserida na saúde prisional do município de Ribeirão das Neves, em Minas Gerais, território que abriga um dos maiores complexos penitenciários do estado. Trata-se de um cenário marcado pela superlotação, por vulnerabilidades sociais e sanitárias históricas e por uma complexa articulação entre os sistemas de saúde e de justiça.

No exercício das minhas atribuições profissionais, atuo de forma articulada entre o sistema de saúde e o sistema de justiça, vivenciando na prática o desafio de materializar as diretrizes da Lei de Execução Penal (LEP), da PNAISP (Brasil, 2014) e do Regulamento e Normas de Procedimentos do Sistema Prisional de Minas Gerais (RENP-MG). Como enfermeira da unidade prisional, minha atuação extrapola o cuidado pontual, envolvendo desde o acolhimento inicial e a escuta qualificada das demandas de saúde, a triagem clínica e o acompanhamento de agravos agudos e condições crônicas, até a organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem. No cotidiano institucional, assumo também responsabilidades relacionadas à supervisão dos técnicos de enfermagem, ao gerenciamento de insumos e materiais, ao registro sistemático das ações em prontuário e aos encaminhamentos necessários para a rede externa de saúde, buscando garantir a continuidade do cuidado apesar das limitações impostas pelo contexto prisional. Além disso, participo de ações de vigilância em saúde, educação em saúde e de espaços institucionais como a Comissão Técnica de Classificação, nos quais a enfermagem contribui não apenas com o olhar assistencial, mas também com a avaliação das condições de saúde que impactam diretamente o cumprimento da pena e o processo de reintegração social. Essas atribuições, vivenciadas cotidianamente, evidenciam a complexidade da atuação da enfermagem no sistema prisional e reforçam seu papel estratégico na garantia do direito à saúde da pessoa privada de liberdade.

A PNAISP (Brasil, 2014) configura-se como um importante marco normativo ao integrar a população prisional ao SUS e estabelecer a atenção primária como eixo estruturante do cuidado no sistema prisional. Entretanto, ao longo da minha vivência profissional, pude observar que a implementação dessa política enfrenta desafios significativos no cotidiano

institucional. Entre os principais entraves destacam-se a insuficiência de recursos humanos, a elevada rotatividade dos profissionais de saúde, a sobrecarga de trabalho e a fragmentação das ações assistenciais. Soma-se a isso o modelo de organização das equipes, frequentemente definido pelo número de indivíduos privados de liberdade e não pelas demandas reais, pelo perfil epidemiológico ou pelas especificidades sanitárias de cada unidade prisional, o que compromete a efetividade do cuidado e a capacidade resolutiva das equipes.

Outro aspecto que impacta diretamente a execução da assistência refere-se à distribuição da carga horária dos profissionais entre diferentes unidades prisionais, prática comum no sistema e amplamente discutida na literatura como fator de fragilização do vínculo, da longitudinalidade do cuidado e da organização do processo de trabalho. Essa dinâmica, associada à alta rotatividade, dificulta a consolidação de ações contínuas de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento de condições crônicas e infectocontagiosas, pilares centrais da atenção primária preconizada pela PNAISP (Brasil, 2014).

Outro desafio relevante vivenciado no cotidiano profissional diz respeito à articulação intersetorial, elemento fundamental para a efetivação da PNAISP (Brasil, 2014) e das portarias que a regulamentam. A atuação da enfermagem no sistema prisional exige diálogo constante entre os setores da saúde, da segurança pública e da administração penitenciária, o que nem sempre ocorre de forma integrada e fluida. Barreiras institucionais, divergências de prioridades, desconhecimento da política por parte de gestores que atuam na coordenação e a ausência de espaços sistemáticos de discussão com os profissionais de saúde comprometem o fluxo de encaminhamentos, a integralidade do cuidado, o acesso a serviços especializados e a resolutividade das ações.

A minha experiência também evidencia dificuldades relacionadas ao acesso da população privada de liberdade aos serviços da rede externa, especialmente no que se refere a consultas especializadas, exames diagnósticos e atendimentos de média e alta complexidade. Tais limitações, frequentemente relacionadas à escassez de escoltas, entraves administrativos e à priorização da lógica da segurança em detrimento da lógica do cuidado, reforçam a necessidade de fortalecimento da atenção primária no interior das unidades prisionais, bem como da ampliação da capacidade técnica e assistencial das equipes que atuam intramuros.

No que se refere às dificuldades enfrentadas por mim, enquanto profissional de enfermagem, destacam-se o desgaste físico e emocional, a exposição constante a situações de extrema vulnerabilidade social, a limitação de recursos materiais e insumos básicos para a prestação da assistência e a necessidade permanente de mediação de conflitos. Ademais, a

responsabilidade de garantir o cuidado em saúde em um contexto marcado por restrições institucionais, normas de segurança rígidas e precariedades estruturais exige habilidades técnicas, éticas, políticas e gerenciais que, em geral, não são suficientemente contempladas na formação acadêmica tradicional.

Apesar dos inúmeros desafios, a literatura científica e os marcos normativos associados à PNAISP (Brasil, 2014) são unânimes ao reconhecer a centralidade da atuação da enfermagem no contexto prisional, especialmente no que se refere à promoção da saúde, à prevenção de agravos e ao acompanhamento de condições crônicas e infectocontagiosas. Ao confrontar os dados epidemiológicos, normativos e institucionais com a minha experiência de 11 anos no sistema prisional, emerge um movimento reflexivo estruturado em três dimensões principais.

Na dimensão ética, a enfermagem se apresenta como profissão que sustenta o cuidado em um cenário marcado por violações estruturais de direitos, exigindo posicionamento ético contínuo frente à desumanização, ao estigma e à naturalização do sofrimento no cárcere. Na dimensão política, a PNAISP (Brasil, 2014) é compreendida não apenas como uma política de saúde, mas como instrumento de afirmação dos direitos humanos, cuja fragilidade de implementação evidencia limites da corresponsabilidade interfederativa e da prioridade atribuída à saúde prisional na agenda pública. Já na dimensão profissional, a prática da enfermagem é tensionada entre o que a política prescreve — integralidade, autonomia e resolutividade — e o que o contexto institucional permite — escassez de recursos, superlotação e a sobreposição da lógica da segurança sobre a lógica do cuidado.

Essas reflexões constroem uma narrativa na qual não me coloco como mera executora da política, mas como sujeito crítico que vivencia, interpreta e questiona seus limites. Em muitos momentos, a enfermagem acaba absorvendo demandas que extrapolam suas atribuições formais, assumindo o papel de eixo central de sustentação do cuidado em um sistema fragmentado. Nesse percurso, tornam-se evidentes questionamentos acerca da autonomia profissional, da materialização da integralidade do cuidado e do papel da enfermagem como garantidora do cuidado e articuladora da RAS no contexto prisional.

Há, ainda, um questionamento permanente, presente tanto na literatura quanto na minha rotina profissional, sobre até que ponto é possível promover um cuidado humanizado em um espaço marcado por vigilância, punição, preconceito e lógica disciplinar; e como sustentar práticas de escuta qualificada, vínculo e longitudinalidade em contextos atravessados pela rotatividade de profissionais, limitações de escolta e barreiras institucionais.

Nesse sentido, a formação profissional e a educação permanente emergem como elementos estratégicos para a consolidação da PNAISP (Brasil, 2014). A partir da minha vivência, observo a insuficiência de processos estruturados de capacitação voltados à atuação no sistema prisional, o que contribui para a vulnerabilidade dos profissionais, para o imprevisto como estratégia recorrente e para a fragilização das práticas assistenciais. Assim, a educação permanente se apresenta como eixo fundamental para qualificar o cuidado e fortalecer a atuação da enfermagem nesse cenário.

Uma reflexão central, a partir do exposto, refere-se à necessidade de fortalecimento da atenção primária à saúde no sistema prisional, conforme preconizado pela PNAISP (Brasil, 2014). A sobrecarga assistencial e a predominância de uma lógica centrada em atendimentos pontuais e curativos dificultam a consolidação de práticas contínuas de promoção da saúde e prevenção de agravos. Torna-se, portanto, estratégico reorganizar o processo de trabalho das equipes, considerando as demandas reais das unidades, o perfil epidemiológico da população atendida e a adoção de protocolos assistenciais adaptados à realidade prisional.

No que diz respeito à humanização do atendimento, é imprescindível problematizar práticas cotidianas que ainda reproduzem estigmas e desigualdades. A adoção de uma postura ética e empática, o respeito à autonomia possível dos usuários, a garantia do sigilo e da escuta qualificada configuram-se como elementos centrais para a construção de um cuidado humanizado, mesmo diante de limitações estruturais e normativas.

Como estratégia complementar, destaca-se a importância do fortalecimento das ações de educação em saúde, direcionadas tanto à população privada de liberdade quanto aos profissionais que atuam no sistema prisional. Essas ações contribuem para o empoderamento dos usuários em relação ao autocuidado e para a sensibilização das equipes quanto às especificidades do cuidado em saúde prisional.

Dessa forma, o presente relato evidencia que a implementação da PNAISP (Brasil, 2014) no município de Ribeirão das Neves constitui um processo em construção, marcado por avanços, contradições e desafios persistentes. A vivência profissional reforça a necessidade de investimentos contínuos em estrutura física, insumos, qualificação das equipes, fortalecimento da gestão intersetorial e valorização dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, como protagonistas na garantia do direito à saúde da população privada de liberdade.

Além disso, foi a partir dessa vivência concreta — marcada por contradições, avanços e limites — que emergiu em mim a necessidade de estudar, pesquisar e aprofundar a compreensão sobre a implementação da PNAISP (Brasil, 2014). A prática cotidiana suscitou

questionamentos que extrapolavam o campo assistencial: por que determinadas diretrizes não se materializam? Quais fatores estruturais, políticos e institucionais interferem na efetivação da política? Qual é, de fato, o papel da enfermagem nesse processo?

Assim, a escolha deste tema para o Trabalho de Conclusão de Curso não decorre apenas de interesse acadêmico, mas de inquietações construídas ao longo de 11 anos de atuação. A experiência profissional deixou de ser apenas vivência prática e transformou-se em objeto de reflexão crítica. Ao confrontar a normativa com a realidade observada, percebi a necessidade de produzir conhecimento que dialogue com o cotidiano das unidades prisionais e que contribua para o aprimoramento das estratégias de cuidado.

Por fim, as informações apresentadas provocam na autora um movimento de conscientização crítica, no qual a enfermagem deixa de ser compreendida apenas como força de trabalho e passa a ser reconhecida como ator estratégico, ético e político na efetivação — ou não — da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar, a partir da experiência em uma unidade prisional, quais os desafios vivenciados no cotidiano do trabalho em saúde que interferem na execução da PNAISP (Brasil, 2014).

3.2. Objetivos específicos

- Descrever a experiência da atuação de uma enfermeira na unidade prisional no contexto da implementação da PNAISP.
- Descrever os desafios da atuação e processo de trabalho da equipe de enfermagem em uma unidade prisional;
- Compreender como os desafios vivenciados no cotidiano da saúde prisional influenciam a efetivação das ações previstas pela PNAISP.
- Refletir sobre possibilidades de fortalecimento da PNAISP a partir da experiência no contexto da saúde prisional.

4. REVISÃO DE LITERATURA: PRINCIPAIS DISCUSSÕES

4.1. Caracterizando a PNAISP

Inicialmente é importante ponderar que ao analisar a evolução da taxa de aprisionamento no Brasil, conforme dados apresentados no quadro abaixo e extraídos do SENAPPEN, ocorreram variações moderadas entre 2016/2 e 2021/1. Observa-se crescimento gradual até 2019/1, quando atingiu o pico de 357,58 presos por 100 mil habitantes, seguido de redução a partir do segundo semestre de 2019. Essa queda torna-se mais evidente em 2020, possivelmente associada às medidas adotadas durante a pandemia da COVID-19, com leve estabilização em 2021/1. Esses dados indicam que, embora haja uma recente redução da taxa de aprisionamento em nível nacional, o Brasil apresenta patamares elevados de encarceramento, sustentados por políticas penais punitivistas e pela limitada adoção de medidas alternativas à prisão. Tal cenário tem implicações diretas para a gestão do sistema prisional, para a implementação PNAISP (Brasil, 2014) e para as condições de trabalho dos profissionais de saúde que atuam nessas unidades, especialmente diante da superlotação e da heterogeneidade entre os estados.

Quadro 1 – Evolução da taxa de aprisionamento.

SEMESTRE	TAXA DE APRISIONAMENTO (BRASIL)
2016/2	337,90
2017/1	336,24
2017/2	347,56
2018/1	345,99
2018/2	351,70
2019/1	357,58
2019/2	351,40
2020/1	334,17
2020/2	317,68
2021/1	318,18

Fonte: SENAPPEN, 2021.

Assim, é possível afirmar que o ritmo acelerado de crescimento de encarcerados se contrapõe às tendências dos países que investiram historicamente em políticas públicas voltadas

a esse contexto (CARVALHO, 2017). Pontua-se que o estado atual do sistema prisional brasileiro e a sua superlotação geram impactos de forma direta na condição de saúde da população carcerária, o que é agravado pela forte presença de aspectos socioeconômicos, raciais e culturais (BARTOS, 2023; CARVALHO, 2017).

Ao adentrar no sistema carcerário brasileiro, o cidadão perde alguns direitos, como o de ir e vir. Entretanto, há direitos que são fundamentais e que devem ser resguardados e assegurados pelo Estado (FUKUSHIMA et al., 2025). Dentre esses direitos fundamentais estão a saúde, a educação e a assistência jurídica, que são assegurados pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Nesse contexto tem-se a PNAISP (Brasil, 2014), que nasceu em 2014 baseada na avaliação de uma década de aplicação do PNSSP e que se caracteriza como uma política social institucionalizada por parte do Estado para garantir o direito a saúde da população carcerária, sem discriminação motivada pela sua situação jurídica (CARVALHO, 2017). A PNAISP (Brasil, 2014) classifica como pessoas privadas de liberdade aquelas que cometeram delito com idade superior aos 18 anos e que estão sob a custódia do Estado provisoriamente, sentenciadas ou em medida de segurança, conforme previsto no Código Penal e na Lei de Execução Penal (SOARES; BATISTA, 2021).

Foi construída de forma democrática e participativa, contando com a presença de gestores, trabalhadores em serviços penais, da academia e da sociedade civil organizada. Ademais, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), acolhida favoravelmente pelo Conselho Nacional de Secretários de Justiça (CONSEJ) e pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) (CARVALHO, 2017).

Entre os princípios e as diretrizes da PNAISP (Brasil, 2014), conforme os artigos 3 e 4 da Portaria Interministerial MS/MJ nº 1/2014, pontua-se a integralidade da atenção à saúde; a corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços; a atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade; e a intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2014). Assim, representa uma oportunidade para repensar o sistema de saúde prisional, promovendo uma abordagem mais humanizada e integrada (OMENA et al., 2024).

Com a PNAISP (Brasil, 2014), passou-se a considerar efetivamente os agravos e doenças da população prisional como um problema de saúde pública, estendendo a atividade de prevenção àqueles que convivem com a população confinada em locais insalubres e

superlotados (CARVALHO, 2017). Abrange a utilização do Cartão Nacional de Saúde, a inclusão de dados nos sistemas de informação do SUS e a definição de metas específicas para vigilância em saúde, como o controle de tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais (OMENA et al., 2017).

A política ainda prevê ações de vigilância sanitária e epidemiológica, a serem executadas pelos municípios e Distrito Federal, a fim de que haja a adequação dos espaços físicos, viabilizando a salubridade dos ambientes (BRASIL, 2014). Observa-se, portanto, a necessidade da articulação entre diferentes setores do governo e da sociedade civil, visando à humanização e à melhoria das condições de vida no sistema prisional (MACEDO et al., 2019).

4.2. Princípios da PNAISP

Considerando a implementação da PNAISP (Brasil, 2014), as pessoas privadas de liberdade nas unidades prisionais devem receber o cuidado integral à saúde, indo de acordo com o preconizado pelo SUS, dentro do ideal da universalidade e integralidade (SOARES; BATISTA, 2021). Assim, espera-se dignas condições de acesso às ações e serviços de saúde, promovendo, protegendo e recuperando as pessoas em todos os níveis e em todo território (SILVA; ALMEIDA; FREITAS, 2024).

A PNAISP (Brasil, 2014) tem como objetivo que as unidades prisionais passem a ser portas de entrada e ponto de atenção da RAS (OMENA et al., 2024). Assim, traz um novo conceito ao sistema carcerário, passando a trabalhar melhor o reconhecimento e diagnóstico precoce de agravos, além de criar uma melhor dinâmica com as unidades extramuros (MACHADO; MARTINS; SOUZA, 2021).

Para isso, prevê-se que a saúde dentro do sistema penitenciário seja organizada por equipes de atenção básica prisional (EABP), as quais têm a responsabilidade de qualificar a atenção básica (FUKUSHIMA et al., 2025), o que inclui promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e acompanhamento, assim como a articulação territorial, que defende acesso aos serviços de urgências e emergências, à atenção especializada e hospitalar na rede extramuros, sempre que houver necessidade de atenção de maior complexidade (BARTOS, 2023).

Ademais, são objetivos específicos da PNAISP (Brasil, 2014): promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à RAS, visando ao cuidado integral; garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado; qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional; promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos,

afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; fomentar e fortalecer a participação e o controle social (CARVALHO, 2017; FLORÊNCIO; OLIVEIRA; SALVADOR, 2021).

Outros propósitos são mencionados, como a implementação de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde; a humanização da atenção à saúde; a equidade, a fim de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos; promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável; e a corresponsabilidade interfederativa (BRASIL, 2014).

4.3. Legislações associadas

Quadro 2 – Legislações associadas a criação e implementação da PNAISP.

DOCUMENTO OFICIAL	ANO DE IMPLEMENTAÇÃO	OBJETIVO	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES PARA O CONTEXTO
<i>Reforma sanitária</i>	Entre 1970 e 1980	Democratizar o acesso à saúde, transformando-a de um privilégio para um direito de todos	Foi crucial para transformar a saúde de um privilégio em direito, culminando na criação do SUS na Constituição de 1988, universalizando o acesso e combatendo a mercantilização
<i>Constituição Federal</i>	1988	Restabelecer as bases do Estado Democrático de Direito, organizando o poder público, garantindo os direitos e liberdades fundamentais dos	Assumiu a saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão, incluindo os que estão privados de liberdade

		cidadãos e promovendo o desenvolvimento nacional	
<i>Lei de Execução Penal (LEP)</i>	1984	Regular o cumprimento de penas e medidas de segurança, garantindo a dignidade do preso, a segurança pública e, fundamentalmente, promovendo a reintegração social do condenado, através de direitos como trabalho, saúde, educação e assistência	É dever do Estado à assistência ao indivíduo privado de liberdade, com ação curativa e preventiva de agravos
<i>Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)</i>	2003	Inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos	Pela primeira vez, a população das unidades prisionais foi objeto de uma política de saúde específica com a finalidade de reduzir os agravos e danos provocados pelas condições de confinamento

<i>Política Nacional para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)</i>	2014	Garantir o acesso efetivo e sistemático da população que se encontra sob custódia do Estado às ações e aos serviços de saúde	Importância fundamental ao garantir o direito à saúde para essa população vulnerável, assegurando o acesso ao SUS e mitigando os efeitos negativos do confinamento
---	------	--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

4.4. Financiamento do PNAISP

A implantação da PNAISP (Brasil, 2014), instituída em 2014, estruturou-se a partir de pactuação interfederativa entre União, Estados, Distrito Federal e municípios, reafirmando a lógica descentralizada do SUS. Conforme analisam Melgaço e Torres (2020), a consolidação dessa política depende não apenas da previsão normativa, mas da capacidade de articulação e cooperação entre os entes federados, especialmente no que tange ao financiamento e à organização das equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP).

A PNAISP (Brasil, 2014) estabelece financiamento tripartite, no qual União, Estados e municípios compartilham responsabilidades financeiras. Freitas et al. (2016) destacam que, embora o desenho institucional preveja corresponsabilidade, na prática observa-se forte dependência dos repasses federais, o que pode fragilizar a sustentabilidade da política em contextos de restrição orçamentária local. Essa análise permanece atual quando observamos que o principal mecanismo de financiamento federal continua sendo o credenciamento e a habilitação das eAPP, operacionalizados por meio do Fundo Nacional de Saúde.

Nesse cenário, a Portaria GM/MS nº 8.114, de 16 de setembro de 2025, atualiza o processo de credenciamento e habilitação das equipes no âmbito da Atenção Primária à Saúde, impactando diretamente as eAPP vinculadas à PNAISP (Brasil, 2014) (BRASIL, 2025). A regularidade do cadastro e a manutenção da equipe implantada tornam-se requisitos indispensáveis para a continuidade do repasse financeiro. Tal exigência reforça o argumento de

Freitas et al. (2016) de que o financiamento da política está fortemente condicionado à capacidade técnico-administrativa dos municípios.

No que diz respeito à Assistência Farmacêutica, permanece o repasse per capita destinado ao Componente Básico, calculado com base no número de pessoas privadas de liberdade. Melgaço e Torres (2020) já problematizavam a limitação desses valores frente à complexidade epidemiológica da população prisional, marcada por alta incidência de tuberculose, HIV, sífilis, transtornos mentais e doenças crônicas. A manutenção de valores historicamente baixos, mesmo com atualização normativa, reforça a análise crítica de que o financiamento ainda não acompanha as demandas sanitárias reais do sistema prisional.

No âmbito estadual, Minas Gerais tem avançado na regulamentação do cofinanciamento. A Resolução SES/MG nº 7.913, de 09 de dezembro de 2021, estabeleceu critérios de adesão, execução e avaliação para concessão de incentivo adicional estadual às eAPP (MINAS GERAIS, 2021). Essa normativa já sinalizava a necessidade de indução estadual para garantir maior adesão dos municípios, aspecto que dialoga diretamente com a crítica de Bartos (2023), segundo a qual o caráter facultativo da adesão à PNAISP (Brasil, 2014) contribui para a implementação desigual da política no território nacional.

Posteriormente, a Resolução SES/MG nº 10.023, de 19 de março de 2025, redefiniu regras da política continuada de cofinanciamento estadual, detalhando a aplicação dos recursos para custeio, manutenção das ações e educação permanente das equipes (MINAS GERAIS, 2025a). Já a Resolução SES/MG nº 10.391, de 20 de agosto de 2025, consolidou parâmetros atualizados de cofinanciamento, estabelecendo percentual mínimo de participação financeira do Estado em relação ao valor federal repassado às equipes habilitadas (MINAS GERAIS, 2025b).

Esse movimento normativo evidencia um esforço estadual de fortalecimento financeiro da política. Contudo, conforme argumentam Omena et al. (2024), a efetivação da assistência à saúde no sistema prisional esbarra em problemas estruturais históricos, como superlotação, precariedade física das unidades e escassez de recursos humanos. Assim, mesmo com ampliação e regulamentação do cofinanciamento, o montante global disponível ainda pode ser considerado insuficiente frente às necessidades reais.

No município de Ribeirão das Neves — que concentra um dos maiores complexos prisionais de Minas Gerais — essa realidade assume contornos ainda mais desafiadores. A magnitude da população privada de liberdade impõe demanda assistencial elevada, exigindo manutenção contínua das eAPP, oferta regular de insumos, medicamentos e profissionais

qualificados. A dependência do credenciamento federal, somada à necessidade de cumprimento dos critérios estaduais para acesso ao cofinanciamento, reforça a importância de gestão técnica qualificada para garantir a sustentabilidade financeira da política no território.

Bartos (2023) destaca que a implementação da PNAISP (Brasil, 2014) ocorre de forma lenta e desproporcional entre os estados brasileiros, o que pode ser explicado tanto pela adesão facultativa quanto pela limitação dos incentivos financeiros. Essa análise converge com a constatação de Omena et al. (2024) de que o valor do incentivo destinado à saúde prisional permanece aquém do necessário para enfrentar o sucateamento estrutural das unidades.

Dessa forma, embora as normativas estaduais de 2025 representem avanço no fortalecimento do cofinanciamento em Minas Gerais, a consolidação da PNAISP (Brasil, 2014) em municípios como Ribeirão das Neves depende da ampliação progressiva dos recursos, da integração efetiva entre gestão estadual e municipal e do reconhecimento da saúde prisional como prioridade sanitária e de direitos humanos. O arcabouço legal demonstra amadurecimento institucional; contudo, sua materialização concreta ainda exige superação de entraves financeiros e estruturais historicamente apontados pela literatura.

4.5. Desafios de sua implementação

Para compreender o cenário que envolve o acesso à saúde pela população privada de liberdade torna-se essencial ter em vista o contexto de desigualdade e vulnerabilidade presente no cotidiano destas pessoas (CARVALHO, 2017). Embora a PNAISP (Brasil, 2014) represente um avanço conceitual e normativo, é possível verificar fragilidades persistentes em sua implementação, como o baixo número de unidades credenciadas, desigualdade na cobertura das equipes de saúde prisional, escassez (e rotatividade significativa) de recursos humanos e materiais, além de dificuldades de articulação com a rede externa de serviços de saúde (MACEDO et al., 2019; SOARES; BATISTA, 2021).

Bartos (2023) apontou outros desafios, como as limitações estruturais, a superlotação e as condições insalubres, com boa parte das celas sem ventilação e entrada de luz adequadas, tornando os espaços propícios para a disseminação de doenças. A situação de saneamento básico precário ou inexistente em inúmeros presídios, por exemplo, também acarreta problemas como a insalubridade dos ambientes, que acumulada à dificuldade de realização de uma higiene adequada, incidem diretamente no aumento de doenças infecciosas (SILVA; ALMEIDA; FREITAS, 2024).

Segundo dados do SENAPPEN de 2016/2 a 2025/1, o perfil dos indivíduos privados de liberdade há o predomínio do baixo nível de escolaridade, com maior concentração no ensino fundamental e médio incompletos, sendo mínima a proporção com ensino superior. Tal fato evidencia a relação entre exclusão educacional e encarceramento, reforçando a importância de ações educacionais no sistema prisional. Além disso, a maior parte dos encarcerados é do sexo masculino (aproximadamente 94% do total); a faixa etária mais presente está entre 35 e 45 anos; e a maior parte da população carcerária brasileira se declara preta ou parda, reflexo das desigualdades raciais no sistema penal (SISDEPEN, 2025). Destaca-se que a baixa escolaridade da maioria das pessoas em cárcere dificulta a situação de saúde, visto que informações inerentes à transmissão de doenças e questões básicas de prevenção de agravos muitas vezes são desconhecidas por essas pessoas (FREITAS et al., 2016). Aliado a isso, tem-se a estigmatização dessa situação, visto que a sociedade ainda carrega preconceitos que bloqueiam uma melhor garantia de direitos por aqueles que estão em cumprimento de pena judicial (MACHADO; MARTINS; SOUZA, 2021).

Outros desafios são mencionados na literatura, como atenção à saúde da população feita sob ótica reducionista e ambulatorial; escassas ações de promoção da saúde; dificuldades metodológicas e operacionais para implantação efetiva de atividades das unidades de saúde nas penitenciárias; baixo aporte financeiro; desarticulação entre os setores da justiça e da saúde, potencializados pelo desconhecimento dos profissionais da assistência e da gestão em saúde quanto à PNAISP (Brasil, 2014); conflito de atribuições e competências entre profissionais que atuam no mesmo local, bem como falta de diálogo; recursos humanos insuficientes; dificuldades para transporte (escortas policiais); déficit na contratação de novos profissionais; e ausência ou pouco diálogo necessário entre as instituições de saúde (COSTA et al., 2022; FLORÊNCIO; OLIVEIRA; SALVADOR, 2021).

Além disso, também existem as vulnerabilidades no que se refere à qualificação dos profissionais de saúde para realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade (MACHADO; MARTINS; SOUZA, 2021). Omena et al. (2024) expuseram que ao estudar o tema, não verificaram ações iniciais de capacitação para ingresso de profissional em equipe de saúde prisional, assim como ações contínuas de treinamento, o que vulnerabiliza a qualidade do atendimento, diante das especificidades do atendimento intramuros, conformado por ambiente propício à infecção de doenças e imerso a questões de segurança ambiental.

4.6. Estratégias para o fortalecimento da PNAISP

A PNAISP (Brasil, 2014) está diretamente fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que reconhece as pessoas privadas de liberdade como sujeitos de direitos, garantindo-lhes acesso integral às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2014). Dentre eles cita-se a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização, participação social e resolubilidade (BRASIL, 1988). Ao compreender a importância da aplicação desses princípios e diretrizes é possível garantir um cuidado à saúde mais abrangente e eficaz (BARTOS, 2023).

O princípio da universalidade assegura que todas as pessoas têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde, sem qualquer forma de discriminação (BRASIL, 1988). No contexto da PNAISP (Brasil, 2014), esse princípio se materializa ao reconhecer que a privação de liberdade não suspende o direito à saúde, garantindo que a população prisional seja atendida pelo SUS em igualdade de condições com a população em liberdade (BRASIL, 2014).

A integralidade pressupõe que o cuidado em saúde deve considerar o indivíduo em sua totalidade, contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1988). A PNAISP (Brasil, 2014) incorpora esse princípio ao estruturar a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade por meio da atenção primária prisional integrada à RAS, garantindo continuidade do cuidado dentro e fora das unidades prisionais, inclusive com encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade quando necessário (BRASIL, 2014).

O princípio da equidade orienta a adoção de estratégias diferenciadas para grupos em situação de maior vulnerabilidade, visando reduzir desigualdades em saúde (BRASIL, 1988). A população privada de liberdade apresenta maior exposição a agravos, como doenças transmissíveis, transtornos mentais e uso problemático de álcool e outras drogas. A PNAISP (Brasil, 2014) aplica a equidade ao estabelecer ações específicas e financiamento direcionado, reconhecendo as condições sociais, ambientais e institucionais que aumentam os riscos à saúde dessa população (BRASIL, 2014).

A descentralização do SUS prevê a distribuição de responsabilidades entre os entes federativos (BRASIL, 1988). No âmbito da PNAISP (Brasil, 2014), esse princípio se expressa na corresponsabilidade entre União, estados, Distrito Federal e municípios na gestão e execução das ações de saúde prisional. Estados e municípios aderem à política e organizam os serviços de acordo com suas realidades locais, com financiamento federal e pactuação nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2014).

A regionalização e hierarquização orientam a organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade, garantindo acesso ordenado e resolutivo (BRASIL, 1988). A PNAISP (Brasil, 2014) integra as unidades prisionais à RAS do SUS, permitindo que pessoas privadas de liberdade tenham acesso aos serviços de média e alta complexidade existentes na rede regional, respeitando fluxos, referências e contrarreferências (BRASIL, 2014).

A participação da comunidade é um princípio estruturante do SUS (BRASIL, 1988). No contexto da PNAISP (Brasil, 2014), ela se concretiza por meio da atuação dos Conselhos de Saúde, que têm o papel de acompanhar, fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas de saúde, incluindo as ações voltadas à saúde prisional. Esse princípio fortalece o controle social e a transparência na implementação da política (BRASIL, 2014).

Por fim, a resolubilidade está associada à capacidade dos serviços de saúde de responder às necessidades da população (BRASIL, 1988). A PNAISP (Brasil, 2014) reforça esse princípio ao priorizar a atenção primária como ordenadora do cuidado, promovendo ações capazes de resolver a maioria dos agravos de saúde no próprio ambiente prisional, reduzindo encaminhamentos desnecessários e qualificando o cuidado (BRASIL, 2014).

Destaca-se que sob as diretrizes da PNAISP (Brasil, 2014), a atenção à saúde nas unidades prisionais deve ser resolutiva, contínua e de qualidade, abrangendo diferentes níveis de cuidado e priorizando atividades preventivas e de promoção à saúde (OMENA et al., 2024). Enfatiza-se, ainda, a necessidade de políticas que visem diminuir as desigualdades sociais, que contemple aspectos relevantes para a prevenção de agravos, além do tratamento e a reabilitação dos indivíduos e da comunidade (SOARES; BATISTA, 2021).

Pondera-se que a implantação da PNAISP (Brasil, 2014) é recente, ou seja, essa política ainda está em processo de estruturação e de adesão dos diversos municípios de todo território brasileiro (OMENA et al., 2024). Por ser uma política de extrema importância, sua efetivação requer empenho daqueles que acreditam em um sistema prisional melhor e mais humanizado (FREITAS et al., 2016).

Investir na infraestrutura das unidades é uma das medidas urgentes, garantindo instalações adequadas e equipamentos médicos necessários para proporcionar um atendimento de qualidade (CARVALHO, 2017). Além disso, é fundamental ressaltar a importância de investimentos em capacitação profissional e melhoria das condições de trabalho para os profissionais, inclusive os de enfermagem (SILVA; ALMEIDA; FREITAS, 2024). Assim, observa-se que o manejo de ações de saúde nas unidades prisionais não é uma questão a ser

ajustada tão somente pelas equipes profissionais atuantes nesse cenário, mas também pelos atores político-administrativos que viabilizem a sua promoção (MELGAÇO; TORRES, 2020).

No exercício profissional da enfermagem no sistema prisional, observa-se que os princípios do SUS se expressam de maneira transversal às práticas cotidianas, ainda que permeados por limites institucionais e estruturais. A universalidade se expressa no reconhecimento das pessoas privadas de liberdade como sujeitos de direito, assegurando-lhes acesso às ações e serviços de saúde independentemente de sua condição jurídica, o que demanda da enfermeira a superação de estigmas e barreiras institucionais. A integralidade orienta o cuidado para além do atendimento pontual de agravos, abrangendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, muitas vezes em um cenário marcado por superlotação, insalubridade e vulnerabilidades sociais e epidemiológicas. Já a equidade se concretiza na priorização de grupos mais vulneráveis no cárcere, como pessoas com doenças crônicas, transtornos mentais, usuários de álcool e outras drogas, gestantes e pessoas vivendo com HIV, exigindo intervenções diferenciadas e sensíveis às necessidades específicas desse público. Por fim, a descentralização e a participação social se refletem na articulação da enfermeira com a RAS do território, na interlocução com a gestão e na defesa de práticas que fortaleçam a continuidade do cuidado, reafirmando o papel da enfermagem como mediadora entre o SUS e a população privada de liberdade.

4.7. Caracterização e composição da equipe da PNAISP

A análise da caracterização e composição das equipes da PNAISP (Brasil, 2014) em Minas Gerais, conforme disposto nas Resoluções nº 10.023/2025 e nº 10.391/2025 e na Nota Técnica nº 20/2023, demonstra que a caracterização e a composição vêm sendo estruturadas com foco na consolidação da Atenção Primária Prisional como porta de entrada do cuidado no ambiente carcerário.

Observa-se que a tipologia das eAPP está diretamente vinculada ao quantitativo de pessoas privadas de liberdade custodiadas na unidade prisional, estabelecendo uma lógica de proporcionalidade entre demanda assistencial e composição profissional. As equipes são organizadas em modalidades de 6h (carga horária compartilhada com eSF/eSB), 20h e 30h semanais, podendo ser classificadas como Essencial ou Ampliada, além da possibilidade de complementação psicossocial e de saúde bucal.

Os quadros 3 e 4 demonstram que a composição mínima da equipe Essencial (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista e técnico/auxiliar de enfermagem) corresponde à estrutura básica

necessária para garantir a resolutividade da Atenção Primária no ambiente prisional. Já a modalidade Ampliada incorpora profissional de nível superior adicional (psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionista, terapeuta ocupacional, entre outros), o que evidencia alinhamento com o perfil epidemiológico da população privada de liberdade, marcado por elevada prevalência de transtornos mentais, uso problemático de álcool e outras drogas e doenças crônicas.

Além disso, a previsão da Equipe Complementar Psicossocial reforça a centralidade da saúde mental no contexto prisional, reconhecendo a complexidade clínica e social desse público. A vinculação do financiamento federal e estadual às modalidades e cargas horárias demonstra que a organização das equipes não é apenas assistencial, mas também estratégica do ponto de vista do cofinanciamento tripartite, fortalecendo a sustentabilidade da política.

Dessa forma, as tabelas evidenciam que a PNAISP (Brasil, 2014) em Minas Gerais vem sendo operacionalizada com critérios técnicos que associam:

- Porte da unidade prisional;
- Quantitativo de custodiados;
- Composição multiprofissional;
- Carga horária;
- Incentivo financeiro correspondente.

Essa estrutura normativa e financeira consolida a Atenção Primária Prisional como ponto integrante da RAS, em articulação com a Secretaria de Justiça e Segurança Pública, reforçando a integralidade e a equidade no cuidado às pessoas privadas de liberdade.

Quadro 3 – Tipologia das equipes de atenção primária prisional (eAPP).

TIPO DE EQUIPE	COMPOSIÇÃO	CARGA HORÁRIA	INCENTIVO FEDERAL	INCENTIVO ESTADUAL (Res. 10.023/2025)	TIPO DE UNIDADE
eAPP 6h (compartilhada com ESF/eSB)	1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Cirurgião-Dentista, 1 Técnico/Aux. Enfermagem,	6h	R\$ 4.000	R\$ 2.000	Até 300 custodiados

	1 Técnico/Aux. Saúde Bucal				
eAPP Essencial	1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Cirurgião- Dentista, 1 Técnico/Aux. Enfermagem	20h	R\$ 25.000	R\$ 12.500	101 a 1700 custodiados
eAPP Essencial	Mesma composição acima	30h	R\$ 35.000	R\$ 17.500	1201 a 2700 custodiados
eAPP Ampliada	Equipe Essencial + 1 profissional de nível superior (Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, etc.)	20h	R\$ 30.000	R\$ 15.000	101 a 1700 custodiados
eAPP Ampliada	Equipe Essencial + 1 profissional de nível superior	30h	R\$ 40.000	R\$ 20.000	1201 a 2700 custodiados

Fonte: CARVALHO, Ciro. *Financiamento do SUS*. Slides de aula. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2025.

Quadro 4 – Equipes e profissionais complementares.

TIPO	COMPOSIÇÃO	CARGA HORÁRIA	INCENTIVO FEDERAL	INCENTIVO ESTADUAL (Res. 10.023/2025)	VINCULAÇÃO
Equipe Complementar Psicossocial	1 Médico Psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental + 2 profissionais (Psicólogo ou Assistente Social)	20h	R\$ 10.000	R\$ 5.000	Complementa eAPP 20h ou 30h
Equipe Complementar Psicossocial	Mesma composição	30h	R\$ 20.000	R\$ 10.000	Complementa eAPP 20h ou 30h
Profissional Complementar Saúde Bucal	1 Técnico/Auxiliar em Saúde Bucal	20h	R\$ 1.000	R\$ 500	Complementa eAPP
Profissional Complementar Saúde Bucal	1 Técnico/Auxiliar em Saúde Bucal	30h	R\$ 1.500	R\$ 750	Complementa eAPP

Fonte: CARVALHO, Ciro. *Financiamento do SUS*. Slides de aula. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2025.

4.8. Distinções Técnico-Assistenciais e Normativas entre as Equipes da PNAISP e da SEJUSP no Contexto da Saúde Prisional

A análise das atribuições desempenhadas pelas equipes que atuam no sistema prisional evidencia distinções importantes entre os profissionais vinculados à SEJUSP e aqueles

inseridos na PNAISP (Brasil, 2014). Enquanto as equipes da SEJUSP historicamente concentram suas ações no cumprimento de normativas legais, com foco assistencial voltado à garantia de direitos previstos na Lei de Execução Penal e na Constituição Federal, as equipes da PNAISP (Brasil, 2014) assumem uma perspectiva ampliada, estruturada nos princípios da Atenção Primária à Saúde e na articulação com o Sistema Único de Saúde. Assim, como demonstrado na Tabela 3, observa-se que as atribuições no âmbito da PNAISP (Brasil, 2014) envolvem a coordenação do cuidado, a promoção, proteção e reabilitação da saúde, além da integração à RAS, ao passo que as equipes vinculadas à SEJUSP mantêm atuação mais centrada no suporte assistencial intramuros e na observância dos dispositivos legais que regem a execução penal.

Quadro 5 – Comparativo Equipes SEJUSP x PNAISP.

ASPECTO	EQUIPES SEJUSP	EQUIPES PNAISP
<i>Função</i>	Voltada para o cumprimento da pena; Assistência à saúde no sistema prisional; Foco assistencial.	Promover a saúde; Atenção Primária à Saúde das pessoas privadas de liberdade.
<i>Objetivo Principal</i>	Cumprimento de direitos legais; Atendimento preventivo e curativo; Coordenação com a rede de saúde pública.	Atenção integral à saúde; Coordenação com o SUS; Implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) (resolução de 80% dos problemas de saúde).
<i>Diretrizes</i>	Lei de Execução Penal (LEP) e Constituição Federal (CF/88).	PNAISP e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
<i>Composição Profissional</i>	Assistente Social, Farmacêutico, Enfermeiro,	Multiprofissional: Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Dentista e outras funções

	Técnico de Odontologia e Psicólogo.	conforme necessidade da unidade.
<i>Funções e Atribuições</i>	Cumprimento de direitos legais; Atendimento preventivo e curativo; Coordenação com a rede de saúde pública.	Atenção integral à saúde; Coordenação com o SUS; Implementação da Atenção Primária.
<i>Área de Atuação</i>	Unidade Prisional (abrangência legal e assistência técnica).	Núcleo de Saúde da Unidade Prisional ou Unidade Básica de Saúde (UBS) vinculada.
<i>Abordagem</i>	Enfoque na legislação e procedimentos técnicos.	Enfoque na APS e coordenação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).
<i>Responsabilidades</i>	Garantia dos direitos e cumprimento de normas legais e sociais.	Promoção, proteção e reabilitação da saúde; Foco na saúde integral e contínua.
<i>Cooperação e Articulação</i>	Coordenação com serviços de saúde públicos e outros órgãos de justiça.	Coordenação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e outros pontos da RAS.
<i>Canais de Informação</i>	SIGPRI – é o Sistema responsável pela gestão de informações do IPL.	E-SUS: Sistema integrado para registro das informações de saúde dos cidadãos atendidos na

		Atenção Primária em Saúde (APS).
--	--	----------------------------------

Fonte: CARVALHO, Ciro. *Financiamento do SUS*. Slides de aula. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2025.

4.9. A enfermagem no contexto da PNAISP

A enfermagem é responsável pelos cuidados diretos aos pacientes, atuando em diferentes cenários, como hospitais, clínicas, unidades básicas de saúde e penitenciárias (ILVA; ALMEIDA, FREITAS, 2024). Ao tratar do ambiente prisional, a implementação da PNAISP (Brasil, 2014) é uma oportunidade para que os profissionais envolvidos reflitam sobre as peculiaridades inerentes a essa população e as garantam condições melhores e mais dignas de vida (FREITAS et al., 2016).

A inclusão da enfermagem como parte da equipe de saúde no sistema prisional brasileiro foi estabelecida desde a publicação do PNSSP e continuou após a reiteração do PNAISP (Brasil, 2014) (FUKUSHIMA et al., 2025). Destaca-se que esses profissionais desempenham funções primordiais na promoção da saúde, prevenção de doenças e educação para a saúde, tanto em nível individual quanto comunitário (SILVA; ALMEIDA; FREITAS, 2024).

Os desafios presentes no ambiente carcerário podem contribuir para que a enfermagem atue de forma limitada, sem exercer a sua autonomia, o que pode predispor a distorções ético-morais e resultar em um cuidado fragmentado, focado principalmente no tratamento de doenças ao invés de uma abordagem holística e centrada no indivíduo (SILVA; ALMEIDA; FREITAS, 2024).

Machado, Martins e Souza (2021) explanam que o papel da enfermagem na assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade deve ser exercido em sua totalidade e de forma contínua e integral, iniciando desde a entrada do indivíduo no sistema, entendendo suas necessidades, favorecendo a formação de vínculo, além de conhecer e respeitar seu contexto antes do cárcere.

Silva, Almeida e Freitas (2024) complementam que a enfermagem é responsável por planejar, implementar e avaliar programas de saúde, bem como orientar a população sobre hábitos saudáveis e medidas preventivas. Além disso, também deve lidar com questões éticas e legais, bem como se adaptar às normas e rotinas específicas das instituições penais (BARTOS, 2023).

Um aspecto fundamental da PNAISP (Brasil, 2014), que é de suma importância para a atuação da enfermagem, é a educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no sistema prisional (SOARES; BATISTA, 2021). Isso inclui a capacitação contínua em áreas como diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas, saúde mental, práticas de humanização e ética no atendimento (MACEDO et al., 2019). A formação e a educação permanente visam garantir que os profissionais estejam preparados para lidar com as especificidades e os desafios do ambiente prisional, promovendo um atendimento de qualidade e baseado nos princípios do SUS (OMENA et al., 2017).

Pontua-se que a enfermagem é a principal equipe de saúde que lida os desafios do da atenção à saúde no sistema penitenciário, pois são eles que possuem contato direto com os pacientes encarcerados (CARVALHO, 2017). O cuidado prestado é complexo e é necessário se adaptar aos desafios que esse ambiente oferece (FUKUSHIMA et al., 2025)

É importante que o profissional e sua equipe articulem suas ações assistenciais desde a triagem até a intervenção sobre o problema (COSTA et al., 2022). Dentre as práticas desenvolvidas, a triagem e a escuta qualificada são ferramentas essenciais para o vínculo e o acolhimento, podendo contribuir para o encaminhamento para os demais serviços da rede, minimizando o silêncio imposto aos privados de liberdade (MACHADO; MARTINS, SOUZA, 2021).

Por fim, pondera-se que há um campo amplo a ser explorado para a implementação de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para o ambiente prisional (OMENA et al., 2024). Isso pode favorecer a criação de estratégias, ferramentas e modelos teórico-práticos para o processo de cuidar, que inclusive podem subsidiar práticas da equipe de enfermagem (FLORÊNCIO; OLIVEIRA; SALVADOR, 2021).

Mediante as informações expostas, observa-se, de forma consistente, o distanciamento entre o arcabouço normativo da PNAISP (Brasil, 2014) e sua materialização no cotidiano das unidades prisionais. Essa lacuna evidencia a existência de uma política pública robusta não garante, por si só, a efetivação do direito à saúde no cárcere.

4.10. Principais discussões entre os autores

Carvalho (2017) relatou que a implementação da PNAISP (Brasil, 2014) ocorre em um contexto estrutural marcado por profundas fragilidades do sistema penitenciário brasileiro, o que constitui um dos principais desafios para a efetivação de seus princípios. Macedo et al. (2019) corroboraram e acrescentaram que tal política foi instituída com o objetivo de ampliar o

acesso da população privada de liberdade às ações do SUS, pois ao integrar o cuidado intramuros à RAS, a política pode assegurar atenção integral, contínua e de qualidade por meio da organização de equipes de atenção primária e do encaminhamento para serviços de maior complexidade. Entretanto, Soares e Batista (2021) mencionaram que as condições materiais e organizacionais do sistema prisional impõem limites significativos à concretização desses objetivos.

Omena et al. (2024) apontaram que o próprio ambiente de confinamento representa uma barreira estrutural à execução de ações de saúde, dificultando o acesso integral aos serviços e interferindo na continuidade do cuidado. Os autores explicam, ainda, que tal cenário se agrava quando considerado o crescimento da população carcerária brasileira, que ultrapassa 850 mil pessoas, colocando o país entre os maiores contingentes prisionais do mundo. Associado a isso, verificou-se um déficit superior a 200 mil vagas e a avaliação de cerca de um terço das unidades prisionais como em condições ruins ou péssimas entre 2023 e 2024, evidenciando a precariedade estrutural que impacta diretamente a implementação de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2024).

Além disso, Nogueira et al. (2024), ao examinarem o contexto do Distrito Federal, destacaram que a operacionalização da PNAISP (Brasil, 2014) depende de articulação intersetorial e adequação institucional, apontando que lacunas na integração entre sistemas de saúde e justiça limitam sua efetividade. Essa constatação dialoga com os resultados de Fukushima et al. (2025), que identificou desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde, incluindo dificuldades organizacionais, limitações de recursos e condições agravadas de saúde da população encarcerada decorrentes de fatores socioeconômicos e culturais.

Além das barreiras organizacionais, indicadores de violação de direitos humanos reforçam o impacto das condições prisionais sobre a saúde coletiva. Registros apontam 3.091 mortes no sistema penitenciário em 2023, incluindo 703 homicídios, com taxa de mortes violentas quatro vezes maior que na população geral e incidência de suicídio três vezes superior. Ainda, mais de 120 mil denúncias de tortura e maus-tratos foram registradas desde 2015, sendo que 80% das violações relatadas entre 2020 e 2024 ocorreram dentro de unidades prisionais (MDHC, 2025). Esses dados corroboram a análise realizada por Ferraz (2015), de que a implementação da PNAISP (Brasil, 2014) não pode ser dissociada das condições de custódia, pois a vulnerabilidade estrutural e a violência institucional interferem diretamente nos determinantes sociais da saúde dessa população.

Outro ponto recorrente na literatura refere-se à insuficiência de diretrizes operacionais específicas para implementação de políticas públicas em saúde, situação que também é observada em outras iniciativas do SUS. Macedo et al. (2019) discorreram que análises sobre orientações federais indicam que apenas 38,8% dos documentos normativos tratam de aspectos relacionados à implementação, evidenciando a ausência de instrumentos sistemáticos que orientem a operacionalização local das políticas (BARTOS et al., 2023). Tal lacuna, conforme Soares e Batista (2021), pode ser associada às dificuldades relatadas por autores que investigam a execução da PNAISP (Brasil, 2014), sugerindo que a distância entre formulação normativa e prática institucional constitui obstáculo relevante à consolidação da política.

Comparando-se diferentes relatos e dados empíricos, percebe-se que os desafios para a implementação da PNAISP (Brasil, 2014) apresentam caráter multidimensional. Por um lado, autores como Freitas et al. (2016) e Omena et al. (2024) destacaram entraves estruturais, como superlotação e precariedade física das unidades; por outro, ressaltam limitações organizacionais, como fragmentação intersetorial e escassez de recursos humanos e materiais. Associado a isso, conforme Florêncio, Oliveira e Salvador (2021), indicadores de violência e violações de direitos evidenciam que a saúde prisional está diretamente relacionada às condições de custódia e à garantia de direitos fundamentais. Assim, observa-se que a efetividade da política depende não apenas da expansão de serviços de saúde, mas de transformações mais amplas na gestão penitenciária e na articulação entre políticas públicas, conforme também realçaram Machado, Martins e Souza (2021).

Quanto as possíveis estratégias para fortalecimento na PNAISP (Brasil, 2014), a literatura evidencia que depende da articulação de estratégias institucionais que ultrapassem a ampliação normativa e avancem na operacionalização das ações de cuidado. Nesse sentido, estudos como de Bartos et al. (2023) apontaram que a coordenação intersetorial entre saúde e justiça constitui uma estratégia central para o fortalecimento da PNAISP (Brasil, 2014). Nogueira et al. (2024) observaram, no contexto do Distrito Federal, que a existência de fluxos institucionais definidos entre secretarias e unidades prisionais favoreceu a organização do acesso aos serviços especializados e reduziu atrasos de encaminhamento, enquanto a ausência dessa articulação gerava descontinuidade assistencial. Essa análise converge com dados institucionais divulgados pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, que indicam a heterogeneidade nacional na cobertura de equipes de saúde, evidenciando que estados com maior integração administrativa apresentam melhores indicadores de atendimento (BRASIL, 2024).

Outra estratégia destacada refere-se à expansão e qualificação das equipes de atenção primária prisional, conforme apontaram Florêncio, Oliveira e Salvador (2021). Relatórios federais apontam crescimento progressivo dessas equipes, alcançando cerca de quatro centenas em funcionamento no país, o que tem ampliado a cobertura assistencial e o monitoramento de doenças crônicas e infectocontagiosas (BRASIL, 2023). Entretanto, autores que investigam o cotidiano do trabalho em unidades prisionais, como Rocha et al. (2024), relataram que a efetividade dessa expansão depende de condições materiais adequadas e capacitação profissional contínua, uma vez que profissionais relatam sobrecarga, limitações de recursos e dificuldades de acesso à rede externa. Esses relatos qualitativos demonstram que a ampliação quantitativa precisa ser acompanhada por investimentos em infraestrutura e apoio técnico.

O monitoramento de indicadores e a incorporação da perspectiva de direitos humanos na gestão da saúde prisional também constitui uma estratégia relevante, segundo Machado, Martins e Souza (2021). Dados institucionais indicam que altas taxas de morbimortalidade e registros de violência no sistema carcerário reforçam a necessidade de acompanhamento sistemático e transparência informacional como ferramentas de gestão (BRASIL, 2025). Nogueira et al. (2024) destacaram que o uso desses indicadores para planejamento local contribui para orientar ações preventivas e promover maior equidade no acesso ao cuidado, fortalecendo o caráter integral da política.

Ao focar no contexto da enfermagem, Freitas et al. (2016) ponderaram que esses profissionais constituem elemento central para a efetivação da PNAISP (Brasil, 2014), especialmente no que se refere à operacionalização das ações de atenção primária em saúde. Em acréscimo, Silva, Almeida e Freitas (2024) mencionaram a relevância da atuação direta da enfermagem no acolhimento, triagem, monitoramento e educação em saúde dentro das unidades prisionais. Outro aspecto relevante refere-se à dimensão gerencial e organizacional do trabalho de enfermagem. Conforme apontam Nogueira et al. (2024), a implementação efetiva da política depende da articulação entre fluxos assistenciais e gestão local, sendo a enfermagem frequentemente responsável pela coordenação de agendas, encaminhamentos e integração com a rede externa do SUS. Essa função contribui para reduzir fragmentações no cuidado e favorecer a integralidade da atenção, princípio estruturante da política. Em consonância a isso, Fukushima et al. (2025) evidenciam que a atuação da enfermagem extrapola o cuidado clínico, envolvendo mediação de conflitos, educação em saúde e desenvolvimento de ações coletivas de prevenção. Nesse sentido, pesquisas indicam que intervenções educativas conduzidas por enfermeiros favorecem maior adesão ao tratamento e melhora na percepção de saúde entre pessoas privadas

de liberdade, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e sanitária (ROCHA et al., 2024).

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, caracterizado como um relato de experiência, cujo objetivo foi analisar criticamente a implementação da PNAISP (Brasil, 2014) a partir da experiência da enfermagem no cotidiano de uma unidade prisional, evidenciando os desafios estruturais, institucionais e profissionais que interferem na efetivação do cuidado integral e apontando estratégias para o fortalecimento da política.

5.2. Local do estudo

A experiência foi desenvolvida em uma unidade prisional localizada no município de Ribeirão das Neves – Minas Gerais, vinculada ao sistema penitenciário estadual. A unidade atende pessoas privadas de liberdade em regime fechado e semiaberto, contando com equipe de saúde multiprofissional, conforme preconizado pela PNAISP (Brasil, 2014), que inclui médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal.

5.3. Sujeitos da experiência

Os sujeitos envolvidos foram pessoas privadas de liberdade, bem como profissionais da equipe de enfermagem. A participação dos sujeitos ocorreu de forma indireta, considerando que o estudo não envolveu coleta de dados primários, mas sim a descrição das vivências profissionais da autora no exercício profissional.

5.4. Procedimentos de coleta das informações

As informações utilizadas neste relato foram obtidas a partir da observação participante, vivenciada durante a prática profissional cotidiana da enfermagem na unidade prisional. Não foram aplicados instrumentos estruturados de coleta de dados, uma vez que o foco do estudo foi a vivência profissional.

Associado ao relato de experiência foi realizada uma busca bibliográfica, a fim de construir um referencial teórico para fundamentar a discussão da temática o presente estudo. A coleta dos estudos utilizados foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Scientific Electronic Library (SciELO).

5.5. Aspectos éticos

Por se tratar de um relato de experiência, sem identificação dos sujeitos e sem coleta de dados sensíveis, o estudo está dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ressalta-se que foram respeitados os princípios éticos da confidencialidade, anonimato, dignidade humana e responsabilidade profissional, considerando a vulnerabilidade da população privada de liberdade.

5.6. Limitações do estudo

Entre as limitações, destaca-se o caráter subjetivo do relato de experiência e a impossibilidade de generalização das experiências vivenciadas. No entanto, a descrição da vivência contribui para ampliar a compreensão sobre a implementação da PNAISP (Brasil, 2014), bem como da atuação da enfermagem no sistema prisional, fornecendo subsídios para reflexões críticas e para o aprimoramento das práticas de cuidado em saúde nesse contexto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante as informações expostas e discutidas, foi possível concluir que, embora a PNAISP (Brasil, 2014), represente avanço normativo na garantia do direito à saúde da população privada de liberdade, sua implementação permanece condicionada a desafios estruturais, institucionais e operacionais. Entre esses desafios destacam-se limitações de recursos materiais, sobrecarga de trabalho, barreiras institucionais, dificuldades de articulação intersetorial e as especificidades próprias do ambiente prisional, historicamente marcado por uma lógica custodial que, muitas vezes, se sobrepõe à perspectiva sanitária.

A vivência enquanto enfermeira integrante de e-APP, ainda que sendo efetivamente profissional da SEJUSP, permitiu-me compreender que o cuidado em saúde no contexto prisional exige não apenas domínio técnico-científico, mas também capacidade de mediação, gestão de conflitos, sensibilidade ética e habilidade de articulação com múltiplos atores institucionais. Aprendi que a enfermagem ocupa posição estratégica na organização do processo de trabalho, na coordenação do cuidado e na garantia da continuidade assistencial, especialmente diante da instabilidade institucional que marca muitas unidades prisionais. Contudo, essa centralidade nem sempre é reconhecida formalmente.

Um dos entraves mais significativos observados refere-se à divisão da carga horária das e-APPs credenciadas entre diferentes unidades prisionais, o que fragmenta o processo de trabalho, dificulta a longitudinalidade do cuidado e compromete o vínculo terapêutico — elemento essencial na Atenção Primária. A distribuição da equipe por múltiplas unidades, muitas vezes distantes entre si, gera descontinuidade nas ações programáticas, limita atividades de promoção e prevenção e reforça uma prática predominantemente curativista e reativa. Soma-se a isso a rotatividade frequente de profissionais nas unidades prisionais, fator que impacta negativamente a consolidação de protocolos assistenciais, a construção de fluxos internos e o fortalecimento do trabalho em equipe.

Outro aspecto que interfere diretamente na consolidação da política é a constante troca de gestores municipais responsáveis pela saúde prisional, o que acarreta descontinuidade administrativa, redefinição de prioridades e fragilidade no planejamento a médio e longo prazo. A cada mudança de gestão, observa-se a necessidade de recomeçar processos de pactuação, sensibilização e alinhamento quanto às especificidades da saúde no cárcere. Tal instabilidade compromete a implementação efetiva da PNAISP (Brasil, 2014) e fragiliza a autonomia técnica das equipes.

De forma reflexiva, torna-se evidente a necessidade de maior conhecimento e apropriação da PNAISP (Brasil, 2014) por parte dos gestores — tanto da saúde quanto da administração prisional. A política pública não pode ser compreendida apenas como instrumento normativo, mas como diretriz estruturante que exige entendimento aprofundado sobre seus princípios, financiamento, responsabilidades interfederativas e organização do processo de trabalho. Quando os gestores desconhecem ou compreendem parcialmente a política, decisões administrativas tendem a desconsiderar a lógica da Atenção Primária, priorizando demandas emergenciais e reforçando práticas fragmentadas. O desconhecimento gera, ainda, insegurança técnica e dificuldades na defesa institucional das equipes de saúde.

Nesse sentido, evidencia-se também a necessidade de maior integração entre as equipes vinculadas à Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais e as equipes credenciadas conforme diretrizes da PNAISP (Brasil, 2014) no âmbito municipal. Embora ambas atuem no mesmo território — a unidade prisional —, na maioria das vezes operam sob lógicas administrativas distintas, com fluxos de comunicação frágeis e pouca construção coletiva de protocolos. A ausência de espaços sistemáticos de diálogo e planejamento compartilhado pode gerar sobreposição de funções ou lacunas assistenciais, prejudicando a integralidade do cuidado em saúde.

Fortalecer essa integração implica reconhecer que segurança e saúde não são campos antagônicos, mas complementares na garantia de direitos. A construção de fluxos interinstitucionais claros, reuniões periódicas entre gestão e equipes, definição de responsabilidades e capacitações conjuntas sobre a PNAISP (Brasil, 2014) podem favorecer uma atuação mais coesa. A articulação efetiva entre as equipes contribui não apenas para a melhoria da assistência, mas também para a redução de conflitos institucionais e para o reconhecimento do papel estratégico da enfermagem na organização do cuidado intramuros.

Adicionalmente, observa-se, em alguns contextos, a valorização predominante do profissional médico em detrimento dos demais integrantes da equipe multiprofissional. Essa lógica hierarquizada enfraquece o trabalho interdisciplinar e invisibiliza o protagonismo da enfermagem, que, na prática cotidiana, assume funções de coordenação do cuidado, organização do serviço, educação em saúde, vigilância epidemiológica, gerenciamento de insumos, elaboração de protocolos e articulação com a rede externa. Reconhecer e fortalecer o papel da enfermagem como eixo estruturante da atenção à saúde no sistema prisional é condição fundamental para a efetivação dos princípios da integralidade e da equidade.

Enquanto profissional inserida nesse contexto, compreendo que estudos futuros precisam aprofundar a análise acerca do impacto da fragmentação da carga horária das EaPPs na qualidade e na continuidade do cuidado ofertado às pessoas privadas de liberdade, bem como investigar de que forma a rotatividade dos profissionais interfere na consolidação de práticas baseadas em evidências no sistema prisional. Também se mostra fundamental explorar estratégias de gestão que assegurem maior estabilidade administrativa e planejamento a médio e longo prazo, além de examinar mecanismos que promovam integração efetiva entre a Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais e a gestão municipal de saúde. Ademais, torna-se relevante discutir modelos organizacionais que fortaleçam o trabalho multiprofissional e reconheçam o protagonismo da enfermagem na coordenação da atenção primária prisional, contribuindo para uma assistência mais integrada, resolutiva e alinhada aos princípios do sistema público de saúde.

Do ponto de vista prático, favorecer o trabalho da equipe de enfermagem requer ampliação do número de profissionais, carga horária exclusiva por unidade, implementação de educação permanente em saúde contínua e integradas entre as equipes, pelo fato de que, frequentemente, as capacitações são direcionadas apenas aos profissionais das equipes de saúde municipais, em detrimento da inclusão das equipes vinculadas à SEJUSP. Ademais, torna-se imprescindível a melhoria das condições estruturais dos espaços de saúde intramuros, bem como o fortalecimento de fluxos formais de referência e contrarreferência com a rede do SUS. Nesse sentido, a institucionalização de protocolos assistenciais específicos para o contexto prisional, aliada ao investimento na qualificação dos gestores quanto à política, pode contribuir de forma significativa para a consolidação de uma atenção mais resolutiva, integrada e alinhada aos princípios do sistema público de saúde.

Assim, o fortalecimento da PNAISP (Brasil, 2014) deve ser compreendido como processo coletivo e contínuo, que envolve gestão pública qualificada, equipes integradas e valorizadas e compromisso efetivo com a garantia do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, reconhecendo o cárcere como território legítimo de cuidado e de produção de saúde. Enfim, a necessidade de uma gestão que contribua para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal, assegurando a inclusão das populações em situação de vulnerabilidade, entre elas a população privada de liberdade, devidamente adscrita ao território.

Contudo, ao longo da construção deste TCC, me vi, em muitos momentos, revisitando minha própria trajetória dentro do sistema prisional e ressignificando experiências que antes pareciam apenas parte da rotina. Escrever sobre a PNAISP (Brasil, 2014) e sobre o meu trabalho

como enfermeira foi, também, um processo de me enxergar com mais clareza dentro desse cenário, entendendo melhor minhas escolhas, minhas angústias e até os limites que enfrento no dia a dia. Passei a perceber com mais sensibilidade o quanto o cuidado que realizo vai além das técnicas e protocolos, estando presente nas escutas, nos vínculos que consigo construir e nas pequenas ações que, muitas vezes, ficam invisíveis, mas fazem diferença. Esse processo me aproximou ainda mais do sentido do meu trabalho e reforçou em mim a responsabilidade — e a potência — de atuar nesse espaço tão complexo. Ao mesmo tempo, me deixou inquieta, com a sensação de que ainda há muito a ser problematizado, melhorado e construído. Talvez o maior aprendizado tenha sido justamente esse: compreender que minha prática está em constante transformação e que reconhecer isso é, também, uma forma de seguir cuidando melhor.

REFERÊNCIAS

BARTOS, M. S. H. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersectorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 1131-1138, 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária amplia equipes de atendimento às pessoas privadas de liberdade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 12 fev. 2026.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. **Institui a PNAISP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: MS/MJ, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Indicadores e evidências em direitos humanos: pessoas privadas de liberdade no Brasil**. Brasília: MDHC, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 8.114**, de 16 de setembro de 2025. Brasília, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS – Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 10 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). **Relatório de Informações Penitenciárias – 2º Semestre de 2024**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relatorios-de-informacoes-penitenciarias/relatorio-do-2o-semester-de-2024.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2026.

CARVALHO, N. G. O. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma análise sobre a evolução normativa. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, n. 4, p. 112-129, 2017.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CNMP). **Saúde no sistema prisional: avaliação da implementação da PNAISP**. Brasília: CNMP, 2019.

COSTA, M. C. et al. Política de saúde prisional brasileira: uma revisão integrativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 11, n. 4, p. 103-126, 2022.

FERRAZ, E. **A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional: uma experiência em Serviço Social na Perspectiva da Reintegração Social**. 2015. 100 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

FUKUSHIMA, A. R. et al. Desafios da enfermagem no cuidado da saúde mental de pessoas privadas de liberdade. **Revista Foco**, v. 18, n. 1, p. 01-10, 2025.

FLORÊNCIO, M. L. N.; OLIVEIRA, L. V.; SALVADOR, P. T. C. O. Concepções de gestores sobre a política de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade. **Revista Gestão & Saúde**, v. 12 n. 01, p. 80-92, 2021.

FREITAS, R. S. et al. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação. **Revista de Políticas Públicas**, v. 20, n. 1, p. 171-184, 2016.

MACEDO, L. R. et al. Condições de saúde da população privada de liberdade no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1717-1725, 2019.

MACHADO, C. P.; MARTINS, I. F.; SOUZA, M. C. S. Atuação do enfermeiro na assistência à saúde no sistema prisional. **Global Academic Nursing**, v. 2, n. 3, p. 182-189, 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 7.913, de 09 de dezembro de 2021**. Belo Horizonte, 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 10.023, de 19 de março de 2025**. Belo Horizonte, 2025a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 10.391, de 20 de agosto de 2025**. Belo Horizonte, 2025b.

NOGUEIRA, T. R. et al. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (PNAISP): uma análise ex post da implementação normativa no contexto do Distrito Federal. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 92-110, 2024.

OMENA, B. L. S. et al. Caracterização da atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade no Brasil: uma revisão de escopo. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 5433-5455, 2024.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

RIBEIRÃO DAS NEVES. **Plano municipal de saneamento básico de Ribeirão das Neves**. Ribeirão das Neves: Prefeitura Municipal de Ribeirão das Neves, s.d. Disponível em: <https://ribeiraodasneves.mg.gov.br/wp-content/uploads/2024/09/RN-Plano-Municipal-de-Saneamento-Basico-1.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2026.

RIBEIRÃO DAS NEVES (MG). Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim epidemiológico do sistema prisional de Ribeirão das Neves**. Ribeirão das Neves, 2022. Disponível em: <https://ribeiraodasneves.mg.gov.br/wp-content/uploads/2023/09/BOLETIM-EPIDEMIOLOGICO-DO-SISTEMA-PRISIONAL-1.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2026.

RIBEIRÃO DAS NEVES: Redação. **Taxa de ocupação dos presídios em Ribeirão das Neves é de 176%, mostra pesquisa**. Ribeiraodasneves.net, 23 jul. 2019. Disponível em: https://ribeiraodasneves.net/36-noticias/seguranca/8168-taxa-de-ocupacao-dos-presidios-em-ribeirao-das-neves-e-de-176-mostra-pesquisa?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 12 jan. 2026.

ROCHA J. M. N. et al. Estratégias inovadoras em políticas públicas: o uso da telemedicina pelo sistema penitenciário brasileiro no contexto da pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 3, n. 1, p. 01-12, 2024.

SILVA, K. G. C.; ALMEIDA, R. S.; FREITAS, R. C. M. Desafios no cuidado de enfermagem em ambiente prisional. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 14, n. 1, p. 01-16, 2024.

SISDEPEN - GOVERNO FEDERAL. **Levantamento de Informações Penitenciárias – SISDEPEN**. Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen> . Acesso em: 27 jan. 2026.

SOARES, R. A.; BATISTA, L. E. A implementação da PNAISP no Brasil: desafios para a gestão municipal. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 89-104, 2021.