



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Especialização *lato sensu* em Saúde Pública

Maria Helena Trindade Engela

O ACESSO À SAÚDE NA PRISÃO: LIMITES À EFETIVAÇÃO DO CUIDADO
Uma revisão narrativa sobre o cuidado em saúde entre vulnerabilidades, entraves e estruturas no contexto prisional

Belo Horizonte
2026

Maria Helena Trindade Engela

O ACESSO À SAÚDE NA PRISÃO: LIMITES À EFETIVAÇÃO DO CUIDADO
Uma revisão narrativa sobre o cuidado em saúde entre vulnerabilidades, entraves e estruturas no contexto prisional

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

Orientador(a): Profa. Dra. Luciana Souza d'Ávila

Belo Horizonte
2026

E57a Engela, Maria Helena Trindade.

O acesso à saúde na prisão : limites à efetivação do cuidado: uma revisão narrativa sobre o cuidado em saúde entre vulnerabilidades, entraves e estruturas no contexto prisional. /Maria Helena Trindade Engela . - Belo Horizonte: ESP-MG, 2026.

35 f.

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

Orientador(a): Luciana Souza d'Ávila.

Inclui bibliografia.

1. Prisões. 2. Direito à Saúde. 3 . Política Públicas de Saúde. I. d'Ávila, Luciana Souza. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 300

Maria Helena Trindade Engela

O ACESSO À SAÚDE NA PRISÃO: LIMITES À EFETIVAÇÃO DO CUIDADO
Uma revisão narrativa sobre o cuidado em saúde entre vulnerabilidades, entraves e estruturas no contexto prisional

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.

Luciana Souza d'Ávila

Profa. Dra. – ESP-MG (Orientadora)

Maria Gabriela Araújo Diniz

Profa. Dra. – Ministério Público do Estado de Minas Gerais (Banca Examinadora)

Lucas Alves Gontijo

Profa. Ms. - Prefeitura de Nova Serrana (Banca Examinadora)

Belo Horizonte

2026

RESUMO

Introdução: Este trabalho discute o acesso à saúde pelas pessoas privadas de liberdade no sistema prisional brasileiro, a partir do conceito ampliado de saúde e dos limites que atravessam esse contexto. Nesse cenário, fatores como superlotação, insegurança alimentar, fragilização de vínculos sociais, desarticulação da rede de atenção à saúde, barreiras institucionais e simbólicas configuram-se como elementos centrais na produção de iniquidades. **Objetivo:** Discutir de que modo o direito à saúde se expressa no cotidiano prisional, tendo em vista as contradições entre o que a legislação garante e o que a prática revela. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que incluiu diferentes tipos de documentos, como artigos científicos, dissertações, teses e a literatura cinzenta. Não foi estabelecido recorte temporal, considerando a escassez de estudos em determinados eixos temáticos. A busca foi realizada em bases de dados nacionais e internacionais, além da utilização da técnica de bola de neve para ampliação das fontes. **Discussão:** Evidenciou-se que, embora existam políticas públicas que reconheçam o direito à saúde da população privada de liberdade, sua implementação enfrenta entraves significativos. Desafios estruturais se somam e se sobrepõem e no ambiente prisional, produzindo efeitos de difíceis manejos. A atuação dos profissionais de saúde, compreendidos como burocratas de nível de rua, revela que a política é atravessada pela discricionariedade, pelas condições de trabalho e por valores e percepções que influenciam diretamente o cuidado. A promoção de saúde é pouco abordada, visto que o foco ainda é a assistência no modelo biomédico, contudo quando realizada, a educação em saúde por pares mostra-se mais eficaz. Além disso, o sistema prisional pode ser compreendido como um espaço de produção de “wicked problems”, nos quais múltiplos fatores interagem e dificultam soluções lineares, exigindo abordagens intersetoriais e contínuas. **Considerações finais:** A efetivação do direito à saúde no cárcere não depende apenas da formulação de políticas, mas de sua implementação concreta, da articulação entre setores e do reconhecimento das pessoas privadas de liberdade como sujeitos de direitos. Assim, o cuidado em saúde no sistema prisional deve ser pensado para além da assistência, incorporando práticas de promoção da saúde, fortalecimento de vínculos e enfrentamento das desigualdades que estruturam esse contexto.

Palavras-chave: Prisões, Direito à Saúde, Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: This study examines access to healthcare for individuals deprived of liberty within the Brazilian prison system, grounded in the expanded concept of health and the constraints that permeate this context. In this setting, factors such as overcrowding, food insecurity, the weakening of social bonds, fragmentation of healthcare networks, and institutional and symbolic barriers emerge as central elements in the production of inequities.

Objective: To analyze how the right to health is manifested in everyday prison life, considering the contradictions between what is guaranteed by legislation and what is observed in practice.

Methodology: This study adopts a narrative literature review design, encompassing various types of sources, including scientific articles, dissertations, thesis, and grey literature. No temporal restrictions were applied, given the limited number of studies in certain thematic areas. The search was conducted across national and international databases, complemented by the snowball sampling technique to broaden the scope of sources.

Discussion: The findings indicate that, although public policies recognizing the right to health for incarcerated populations are in place, their implementation faces significant challenges. Structural constraints accumulate and overlap within the prison environment, generating complex and difficult-to-manage effects. The practices of health professionals—understood as street-level bureaucrats—demonstrate that policy implementation is shaped by discretion, working conditions, as well as by values and perceptions that directly influence care delivery. Health promotion remains marginal, as the focus continues to be predominantly on curative actions within a biomedical framework. However, when implemented, peer health education initiatives have shown greater effectiveness. Furthermore, the prison system can be conceptualized as a setting characterized by “wicked problems,” in which multiple interacting factors hinder linear solutions and demand continuous, intersectoral approaches. **Final considerations:** The realization of the right to health in prison settings depends not only on the formulation of policies, but also on their effective implementation, intersectoral coordination, and the recognition of incarcerated individuals as rights-bearing subjects. Therefore, healthcare in the prison system must be conceived beyond a purely assistential perspective, incorporating practices that promote health, strengthen social bonds, and address the structural inequalities that shape this context.

Keywords: Prisons; Right to Health; Policies National Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: DESAFIOS ESTRUTURAIS E SIMBÓLICOS.....	10
<i>2.1 Os determinantes sociais da saúde no contexto prisional.....</i>	11
<i>2.2 Insegurança alimentar e nutricional.....</i>	13
<i>2.3 Superlotação e seus efeitos.....</i>	15
<i>2.4 Rupturas e rearranjos: vínculos sociais no contexto prisional.....</i>	16
3 A AUSÊNCIA DA INTEGRALIDADE E DO CUIDADO AMPLIADO NO SISTEMA PRISIONAL.....	17
<i>3.1 Promoção da saúde no contexto prisional</i>	18
<i>3.2 Atenção às doenças infectocontagiosas.....</i>	19
<i>3.3 Atenção às doenças crônicas não transmissíveis.....</i>	20
<i>3.4 A intersectorialidade</i>	20
<i>3.5 Os profissionais do sistema prisional: burocratas de níveis de rua.....</i>	22
4 POLÍTICAS QUE NÃO ALCANÇAM: O DIREITO À SAÚDE NO CÁRCERE.....	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
6 REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Garantir a saúde da população privada de liberdade (PPL) constitui um dos desafios mais complexos para a concretização das políticas públicas no Brasil. Além da rotina dos profissionais de saúde nas unidades prisionais ser marcada, predominantemente, por ações curativistas e focadas em doenças infectocontagiosas, há falta de recursos, limites impostos pela lógica da segurança e desarticulação entre o processo de trabalho da saúde e da justiça e segurança pública (COSTA 2022; BARBOSA, 2022).

Desde sua promulgação, a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984) – LEP - assegura às pessoas privadas de liberdade o direito à saúde, prevendo assistência preventiva e curativa por meio de atendimentos médicos, farmacêuticos e odontológicos. Contudo, apesar dessa garantia formal, essa legislação não definiu de forma clara os mecanismos necessários para estruturar e implementar uma política de saúde voltada às especificidades dessa população (BRASIL, 1984).

Somente em 2003, quinze anos após a promulgação da Constituição Federal e treze anos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado brasileiro instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), publicado em 2004, evidenciando um longo intervalo para que se buscasse a efetivação do direito à saúde da população privada de liberdade, ou seja, embora o direito constitucional à saúde seja universal, as pessoas privadas de liberdade não eram vistas como sujeitos de direitos no campo da saúde (BRASIL, 2005).

Apesar de significar um avanço ao ressaltar a necessidade de se organizar a atenção à saúde no sistema penitenciário, o PNSSP manteve limitações importantes, sendo que, em 2014, o PNSSP foi substituído pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída com o objetivo de ampliar o acesso à saúde e integrar definitivamente a população privada de liberdade ao SUS. A PNAISP passou a reconhecer o território prisional como parte da atenção primária, propondo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além da articulação com a rede extramuros (BRASIL, 2014).

Ao mesmo tempo, embora a PNAISP represente um marco normativo mais alinhado ao conceito ampliado de saúde, sua implementação permanece atravessada por desafios estruturais, institucionais e políticos. A persistência de práticas centradas na demanda espontânea, a insuficiência de profissionais, a precariedade da infraestrutura e a sobreposição da lógica da segurança à lógica do cuidado, revelam que a integralidade - prevista no plano, ainda não se estruturou plenamente no cotidiano prisional. Assim, o percurso histórico das

políticas de saúde no sistema prisional brasileiro evidencia que o reconhecimento formal do direito à saúde não tem sido suficiente para garantir sua efetivação em sua dimensão ampliada (AQUINO, 2023).

Atualmente no cenário brasileiro, dados do primeiro semestre de 2025, extraídos da SENAPPEN (Secretaria Nacional de Políticas Penais), revelam que o Brasil possui 941.752 pessoas em cumprimento de pena, sendo 705.872 em celas físicas e 235.880 em prisão domiciliar, com ou sem monitoramento eletrônico. Dessa totalidade, 95,38% referem-se ao público masculino e 4,62% ao público feminino. Em relação às informações registradas quanto à raça/cor, observam-se 198.888 pessoas autodeclaradas brancas, 343.691 pessoas declaradas pardas e 110.207 pessoas declaradas pretas. Em relação à faixa etária, no ano de 2025, 25,40% correspondem a idades entre 35 a 54 anos, seguidos de 19,68% (25 a 29 anos) e de 18,17%, na faixa de 30 a 34 anos (BRASIL, 2025).

A compreensão desse cenário exige referenciais teóricos capazes de iluminar as dimensões de poder que estruturam o sistema prisional para além de sua aparência superficial. Michel Foucault, em *Vigiar e Punir* (1975), demonstrou que a prisão moderna é um dispositivo de poder disciplinar cujo objetivo central é a docilização dos corpos, revelando que a privação de liberdade é, antes de tudo, uma tecnologia política. Nesse sentido, o acesso ao cuidado em saúde, a presença ou ausência de profissionais e a subordinação da lógica da segurança não são fenômenos neutros, mas sim, expressões concretas desse poder que determina quais corpos merecem ser cuidados (FOUCAULT, 1975).

Essa reflexão se aprofunda quando articulada ao conceito de necropolítica, formulado por Achille Mbembe (2006) a partir da crítica à biopolítica foucaultiana. Para Mbembe, o poder soberano contemporâneo define-se pela gestão diferencial da morte, pela decisão, explícita ou silenciosa, sobre quais populações são expostas à doença não tratada e à violência institucional. No contexto prisional brasileiro, concentrado desproporcional de pessoas negras e pobres, a necropolítica manifesta-se não apenas nas mortes violentas, mas na negligência sistemática com a saúde, revelando que a desassistência não é um acidente administrativo, mas uma forma de gestão política dos corpos descartáveis (MBEMBE, 2006).

Em uma perspectiva global, o relatório *Global Prison Trends 2022*, relatou que o mundo segue sem conseguir reduzir de forma consistente o número de pessoas privadas de liberdade (PENAL REFORM INTERNATIONAL [PRI] & THAILAND INSTITUTE OF JUSTICE [TIJ], 2022). Em diversos cenários, as prisões têm sido amplamente adotadas como solução imediata para questões sociais, favorecendo a superlotação e criando barreiras relevantes para a saúde e a ressocialização. Hoje, o cenário mundial alcança patamares

históricos e muitos sistemas penitenciários têm dificuldade até para garantir necessidades básicas. Dados recentes apontam que 121 países operam acima da capacidade de suas unidades prisionais (ICPR, 2025). Além disso, desigualdades raciais e étnicas marcam o sistema de justiça criminal, com predominância de pessoas oriundas de grupos socialmente marginalizados e em situação socioeconômica desfavorável. Nesse sentido, a combinação de superlotação, violência e oferta insuficiente de cuidados em saúde compromete a saúde dessa população, sendo necessário se compreender que as prisões fazem parte da sociedade e são, portanto, cruciais para a manutenção e o avanço da saúde pública.

Ressalta-se ainda que pessoas privadas de liberdade apresentam elevada ocorrência de doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de problemas relacionados à saúde mental e ao uso de substâncias lícitas e ilícitas. Há escassez de pesquisas e dados epidemiológicos que mostram a prevalência das doenças crônicas no contexto prisional. Um grande número de indivíduos com transtornos mentais ingressa no sistema, porém suas demandas são negligenciadas, com tratamento insuficiente e poucos serviços disponíveis (LANCET, 2022).

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo geral discutir de que modo o direito à saúde se expressa no cotidiano prisional, tendo em vista as contradições entre o que a legislação garante e o que a prática revela. De forma complementar, busca-se analisar os limites institucionais, estruturais e simbólicos que podem inviabilizar a efetivação do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade; problematizar a ausência de integralidade e de cuidado ampliado no sistema prisional e, contribuir para debate sobre políticas voltadas para a efetivação do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Para tanto, adotou-se uma revisão narrativa da literatura, que permite articular artigos, teses, dissertações, documentos legais e institucionais e também a literatura cinzenta. Essa abordagem possibilita uma descrição abrangente e histórica do tema, pois, embora não esgote todas as fontes existentes, parte das principais referências, aproximando-se do estado da arte sobre a temática a ser discutida. Para a ampliação do escopo do estudo, utilizou-se a técnica da bola de neve (*snowballing*), em que, ao se identificarem os documentos mais atuais por meio de busca em bases de dados bibliográficos, as referências citadas nesses documentos e também que citaram esses documentos, foram analisadas (WHOLIN, 2014).

Não foi estabelecido recorte temporal para a seleção dos estudos, considerando a escassez de publicações específicas em alguns dos temas abordados. A busca foi realizada em bases de dados reconhecidas, como PubMed, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), além de relatórios *online* das principais plataformas como: SENAPPEN e World Health Organization

(WHO). Foram excluídos aqueles estudos que tiveram como cenário a Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC),¹ pois trata-se de um contexto que se difere de um presídio convencional.

A reflexão parte do entendimento de que o conceito *saúde* no cárcere não é compreendido no seu sentido amplo, mas que é atravessado por múltiplos fatores - estruturais, sociais, políticos e organizacionais - que influenciam a efetivação do direito à saúde da população privada de liberdade, especificamente da atuação da Atenção Primária à Saúde (APS).

O texto a seguir se desenvolverá em três eixos interligados que refletem os objetivos aqui citados: A Efetivação do Direito à Saúde no Sistema Prisional: desafios estruturais e simbólicos (primeiro eixo); a ausência de integralidade e de cuidado ampliado no sistema prisional (segundo eixo); políticas que não alcançam: o direito à saúde no cárcere (terceiro eixo).

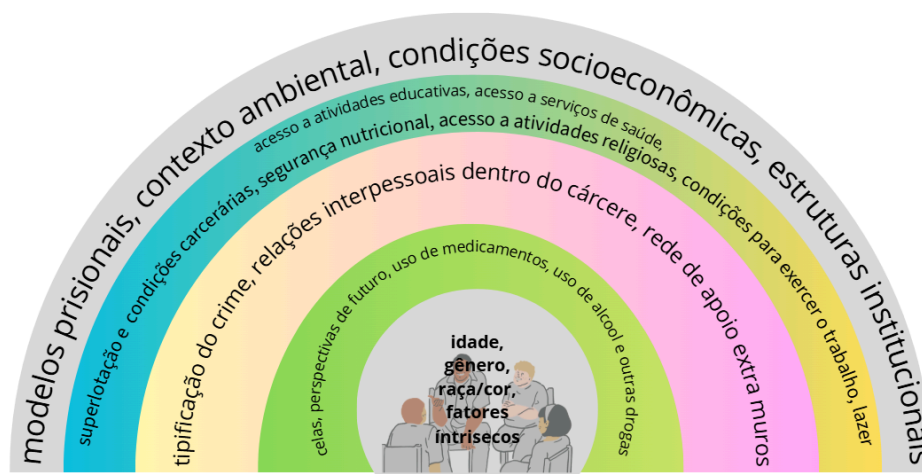
2 A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: DESAFIOS ESTRUTURAIS E SIMBÓLICOS

As unidades prisionais operam sob uma lógica prioritariamente voltada à segurança e a medidas disciplinares, o que, constantemente, vem à frente das demandas da saúde. Nesse cenário, o direito à saúde, ainda que reconhecido na Constituição Federal de 1988 e garantido em lei, passa a depender de mediações institucionais que limitam seu alcance e comprometem sua integralidade (SOARES *et al.*, 2020).

Além dos desafios institucionais, há condicionantes estruturais e simbólicos que aprofundam essa distância entre o direito reconhecido e garantido e o direito efetivamente vivido. A superlotação, as condições ambientais precárias, a insegurança alimentar e as fragilidades na articulação entre os setores de saúde e justiça configuram barreiras à promoção da saúde. Paralelamente, persistem dimensões simbólicas que naturalizam a restrição de direitos.

¹ Associação de Proteção e Assistência aos Condenados - Nas Apacs, os presos – que, como regra, devem passar pelo sistema tradicional antes de ingressar nessas unidades – reencontram duas coisas: a dignidade como ser humano e a crença real em sua recuperação. Como elementos de dignidade, a Apac permite, por exemplo, que o preso não use uniforme, mas sua roupa comum; que não seja isolado do mundo, mas que permaneça tão próximo da família quanto possível. Como crença na ressocialização, a Apac oferece uma proposta de responsabilidade gradativa, tornando o apenado parte integrante da administração do próprio presídio - Trecho retirado da reportagem do Superior Tribunal de Justiça 23/10/2022.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS & PELLEGRINI, 2007). Nesse sentido, é pertinente recorrer ao modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) - citado e discutido no texto “*A Saúde e seus Determinantes Sociais*” desses mesmos autores - adaptando-o ao contexto prisional. A figura a seguir apresenta os determinantes em camadas interrelacionadas conforme o modelo original, no qual é possível compreender como esses fatores interagem nas condições de saúde da PPL e evidencia a complexidade do processo saúde-doença no cenário carcerário.



(Adaptado pela autora de DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991)

2.1 Os determinantes sociais da saúde no contexto prisional

O debate sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) consolidou a compreensão de que as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem são influenciadas por fatores políticos, sociais e econômicos, impactando diretamente a equidade e o bem-estar coletivo. Relatórios sobre desigualdades em saúde evidenciam que o processo saúde-doença e a distribuição de mortalidade e morbidade estão relacionados à classe social, etnia, gênero, escolaridade e contextos de risco. Dessa forma, os DSS podem gerar iniquidades sociais injustas e evitáveis ao limitar o acesso a condições dignas de vida e aos recursos necessários para uma boa saúde (WHO, 2025).

O último relatório da Organização Mundial da Saúde de 2025 evidencia que as desigualdades em saúde estão fortemente associadas aos níveis de desvantagem social e às experiências de discriminação. Observa-se uma clara proporção social da saúde: quanto piores

são as condições de vida, renda e escolaridade, piores tendem a ser os indicadores de saúde e menor o tempo de vida com qualidade. Esse cenário se intensifica entre grupos submetidos à marginalização e ao preconceito (WHO, 2025).

Nesse contexto, precisa-se avançar na compreensão dos DSS considerando que seu impacto assume pesos distintos conforme o contexto de vida de cada indivíduo ou coletivo. Por exemplo, um estudo brasileiro de 2022 sobre desfechos desfavoráveis do tratamento da tuberculose no sistema prisional, identificou e comparou o perfil dos casos em unidades de Rondônia e São Paulo, evidenciando forte relação com determinantes estruturais das desigualdades em saúde. A doença ocorreu predominantemente em homens jovens, de cor preta ou parda, com baixa escolaridade, portadores de diabetes e alcoolismo inseridos em um cenário marcado por iniquidades sociais e de saúde, sendo que, em Rondônia, houve desfechos piores comparados ao cenário de São Paulo (FERREIRA *et al.*, 2022).

Ao mesmo tempo, ser mulher na sociedade em geral não é o mesmo que ser mulher no sistema prisional ou, viver com uma deficiência fora do cárcere difere profundamente de vivê-la dentro dele. Embora o sistema prisional faça parte da sociedade, constitui também um universo paralelo no qual os determinantes sociais se intensificam, evidenciando e aprofundando desigualdades já existentes. Reconhece-se a influência dos DSS - como moradia, alimentação, trabalho, educação e acesso a serviços - na produção da saúde. No contexto prisional, porém, somam-se fatores específicos e frequentemente mais severos, os quais potencializam os contextos de iniquidades: superlotação; precariedade sanitária; falta de privacidade; ociosidade; barreiras ao acesso a recursos básicos e a ruptura de vínculos familiares e sociais (COSTA, 2022; HERMANN, 2018).

Para além dos DSS - conceito promovido pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) -, é relevante mencionar a Determinação Social, esta, articulada pela Medicina Social-Saúde Coletiva latino-americana (MS-SC), vai além na discussão, não isolando os fatores que determinam a saúde, mas sim, compreendendo a dimensão social, histórica e cultural como impacto, tanto nos modos de viver, como na morte (BORDE, 2015). Nesse sentido, a perspectiva da determinação social da saúde permite uma análise mais profunda da realidade prisional, ao reconhecer que o sistema carcerário é expressão de desigualdades estruturais da sociedade e do capitalismo. A população privada de liberdade, em sua maioria, é composta por pessoas em situação de vulnerabilidade social, marcadas por pobreza, baixa escolaridade, racismo estrutural e exclusão de direitos. Assim, o cárcere não apenas concentra essas desigualdades, mas também as intensifica.

Essa reflexão é ampliada pelo ensaio de Elis Borde e colaboradores (2024), ao introduzir o conceito de determinação social da morte. No contexto das prisões, essa ideia ganha ainda mais força, pois evidencia que não se trata apenas de compreender o adoecimento das pessoas privadas de liberdade, mas também de analisar como determinadas vidas são colocadas em maior risco de morte. As condições precárias do sistema prisional, associadas à negligência institucional e à invisibilidade social dessa população, contribuem para a produção de mortes evitáveis, que muitas vezes são naturalizadas.

2.2 Insegurança alimentar e nutricional

A insegurança alimentar e nutricional é um importante DSS, o qual afeta a população em escala global. O termo “insegurança alimentar”, conforme o relatório de 2020 da *United States Department of Agriculture* (USDA), é definido como a “disponibilidade limitada ou incerta de alimentos seguros e nutricionalmente adequados - ou a dificuldade de obtê-los por meios socialmente aceitáveis”. Nesse relatório, a mensuração da insegurança alimentar está centrada principalmente nas condições de acesso econômico e na suficiência de alimentos, sendo operacionalizada por indicadores que captam experiências de restrição alimentar e redução do consumo, não contemplando de forma aprofundada dimensões qualitativas da alimentação ou análises estruturais das desigualdades sociais no acesso (COLEMAN-JENSEN *et al.*, 2021).

Nesse sentido, o relatório “Household Food Security in the United States in 2020”, propõe a ampliação do debate para o conceito de “segurança nutricional”, que incorpora não apenas o acesso aos alimentos, mas também sua qualidade e seu papel na promoção da saúde (COLEMAN-JENSEN *et al.*, 2021). Tal perspectiva evidencia que populações em situação de insegurança alimentar apresentam maior risco de doenças crônicas e são desproporcionalmente afetadas por desigualdades socioeconômicas, reforçando a necessidade de políticas públicas que integrem alimentação, saúde e equidade (MOZAFFARIAN, 2021).

De acordo com o “*World report on social determinants of health equity*” (Relatório mundial sobre determinantes sociais da equidade em saúde), pessoas em situação de vulnerabilidade alimentar tendem a depender mais de instituições públicas - como prisões, abrigos para pessoas em situação de rua, escolas públicas, hospitais, serviços assistencialistas e organizações não governamentais - para terem acesso à alimentação, o que evidencia o papel central do setor público na estruturação e regulamentação desses ambientes que ofertam alimentos (WHO, 2025).

Contudo, na perspectiva popular, o acesso à alimentação limita-se à ideia de “não passar fome”, ignorando aspectos essenciais da nutrição, da prevenção de doenças infecto contagiosas associadas a condições sanitárias precárias e do papel da alimentação no tratamento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Na prática dos profissionais de saúde que atuam no sistema prisional, essa perspectiva fica ainda mais destacada. Como é possível trabalhar a promoção da saúde e o tratamento de doenças crônicas e infecto contagiosas quando o acesso à alimentação (alimentação com segurança sanitária e nutricional) é limitado, negligenciado, usado como moeda de troca dentro das celas e até, frequentemente, tratado como benefício/punição e não como direito básico?

Essa reflexão corrobora algumas pesquisas realizadas: uma avaliação independente da alimentação nas prisões, realizada pela Sociedade Prisional da Pensilvânia, constatou que as refeições nas prisões estaduais não atendem às necessidades nutricionais dos detentos, resultando em fome generalizada atrás das grades. Além disso, é provável que os cardápios contribuam para doenças relacionadas à alimentação, uma vez que contêm o dobro da quantidade recomendada de vegetais ricos em amido e carboidratos refinados, e metade das porções de frutas e vegetais recomendadas pelas Diretrizes Alimentares para Americanos (DGAs), exacerbando o risco de doenças em uma população desproporcionalmente afetada por doenças crônicas (PENNSYLVANIA PRISON SOCIETY, 2024).

Tal realidade não é diferente da brasileira, pois a alimentação das mulheres nos presídios avaliados no Estado de São Paulo é de baixa qualidade e pode levar a alterações metabólicas, obesidade e a outras comorbidades. Entretanto no Brasil, diferente de outros países, a comida é preparada por empresas terceirizadas, sendo possível, em teoria, de mudança desse cenário, caso os direitos fossem mantidos (AUDI, 2018).

Como já mencionado, no contexto prisional, a alimentação extrapola sua função estritamente nutricional e passa a desempenhar papéis simbólicos e institucionais ligados à disciplina e ao controle. A comida tem sido utilizada como ferramenta de punição, coerção e manutenção de relações de poder nas prisões. Por exemplo, a oferta alimentar pode ser intencionalmente restrita em quantidade, qualidade e valor nutricional, operando como mecanismo de conformidade e submissão, ao mesmo tempo em que reafirma a perda de autonomia das pessoas privadas de liberdade sobre o que e quando comer. Dessa forma, a alimentação integra o conjunto de práticas disciplinares que organizam o cotidiano no cárcere reforçando a ideia de que a privação de liberdade implica, também, na relativização do acesso à saúde (ACKAH, 2024). Assim, compreender esses limites é fundamental para analisar como

os determinantes sociais e institucionais operam na inviabilização da plena efetivação do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade.

A insegurança alimentar no contexto prisional evidencia-se não apenas como uma questão de acesso a alimentos, mas como um determinante social da saúde que expressa e aprofunda desigualdades. Ao comprometer a qualidade da alimentação, impacta diretamente no processo saúde-doença, contribuindo tanto para o agravamento de condições crônicas quanto para a maior vulnerabilidade a doenças infecciosas. Além disso, a alimentação vai além dos fins nutricionais e de saciedade, mas simboliza também relações de poder e controle, deixando de ser compreendida como direito e passa a ser vista como ferramenta de operacionalização institucional.

Reafirma-se, assim, que os determinantes sociais da saúde, no contexto prisional, não apenas condicionam as condições de saúde, mas também estruturam as formas de acesso à saúde, evidenciando a necessidade de abordagens que considerem a complexidade e as especificidades desse cenário.

2.3 Superlotação e seus efeitos

A superlotação nas prisões é uma realidade ainda muito atual - no Brasil e em diversas partes do mundo - e representa importante determinante social da saúde. Relatórios internacionais evidenciam que uma parcela significativa dos países opera acima da capacidade oficial de suas unidades prisionais, o que compromete condições mínimas de moradia, ventilação, higiene e acesso à água potável. Esse cenário favorece a precarização do cuidado em saúde e dificulta a implementação de ações preventivas, promoção à saúde, tratamento e recuperação, ampliando vulnerabilidades já existentes (WORLD PRISON BRIEF, 2023; PENAL REFORM INTERNACIONAL, 2022).

Do ponto de vista biológico, a superlotação está diretamente associada ao aumento da transmissão de doenças infecciosas, especialmente tuberculose, infecções respiratórias, escabiose e dermatoses. A aglomeração em espaços fechados e mal ventilados cria ambientes propícios à disseminação de patógenos, além de dificultar o isolamento em situações necessárias. Estudos epidemiológicos demonstram que a incidência de tuberculose em populações privadas de liberdade pode ser múltiplas vezes superior à da população geral, sendo a superlotação nas unidades prisionais um fator determinante relevante (WHO, 2022; MARTINEZ, 2023; AON, 2025).

As consequências, contudo, não se restringem ao campo das doenças transmissíveis. A superlotação também impacta negativamente o manejo de condições crônicas, como hipertensão e diabetes, devido à dificuldade de acompanhamento contínuo. Ademais, ambientes superlotados apresentam mais conflitos interpessoais e episódios de violência, contribuindo para o aumento de traumas físicos e agravos à saúde geral (UNODC, 2022).

No âmbito da saúde mental, a superlotação intensifica sentimentos de estresse, ansiedade, irritabilidade e desesperança. A ausência de privacidade, os ruídos constantes, a insegurança e a convivência forçada em espaços reduzidos favorecem o sofrimento psíquico e estão associados a maior prevalência de depressão, transtornos de ansiedade e comportamento autolesivo. Pesquisas recentes indicam que condições estruturais adversas no cárcere, incluindo a superlotação, figuram entre os principais fatores de risco para agravamento de transtornos mentais e aumento de ideação suicida (AON, 2025; ORTH *et al.* 2025).

2.4 Rupturas e rearranjos: vínculos sociais no contexto prisional

A dinâmica dos vínculos sociais no contexto prisional constitui um elemento central para compreender os processos de saúde e adoecimento das pessoas privadas de liberdade. O encarceramento, ao impor o afastamento do convívio familiar e comunitário, tende a fragilizar ou romper relações previamente estabelecidas, produzindo descontinuidades importantes nas redes de apoio. No entanto, esse mesmo contexto também dá origem a rearranjos sociais, nos quais novos vínculos são construídos a partir das condições concretas de vida no cárcere. Assim, mais do que um espaço de ruptura, o sistema prisional se configura como um ambiente de reconfiguração das relações sociais, marcado por tensões, adaptações e estratégias de sobrevivência.

Esses processos de ruptura e rearranjo não ocorrem de forma homogênea entre homens e mulheres. No caso das mulheres privadas de liberdade, a literatura aponta maior frequência de abandono familiar e afetivo, o que favorece a construção de novos vínculos no interior da prisão como forma de suprir lacunas emocionais e de cuidado. Já entre os homens, observa-se, de modo geral, a manutenção de vínculos externos, especialmente com figuras femininas como mães e companheiras, ao mesmo tempo em que se fortalecem relações internas pautadas, muitas vezes, por códigos próprios do ambiente prisional. Essas diferenças evidenciam como o gênero atravessa as experiências de encarceramento, influenciando diretamente a forma como os vínculos são rompidos ou reconstruídos (HERMANN, 2018).

A compreensão dessas dinâmicas pode ser aprofundada à luz da teoria do vínculo social proposta por Serge Paugam, que destaca a importância das relações de pertencimento e reconhecimento para a integração social dos indivíduos. Segundo essa perspectiva, a fragilização ou ausência de vínculos contribui para processos de desfiliação social (fragilização dos vínculos sociais), marcados pela exclusão e vulnerabilidade. No contexto prisional, essa desfiliação pode ser intensificada, ao mesmo tempo em que novos vínculos emergem como tentativas de recomposição de pertencimento, ainda que em um ambiente limitado e regulado por normas próprias (FERREIRA, 2024).

Nesse cenário, a formação de novos vínculos sociais no cárcere deve ser analisada de forma crítica, uma vez que tais relações não se estabelecem em condições de plena autonomia. Muitas vezes, esses vínculos são atravessados por relações de poder, dependência e estratégias de proteção. A reorientação das práticas afetivo-sexuais, por exemplo, pode ocorrer não apenas como expressão de desejo, mas também como forma de segurança, pertencimento e sobrevivência dentro de um ambiente potencialmente violento. Assim, as relações estabelecidas no cárcere carregam ambivalências, podendo tanto oferecer suporte quanto reproduzir vulnerabilidades (FIGUEIREDO, 2020; 2022).

Dessa forma, os vínculos - sejam aqueles rompidos ou aqueles construídos no interior da prisão - exercem influência direta sobre o cuidado em saúde e o acesso aos serviços. A ausência de redes de apoio tende a dificultar o autocuidado, a adesão aos tratamentos e o reconhecimento das próprias necessidades de saúde. Por outro lado, os vínculos estabelecidos no cárcere podem favorecer a circulação de informações, o apoio emocional e o incentivo ao cuidado, ainda que também possam reforçar comportamentos de risco ou limitar a autonomia dos indivíduos. Assim, o acesso à saúde, nesse contexto, não se restringe à oferta de serviços, mas está profundamente condicionado às relações sociais que estruturam a vida no cárcere.

3 A AUSÊNCIA DA INTEGRALIDADE E DO CUIDADO AMPLIADO NO SISTEMA PRISIONAL

A integralidade do cuidado, como princípio do SUS, implica reconhecer o sujeito em sua complexidade, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de forma contínua e integrada à rede de serviços. No contexto prisional, entretanto, a materialização desse princípio encontra limitações, que dificultam o desenvolvimento de práticas de cuidado ampliado. A estruturação do serviço, as restrições operacionais da rotina

institucional e a priorização de demandas imediatas tendem a reduzir o cuidado a intervenções pontuais, com pouca inserção de ações educativas, acompanhamento longitudinal e abordagem das dimensões sociais e subjetivas da saúde. Nesse cenário, a integralidade deixa de se concretizar plenamente, evidenciando a dificuldade de construir práticas que ultrapassem o atendimento estritamente clínico e que considerem, de fato, as necessidades ampliadas das pessoas privadas de liberdade (BARBOSA, 2022).

3.1 Promoção da saúde no contexto prisional

Quando ações de promoção são implementadas, tendem a produzir efeitos positivos não apenas para as pessoas privadas de liberdade, mas também para as equipes que atuam no ambiente prisional, contribuindo para a melhoria das relações e das condições de cuidado. Uma pesquisa qualitativa realizada em um presídio masculino, em 2022, reforça essa perspectiva ao evidenciar que as atividades educativas desempenham papel relevante no fortalecimento do autocuidado, na valorização dos saberes empíricos e na formação de multiplicadores de informação em saúde entre as pessoas privadas de liberdade (NASCIMENTO *et al.*, 2022).

Ainda sobre a promoção da saúde no sistema prisional, a literacia em saúde aplica-se como uma estratégia fundamental para o fortalecimento do cuidado ampliado. Trata-se da capacidade das pessoas de acessarem, compreenderem e utilizarem informações relacionadas à saúde no seu cotidiano, indo além da simples leitura de orientações e envolvendo a interpretação e aplicação prática desse conhecimento. Em um contexto marcado por vulnerabilidades e limitações de acesso à informação, como o cárcere, baixos níveis de literacia podem comprometer a adesão a tratamentos, o reconhecimento de agravos e o desenvolvimento do autocuidado. Estudos apontam que baixos níveis de literacia em saúde entre pessoas em conflito com a lei potencializam experiências de marginalização, isolamento e estigmatização. (PARIKH *et al.*, 1996). Nesse sentido, ações educativas que promovem a literacia em saúde contribuem não apenas para a prevenção de doenças, mas também para o fortalecimento da autonomia e da capacidade de decisão das pessoas privadas de liberdade, configurando-se como um importante instrumento de promoção da saúde dentro de um cenário historicamente marcado por práticas assistencialistas e fragmentadas.

Estratégias como rodas de conversa, grupos educativos, ações de educação entre pares e atividades coletivas voltadas ao autocuidado podem ser boas ferramentas na construção de conhecimento e no fortalecimento da autonomia das pessoas privadas de

liberdade. Essas iniciativas têm a capacidade de promover a troca de saberes, valorizando, além do conhecimento técnico, as experiências vividas pelos próprios indivíduos. Ao mesmo tempo, a utilização de metodologias participativas contribui para romper com o modelo tradicional verticalizado de transmissão de informações, aproximando o cuidado de uma perspectiva mais dialógica e emancipatória.

Considerando esse amplo conjunto de estratégias de educação e promoção da saúde, é importante reconhecer que sua efetividade depende, em grande medida, da presença de sujeitos que atuam como mediadores no próprio território. Portanto, a formação de multiplicadores em saúde, especialmente por meio da educação entre pares, tem sido apontada na literatura como uma estratégia potente no ambiente prisional. Estudos evidenciam que pessoas privadas de liberdade capacitadas para atuarem como educadores contribuem para a ampliação do conhecimento em saúde, além de influenciarem atitudes e comportamentos relacionados à prevenção de agravos. Essa abordagem se mostra particularmente eficaz por ocorrer entre indivíduos que compartilham a mesma realidade, favorecendo a construção de vínculos, a utilização de uma linguagem mais acessível e a maior aceitação das informações transmitidas. Além disso, intervenções baseadas em pares têm potencial para reduzir comportamentos de risco e ampliar o acesso ao cuidado, configurando-se como uma alternativa viável diante das limitações institucionais do sistema prisional (BAGNALL *et al.*, 2015; WEIGHT, 2011).

3.2 Atenção às doenças infectocontagiosas

Embora as doenças agudas e transmissíveis sejam mais prevalentes no contexto prisional e haja mais atenção por parte da segurança e dos profissionais de saúde, o cuidado continuado ainda é precário. O manejo de algumas doenças tais como sífilis, HIV e tuberculose necessita de apoio extramuros. Adicionalmente, as barreiras logísticas para o deslocamento das pessoas privadas de liberdade em busca de atendimento especializado e exames diagnósticos configuram-se como um limitante crítico à eficácia dos tratamentos. Essa perspectiva é corroborada por um estudo de revisão integrativa (2022), o qual afirma que esses fatores podem limitar o sucesso do tratamento, ainda que sejam doenças infectocontagiosas (COSTA, 2022).

Ao lado desses desafios, no Brasil, as ações voltadas para as pessoas privadas de liberdade são concentradas, sobretudo, em tuberculose e DST/AIDS, o que acaba deixando em segundo plano outros agravos relacionados às condições de confinamento e

comprometendo a integralidade do cuidado. Em um estudo qualitativo realizado no estado do Piauí (2016), foi identificado que as ações de saúde se restringem basicamente à realização de testes para DST/AIDS e tuberculose, exames de rotina, imunizações e administração de medicamentos. Ainda assim, é importante considerar que, diante da elevada prevalência dessas doenças nessa população, a vigilância contínua se faz necessária, especialmente pelo acesso limitado aos serviços de saúde fora do ambiente prisional - realidade que também se estende a outras condições de saúde (CARVALHO, 2016).

3.3 Atenção às doenças crônicas não transmissíveis

No que se refere às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), não foram encontradas pesquisas ou estudos abrangentes que englobam a realidade do Brasil nos contextos prisionais. Contudo, estudos recentes discutem a realidade de DCNT em dois estados, onde transtornos mentais (incluindo-se uso/abuso de álcool e outras drogas); Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus 2 e Dislipidemias são as condições mais frequentes (FIGUEIREDO, 2025; SERRA, 2022).

Não foram identificados estudos longitudinais que avaliem a evolução (melhora ou piora) das DCNT após o ingresso das pessoas privadas de liberdade nas unidades prisionais. Por outro lado, há pesquisas qualitativas que abordam a percepção dessa população sobre a assistência em saúde, revelando experiências diversas, que vão desde a percepção de maior acesso e oportunidade de cuidado até relatos de dificuldades, barreiras no atendimento e limitações no acesso a tratamentos e medicações. Essas divergências acontecem, pois a assistência à saúde depende de inúmeros fatores tais como: rotinas da unidade, liderança de cada plantão da equipe de segurança, comportamento dos detentos, tipificação do crime, disponibilidade da segurança e possíveis outros fatores (CARVALHO, 2016; VIANA, 2024; NASCIMENTO, 2020).

3.4 A intersetorialidade

Os desafios para a efetivação da integralidade do cuidado às pessoas privadas de liberdade, no âmbito da PNAISP, estão relacionados não apenas às fragilidades estruturais do próprio SUS, que se intensificam no contexto prisional, mas também à desarticulação entre os processos de trabalho da saúde e da justiça, além de lacunas na formação dos profissionais envolvidos na assistência (BARBOSA, 2022).

A partir dessa desarticulação, a intersetorialidade também se torna frágil: a possível invisibilidade da população privada de liberdade dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Observa-se uma lacuna na literatura quanto à forma como a saúde prisional se insere e se articula com essa rede, considerando não apenas a população assistida, mas também as equipes de atenção primária prisional como parte dos processos de trabalho em saúde. Para além dessa ausência de estudos, destaca-se, a partir de experiências vivenciadas no campo profissional e em espaços de formação, a percepção de que os trabalhadores da saúde no sistema prisional frequentemente não são incluídos em momentos coletivos da rede, como reuniões, capacitações e espaços de planejamento em nível municipal. Essa ausência, que se expressa tanto na falta de convite, quanto na ausência de cobrança institucional, reforça a marginalização desse campo de atuação e levanta questionamentos sobre o lugar ocupado pela saúde prisional na organização da RAS. Portanto, reflete-se então que tal cenário sugere que a invisibilidade não se restringe à população privada de liberdade, mas também se estende aos próprios profissionais que atuam nesse contexto.

Um aspecto comum na literatura é a compreensão de que a realidade é composta por problemas multifacetados, que se interrelacionam e se potencializam mutuamente. Diante disso, seu enfrentamento exige respostas que ultrapassem a atuação isolada de um único setor, demandando ações articuladas entre diferentes áreas, setores e atores sociais. Nesse sentido, a intersetorialidade está diretamente associada à construção de estratégias integradas e colaborativas (BARTOS, 2023).

Para além dos desafios em rede, a baixa adesão dos municípios à PNAISP constitui um dos principais obstáculos à efetivação do direito à saúde da PPL. O avanço da assistência à saúde no sistema prisional tem se dado de forma lenta e desproporcional, possivelmente pelo fato de a adesão à PNAISP ser facultativa. O último consolidado oficial (2020) informa um número de 441 municípios nos quais há unidade prisional que aderiram à PNAISP no sistema prisional, porém, existem no Brasil 927 municípios que possuem unidade prisional em seu território (BRASIL, 2020). Destaca-se ainda que, diante do sucateamento e deterioração dos espaços prisionais, o valor do incentivo financeiro repassado à saúde no sistema prisional é irrisório, não estimulando a adesão de estados e municípios (BRASIL, 2025). Esse caráter voluntário da adesão, aliado à insuficiência dos incentivos federais, cria um cenário em que a garantia constitucional à saúde depende, na prática, de decisões políticas e orçamentárias locais frequentemente orientadas por outras prioridades.

A adesão à PNAISP pode ser pactuada tanto na esfera municipal quanto na estadual (BRASIL, 2014), cabendo a cada ente federativo a gestão das equipes de atenção primária

prisional habilitadas em seu território. Entretanto, a literatura disponível ainda não oferece estudos que discutam sistematicamente se o tipo de adesão — municipal ou estadual — produz diferenças mensuráveis na qualidade da assistência prestada ou no acesso efetivo ao cuidado pela PPL. Essa lacuna é agravada pela ausência de pesquisas que comparem unidades prisionais com equipes de saúde vinculadas à PNAISP e unidades que, embora contem com alguma cobertura assistencial, operam por meio de arranjos institucionais distintos, como quadros próprios das Secretarias de Administração Prisional ou contratos com Organizações Sociais, o que impede uma avaliação rigorosa dos efeitos específicos da política sobre os indicadores de saúde da população encarcerada.

3.5 Os profissionais do sistema prisional: burocratas de níveis de rua

Os profissionais de saúde e de segurança que atuam no sistema prisional podem ser compreendidos à luz do conceito de "burocratas de nível de rua", proposto por Michael Lipsky em sua obra original de 1980 e traduzida ao contexto brasileiro na edição de 2019. Esse conceito designa os trabalhadores responsáveis pela implementação das políticas públicas no cotidiano, que não se limitam a executar normas previamente estabelecidas, mas as interpretam, adaptam e reformulam diante das condições concretas de trabalho, frequentemente marcadas por limitações estruturais, escassez de recursos e pressões institucionais (LIPSKY, 2019). Conforme destaca Gabriela Lotta no prefácio à edição brasileira, são milhões de pessoas empregadas no setor público — professores, policiais, assistentes sociais, profissionais de saúde — que se encontram e atendem diariamente à população usuária dos serviços públicos, e é por meio desses agentes que os direitos são, ou não, adquiridos, que a eficiência é, ou não, conquistada, e que as desigualdades são, ou não, reduzidas (LIPSKY, 2019). Olhar para eles é, portanto, tarefa primordial para quem pensa e gerencia o Estado, e um locus fundamental de estudos para quem se preocupa com as políticas públicas.

No ambiente prisional, essa atuação ganha contornos ainda mais complexos, uma vez que se desenvolve em um cenário atravessado por normas de segurança, escassez de recursos e, por vezes, por concepções morais sobre a população assistida. Dessa forma, a efetivação do direito à saúde não depende exclusivamente das diretrizes formais da política, mas também das escolhas, percepções e possibilidades de ação desses profissionais no cotidiano do cuidado. No ambiente prisional, marcado por estigmas e preconceitos, esses elementos

subjetivos tendem a ter ainda mais peso, podendo interferir diretamente na efetivação das ações em saúde (BARTOS, 2023).

No contexto prisional, os burocratas de níveis de rua exercem um papel central na implementação das políticas, pois lidam diretamente com as demandas dos usuários e com as limitações do contexto em que estão inseridos. Nesse processo, a discricionariedade - entendida como a margem de decisão e autonomia presente na prática cotidiana - torna-se um elemento fundamental, já que permite que esses burocratas interpretam, adaptem e, por vezes, redefinem a forma como a política é aplicada (BONELLI *et al.*, 2019).

Embora os profissionais de saúde possam ser compreendidos como burocratas de nível de rua em uma perspectiva geral, a literatura indica que sua autonomia no contexto prisional é limitada, estando, em muitos casos, subordinada às demandas da segurança institucional e à predominância do modelo biomédico, especialmente no campo da enfermagem (COSTA, 2023). Contudo, a questão que se coloca aqui, é mais específica e complexa: no ambiente prisional, onde os Agentes da Segurança Pública (ASP) detêm prerrogativas institucionais de controle sobre os corpos e os movimentos das pessoas encarceradas, os profissionais de saúde ainda conseguem exercer o papel de burocratas de nível de rua de forma autônoma?

Diante disso, questiona-se se existiriam diferentes graus de discricionariedade entre esses profissionais, a depender das condições institucionais, do contexto de trabalho e das relações estabelecidas no ambiente. Ou ainda, se o profissional de saúde no sistema prisional seria um convidado indesejado ou melhor, um intruso no cárcere? Já que podemos ter grupos diferentes de burocratas de níveis de rua atuando simultaneamente em um mesmo contexto, como é o caso do sistema prisional.

A discricionariedade dos profissionais de saúde no sistema prisional não ocorre de forma totalmente autônoma, pois está condicionada às regras e dinâmicas de segurança definidas pelos ASPs. Embora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) estabeleça diretrizes para garantir o cuidado em saúde nas prisões, sua execução depende diretamente dos trabalhadores responsáveis por colocá-la em prática. Nesse contexto, valores, percepções e interpretações individuais influenciam as decisões tomadas no cotidiano das unidades prisionais (USP, 2023).

Além disso, existe uma diferença de poder entre os profissionais da saúde e os ASPs. Enquanto a equipe de saúde possui atribuições técnicas voltadas ao cuidado, os ASPs controlam a circulação interna da unidade, o acesso às celas e o deslocamento das pessoas privadas de liberdade. Assim, muitas ações da saúde dependem, antes, das decisões tomadas

pela segurança prisional. Um exemplo disso ocorre quando presos deixam de comparecer a consultas ou exames externos pela dificuldade para escoltas, mostrando que a continuidade do cuidado nem sempre depende apenas da avaliação do profissional de saúde, mas também dos condicionantes do sistema da segurança (CREMPESP, 2017).

A atuação simultânea dos profissionais de segurança e de saúde no ambiente prisional é marcada por tensões constantes, já que cada grupo atua a partir de objetivos e práticas diferentes. De um lado, prevalece a lógica da disciplina e do controle; de outro, a proposta de cuidado e garantia de direitos. Nesse contexto, as condições precárias de trabalho, somadas aos julgamentos morais direcionados às pessoas privadas de liberdade, contribuem para a desvalorização do direito à saúde dessa população. Muitas vezes, a negligência estatal em relação à assistência em saúde no cárcere acaba sendo naturalizada e sustentada pelo próprio caráter punitivo da prisão (MARTINS & DIAS, 2018).

Esse aspecto demonstra que a lógica disciplinar presente na atuação dos ASPs interfere diretamente nas ações de saúde dentro do sistema prisional. O cuidado em saúde, muitas vezes, passa por mecanismos de controle e restrições definidos pela segurança, o que limita sua execução. Um exemplo dessa tensão aparece no estudo de Martins e Dias (2018), no qual uma profissional de saúde questiona a necessidade de determinadas práticas adotadas pelos Agentes de Segurança Penitenciária. Esse posicionamento revela a existência de diferentes interpretações, dentro do próprio sistema prisional, sobre a forma como as PPLs devem ser tratadas, evidenciando conflitos entre a lógica do cuidado e a lógica disciplinar (MARTINS & DIAS, 2018).

Seria, porém, um equívoco analítico e reduzir os profissionais de saúde a vítimas passivas da lógica securitária. Como burocratas de nível de rua, eles também carregam suas próprias perspectivas e preconceitos. A atuação dos profissionais de saúde, é influenciada pelos contextos políticos, institucionais, e também por seus próprios referenciais, os quais envolvem interesses e concepções ideológicas (BARTOS, 2023).

Sendo assim, a discricionariedade do profissional de saúde não é neutra. Ela pode ampliar ou restringir o acesso ao cuidado conforme os referenciais morais de quem a exerce, o que significa que a negação de assistência pode prescindir da interferência dos ASPs, sendo produto da própria escolha do profissional, ainda que nem sempre consciente. Isso revela que a dimensão ética da atuação burocrática é tão determinante no campo da saúde quanto no campo da segurança.

Essa reflexão permite concluir que os profissionais de saúde exercem, sim, o papel de burocratas de nível de rua no sistema prisional, mesmo com a presença dos ASPs — mas o

fazem em condições de autonomia estruturalmente constrangida. Sua discricionariedade opera em uma segunda camada, posterior e dependente da primeira camada de controle exercida pelos agentes de segurança. Isso torna o contexto prisional um caso especialmente revelador das limitações do conceito de Lipsky quando aplicado a ambientes de total instituição, onde a lógica do controle é soberana, a lógica do cuidado nunca é plenamente autônoma.

4 POLÍTICAS QUE NÃO ALCANÇAM: O DIREITO À SAÚDE NO CÁRCERE

Existem pessoas que têm suas escolhas limitadas dentro de um leque fechado, e as políticas públicas podem expandir esse leque. Porém, nem sempre a criação de políticas públicas sociais pode suprir as necessidades do público em questão. A pseudo implementação revela desafios e entraves que vão além da simples execução, atravessando preconceitos, burocracias, agentes de outros setores, entre outros.

Na literatura internacional, utiliza-se o termo *wicked problems* - traduzido livremente como “problemas perversos” - para designar fenômenos complexos, de difícil resolução, que envolvem múltiplas dimensões interligadas, como questões sociais, econômicas, jurídicas, ambientais e técnicas. Esses problemas não se resolvem por meio de respostas lineares ou intervenções de curto prazo, justamente por sua natureza dinâmica e multifacetada (CRILLY, 2025). Ainda assim, é possível atuar na mitigação de seus efeitos, especialmente por meio de intervenções na micropolítica do cuidado e da gestão, buscando reduzir seus impactos e produzir mudanças possíveis dentro das limitações do contexto.

Sob essa perspectiva, a efetivação da PNAISP pode ser compreendida como um *wicked problem*, na medida em que sua implementação depende da articulação entre diferentes setores, como saúde, justiça e segurança pública, além de estar condicionada a fatores estruturais, institucionais e simbólicos. A complexidade do ambiente prisional, marcada por superlotação, escassez de recursos, rotinas rígidas e conflitos de interesses entre cuidado e segurança, dificulta a concretização dos princípios do SUS. Nesse cenário, a política existe enquanto diretriz normativa, mas sua materialização ocorre de forma desigual, atravessada por múltiplas barreiras que exigem soluções intersetoriais e contínuas, mais voltadas à redução de danos (o que já é um ganho quando realizado) do que à resolução plena dos problemas.

Além disso, a formulação e implementação de políticas públicas voltadas ao sistema prisional também são influenciadas pela forma como a população em geral percebe as pessoas privadas de liberdade. Frequentemente atravessadas por discursos punitivistas e moralizantes,

essas políticas podem ser vistas como concessão de privilégios, e não como garantia de direitos fundamentais. Essa percepção social impacta diretamente o investimento, a priorização e o apoio às ações no âmbito da saúde prisional, reforçando sua invisibilidade dentro da agenda pública. Assim, o desafio não se restringe à criação de políticas, mas envolve também a disputa de sentidos sobre o direito à saúde no cárcere, em um contexto no qual preconceitos e estigmas ainda orientam, de forma significativa, as decisões institucionais e sociais.

Diante de todo o exposto é possível compreender que o fazer em saúde dentro do cárcere vai além da implementação das políticas públicas, do fazer profissional e da relação profissional-paciente. O contexto prisional configura um espaço marcado pelo “*vigiar e punir*” e entraves simbólicos que dão à saúde outros significados distintos daqueles observados em outros contextos sociais.

Sob essa perspectiva, a forma como a sociedade historicamente se relaciona com a população privada de liberdade pode ser analisada à luz das reflexões de Michel Foucault, especialmente em sua obra *Vigiar e Punir* (1975). Na idade média, as prisões eram marcadas por punições públicas, a exposição do corpo supliciado fazia parte de uma estratégia de demonstração do poder do soberano, que utilizava a punição como uma forma de exemplo aos demais e restabelecimento da ordem social. Ao longo dos séculos XVIII e XIX, o foco da punição transitou da aplicação pública de castigos corporais para a regulação e correção dos comportamentos dos indivíduos, evidenciando uma mudança na maneira como o poder se manifestava sobre os corpos. A punição deixou de ser um espetáculo visual para se tornar uma operação invisível, regulada por normas e práticas jurídicas, e voltada para o aprimoramento moral e social dos indivíduos.

Portanto, os espaços prisionais teriam o objetivo de reabilitação social e correção por meio das medidas disciplinares e controles comportamentais. Ao estabelecer um paralelo com o campo da saúde no sistema prisional, é possível compreender que o cuidado em saúde ofertado para o detento é visto como um benefício quando este vai além da prática curativista. Nesse sentido, ações de promoção da saúde, práticas integrativas, atendimentos odontológicos e psicológicos, por exemplo, podem ser percebidos não como direitos, mas como concessões. Tal compreensão reflete uma herança histórica e cultural em que o exercício do poder sobre os corpos - inclusive no que diz respeito ao acesso à saúde - ainda se manifesta de forma desigual, reproduzindo, em novas configurações, a lógica descrita por Foucault.

Enquanto Foucault discute sobre o controle de corpos, Achille Mbembe (2006) discute sobre a morte desses corpos, ou seja, a necropolítica² é capaz de decidir quem morre, como morre e quando morre. Para Mbembe, é possível compreender que certas mortes não são eventos isolados ou acidentais, mas resultado de processos sociais e políticos que expõem determinadas populações a condições de vida que aumentam significativamente o risco de morrer. Assim, o contexto prisional evidencia não apenas desigualdades no adoecimento, mas a própria determinação social da morte, na qual certas vidas são sistematicamente desvalorizadas e mais suscetíveis a desfechos evitáveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho não foi esgotar todas as temáticas que envolvem o sistema prisional, mas lançar mão sobre questões centrais que envolvem, a partir do conceito ampliado de saúde, o contexto do cárcere. Ao longo da discussão, buscou-se compreender como o acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade é atravessado por desafios estruturais, limites institucionais e dimensões simbólicas que, muitas vezes, dificultam a efetivação desse direito.

Foi possível compreender que o sistema prisional não apenas reproduz, mas também aprofunda as desigualdades sociais já existentes, evidenciando os limites de uma análise restrita aos DSS quando estes são tratados de forma fragmentada. Condições como superlotação, insegurança alimentar, fragilização dos vínculos sociais e desarticulação da rede de atenção à saúde não devem ser entendidas como fatores isolados, mas como expressões de um processo mais amplo de determinação social, que estrutura de forma desigual as condições de vida e de acesso a direitos. Assim, o processo saúde-doença das pessoas privadas de liberdade é diretamente impactado por essas determinações, resultando em barreiras ao cuidado integral e na manutenção de práticas assistenciais ainda centradas na doença.

Observa-se que a PPL se encontra inserida em um processo contínuo de vulnerabilização, que antecede o encarceramento e se intensifica no interior das prisões. Ainda que haja a PNAISP e os ASPs, no cotidiano, ainda persistem situações de invisibilidade, seja em sociedade, seja dentro das RAS (tanto PPL quanto os próprios profissionais de saúde), ou seja intramuros.

² **Necropolítica**: conceito utilizado por Achille Mbembe para descrever as formas de exercício do poder que têm como centro a capacidade de decidir sobre a vida e a morte. Trata-se de uma ampliação da ideia de biopolítica, na medida em que não se limita à gestão da vida, mas evidencia que o poder também se manifesta na produção da morte (MBEMBE, 2006).

Nesse sentido, a análise foucaultiana do poder disciplinar permanece incontornável: a prisão não é apenas um espaço de punição, mas um dispositivo que organiza corpos, distribui vulnerabilidades e define, de forma assimétrica, quem tem acesso ao cuidado. Quando esse poder se sobrepõe à lógica da saúde, o que se produz não é apenas ausência de assistência, é também uma forma ativa de exposição ao adoecimento e à morte. É precisamente aí que a necropolítica interpela este debate de forma inescapável: a naturalização do adoecimento e da morte precoce no interior das prisões brasileiras, concentradas majoritariamente em corpos jovens e pobres, não pode ser lida como negligência administrativa, deve ser nomeada como uma escolha política sobre quais vidas são consideradas descartáveis.

Questiona-se, então: por que uma política como a PNAISP, instituída há mais de uma década, ainda encontra tantos obstáculos para se consolidar? A análise dos profissionais de saúde como burocratas de nível de rua oferece parte da resposta: a política não se efetiva por decreto, mas se constrói — ou se desfaz — nas decisões discricionárias e nas relações de poder que atravessam o espaço prisional. Enquanto o julgamento moral sobre quem merece ser tratado persistir como critério implícito de acesso, e enquanto os profissionais sem autonomia institucional garantida, o direito à saúde da população encarcerada permanecerá como promessa formal, e não como realidade vivida. Nesse cenário, o letramento em saúde emerge não como solução suficiente, mas como dimensão necessária: uma população que não compreende seus direitos, não reconhece seus agravos e não consegue navegar pelos serviços disponíveis é uma população ainda mais vulnerável à discricionariedade daqueles que detêm o poder de conceder ou negar o cuidado. Da mesma forma, a educação em pares revela seu potencial como estratégia de resistência intramuros, não para substituir o dever do Estado, mas para criar espaços de circulação de informação, de solidariedade e de exercício de cidadania.

O estudo apresenta limitações inerentes, por se tratar de uma revisão narrativa de literatura, sem recorte temporal definido e dependente da disponibilidade de produções científicas sobre os temas abordados. Destaca-se, ainda, a escassez de estudos que explorem de forma aprofundada a organização da saúde prisional inserida na RAS, bem como estudos que trazem os impactos das condições de encarceramento. No entanto, tais limitações também evidenciam lacunas importantes no campo do conhecimento, reforçando a relevância deste trabalho ao propor uma análise crítica e integrada sobre o acesso à saúde no sistema prisional.

O que este estudo deixa como legado não é uma resposta definitiva, mas um conjunto de perguntas que não podem ser ignoradas. É urgente ampliar as pesquisas sobre a implementação da PNAISP no contexto do SUS, especialmente na interface entre gestão

municipal e as equipes vinculadas às Secretarias de Justiça e Segurança Pública. É necessário investigar, com rigor metodológico, os impactos diferenciados dos modelos de provisão de cuidado sobre os indicadores de saúde da população privada de liberdade. E é inadiável incorporar, nos processos formativos de policiais penais e demais profissionais que habitam esses espaços, o conceito ampliado de saúde. Não como exigência burocrática, mas como condição ética para quem exerce poder sobre corpos e vidas. Afinal, se a prisão faz parte da sociedade, como afirma a literatura, então o que acontece dentro de seus muros diz algo sobre quem somos como sociedade e quem escolhemos ser.

6 REFERÊNCIAS

- ACKAH, Q. O.; COURT, X.; KENNEDY, T.; MANOLEEHAGUL, N.; SILVA, S. Food behind bars: using food as a means of punishment and as a measure of control in prison. *OxJournal*, [S. l.], 2024. Disponível em: <https://www.oxjournal.org/food-behind-bars/>. Acesso em: 6 abr. 2026.
- AON, M.; OBERCONZ, S.; BRASHOLT, M. The association between health and prison overcrowding: a scoping review. *BMC Public Health*, v. 25, n. 1, p. 2218, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23340-9>.
- AQUINO, L. C. D. de; CRUZ, D. T. da. Encarceramento feminino e bases legais da atenção à saúde da mulher privada de liberdade no Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, e31040071, 2023. DOI: 10.1590/1414-462X202331040071. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331040071>. Acesso em: 27 mar. 2026.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS (ALMG). Projeto de lei RQN 8123/2024. Belo Horizonte, 2024. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/projetos-de-lei/RQN/8123/2024>. Acesso em: 11 abr. 2026.
- AUDI, C.; SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M.; ASSUMPÇÃO, D.; FRANCISCO, P. *et al.* Ultra-processed foods consumption among inmates in a women's prison in São Paulo, Brazil. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, v. 20, n. 3, p. 87–94, set./dez. 2018.
- BAGNALL, A. M. et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC Public Health*, v. 15, p. 290, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1584-x>.
- BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. de M.; OLIVEIRA, L. V.; COSTA, G. M. C. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 517–524, out. 2022. DOI: 10.1590/1414-462X202230040603. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040603>. Acesso em: 27 mar. 2026.
- 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 intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 4, p. 1131–1138, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.08962022>.
- BONELLI, F., FERNANDES, A. S. A., COÊLHO, D. B., & PALMEIRA, J. D. S.. (2019). A atuação dos burocratas de nível de rua na implementação de políticas públicas no Brasil: uma proposta de análise expandida. *Cadernos EBAPE.BR*, 17(spe), 800–816. <https://doi.org/10.1590/1679-395177561>
- BORDE, E.; FERREIRA, K.; MORAIS, L. Determinação social da morte: sobre a vulnerabilização e inviabilização de vidas, necropolítica e indiferença. *Aceno - Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, v. 11, 2024. DOI: 10.48074/aceno.v11i25.17677.
- BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. de S. Uma análise crítica da abordagem dos determinantes sociais da saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 106, p. 841–854, jul. 2015. DOI:

10.1590/0103-1104201510600030023. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>. Acesso em: 27 mar. 2026.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1984.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Coordenação de Saúde do DEPEN. Nota Técnica n.º 23/2020/COS/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ. Processo nº 08016.006867/2020-63. Interessado: DEPEN. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). Levantamento de Informações Penitenciárias (18º ciclo, 1º semestre de 2025). Brasília, DF: SENAPPEN/MJSP, 2025. Disponível em:
<https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 27 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 7.799, de 20 de agosto de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 e a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, bem como revoga a Portaria GM/MS nº 5.668, de 1º de novembro de 2024, para dispor sobre a metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o incentivo financeiro federal de custeio das equipes de Consultório na Rua (eCR) e equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), e dispor sobre os eixos temáticos do componente de qualidade para as equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, ed. 158, p. 97, 21 ago. 2025.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: SciELO – Physis. Acesso em: 26 maio 2026.

CARVALHO, L. E. S.; SOUSA, P. C. P.; VELOSO, M. V.; LUZ, V. L. E. de S.; FEITOSA, V. C. Percepção de detentos sobre a assistência à saúde em um presídio estadual. *Revista Interdisciplinar*, v. 9, n. 4, p. 79–88, 2016.

COLEMAN-JENSEN, A. et al. Household food security in the United States in 2020. Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, 2021. (ERR-298). Disponível em: <https://ers.usda.gov/publications/pub-details?pubid=102075>. Acesso em: 27 mar. 2026.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Assistência à saúde atrás das grades - Para presidiários e presidiárias, assistência está submetida a normas legais e códigos de um universo paralelo*. Revista Ser Médico, São Paulo, Edição 80 -Julho/Agosto/Setembro de 2017. Disponível em:

https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=926&utm_source=chatgpt.com . Acesso em: 26 maio 2026.

COSTA, M. C.; MANTOVANI, M. F.; MIRANDA, F. M. D. A.; PAES, R. G.; SOUZA, T. N. de. Política de saúde prisional brasileira: uma revisão integrativa. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, [S. l.], v. 11, n. 4, p. 103–125, 2022. DOI: 10.17566/ciads.v11i4.936. Disponível em: <https://prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/936>. Acesso em: 27 mar. 2026.

COSTA, M. C.; MANTOVANI, M. F.; MIRANDA, F. M. D. A.; SANTOS, V. S. dos; KONCZYCKI, B. S. Enfermagem nas prisões, uma prática de atenção básica em saúde: revisão narrativa. *Ciencia y Enfermería, Concepción*, v. 29, e06, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.29393/ce29-6epmb50006>. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532023000100301&lng=en. Acesso em: 12 abr. 2026.

CRILLY, N. Wicked problems: flexible characterizations and visual representations. *She Ji: The Journal of Design, Economics, and Innovation*, v. 11, n. 1, p. 31–60, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sheji.2025.01.002>

FERREIRA, L. P. Uma teoria do vínculo social: a sociologia de Serge Paugam. *Tempo Social*, v. 36, n. 1, p. 311–318, 2024. DOI: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2024.216673>.

FERREIRA, M. R. L. et al. Determinantes sociais da saúde e desfecho desfavorável do tratamento da tuberculose no sistema prisional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 12, p. 4451–4459, dez. 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022712.08632022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022712.08632022>. Acesso em: 27 mar. 2026.

FIGUEIREDO, A. C. C.; CUNHA, M. I. da; STENGEL, M. Relacionamentos afetivo-sexuais de mulheres encarceradas em presídios mistos brasileiros. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 42, e239033, p. 1–12, 2022.

FIGUEIREDO, A. C. C.; GRANJA, R. P. G. Laços familiares e afetivo-sexuais de mulheres nas prisões brasileiras e portuguesas. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 20, n. 3, p. 1–12, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692020000300006. Acesso em: 12 abr. 2026.

FIGUEIREDO, T. M.; SALINA, M. V. J.; DECHANDT, E. M.; DE OLIVEIRA, L. M.; RIVAS, M. C. da S. R. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em população privada de liberdade em uma penitenciária estadual. *Aracê*, [S. l.], v. 7, n. 6, p. 30535–30548, 2025. DOI: 10.56238/arev7n6-085. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/5740>. Acesso em: 12 abr. 2026.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2019.

HERMANN, D. Mulheres encarceradas e o rompimento de laços sociais: um estudo sobre mulheres presas por crimes relacionados ao tráfico de drogas. 2018. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre, 2018.

INSTITUTE FOR CRIME & JUSTICE POLICY RESEARCH (ICPR). World Prison Brief data: occupancy level. *Londres: World Prison Brief*, [s. d.]. Disponível em: https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/occupancy-level?field_region_taxonomy_tid=All. Acesso em: 27 mar. 2026.

LIPSKY, M. Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Tradução: Artur Eduardo Moura da Cunha. Brasília, DF: ENAP, 2019. 430 p. Edição expandida do 30º aniversário.

MARTINEZ, L.; WARREN, J. L.; HARRIES, A. D.; CRODA, J.; ESPINAL, M. A.; LÓPEZ OLARTE, R. A. *et al.* Global, regional, and national estimates of tuberculosis incidence and case detection among incarcerated individuals from 2000 to 2019: a systematic analysis. *The Lancet Public Health*, v. 8, p. e511–e519, jul. 2023.

MARTINS, T. P.; DIAS, C. C. N. A atuação do agente penitenciário como burocrata de nível de rua: para além da discricionariedade. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 8, n. 1, p. 662-683, 2018. Disponível em: [Revista Brasileira de Políticas Públicas](#). Acesso em: 26 maio 2026.

MBEMBE, A. Nécropolitique. *Raisons politiques*, n. 21, p. 29–60, 2006. DOI: <https://doi.org/10.3917/rai.021.0029>.

MOZAFFARIAN, D.; FLEISCHHACKER, S.; ANDRÉS, J. R. Prioritizing food security in the United States. *JAMA*, [S. l.], v. 325, n. 16, p. 1605–1606, 2021. DOI: 10.1001/jama.2021.1915.

NASCIMENTO, G. C. R. do; SILVA, S. A. da; SILVA, G. C. da; ROCHA, M. V. C.; OLIVEIRA, K. C. P. do N. Atrás das grades: efeitos causados pelo encarceramento em homens privados de liberdade e ações de promoção da saúde dentro do sistema prisional. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 11, n. 9, e23011931608, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i9.31608. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/31608>. Acesso em: 11 abr. 2026.

NASCIMENTO, S. B. do; SOUZA, A. T. da S.; PEREIRA, M. dos S.; CARVALHO, J. R. de M.; SILVA, A. V. F. da. Além das grades: percepção de mulheres encarceradas acerca das condições de saúde. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, v. 18, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v18i2.1374>

ORTH, G. M. N.; SERPELONI, F.; ANDRADE, T. A.; RABE, E. M.; MOURA, A. A. A. de; ASSIS, S. G. de. Mental disorders in adults deprived of liberty in American countries: a scoping review. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 41, n. 9, e00200624, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN200624>.

PARIKH, N. S.; PARKER, R. M.; NURSS, J. R.; BAKER, D. W.; WILLIAMS, M. V. Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling*, v. 27, n. 1, p. 33–39, jan. 1996. DOI: 10.1016/0738-3991(95)00787-3.

PENAL REFORM INTERNATIONAL. Global Prison Trends 2022. Londres: Penal Reform International, 2022. Co-publicado com: *Thailand Institute of Justice*. Disponível em: <https://www.penalreform.org>. Acesso em: 9 abr. 2026.

PENAL REFORM INTERNATIONAL; THAILAND INSTITUTE OF JUSTICE. Global Prison Trends 2022. Londres: PRI, 2022. Disponível em: <https://www.penalreform.org/global-prison-trends-2022/>. Acesso em: 27 mar. 2026.

PENNSYLVANIA PRISON SOCIETY. Press release: food report. Hungry and Malnourished: Food Service in the Pennsylvania Department of Corrections. News [S. l.], 2024. Disponível em: <https://www.prisonsociety.org/in-the-news/press-release-food-report>. Acesso em: 6 abr. 2026.

SERRA, R. M.; RIBEIRO, L. C.; FERREIRA, J. B. B.; SANTOS, L. L. dos. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no sistema prisional: um desafio para a saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 12, p. 4475–4484, dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10072022>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10072022>. Acesso em: 11 abr. 2026.

SOARES, A. A. M.; CASTRO, G. M. de O.; ALMEIDA, I. E. M. de; MONTEIRO, L. A. S.; TORRES, L. M. Vivências da equipe de enfermagem no cotidiano do sistema penal. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 34, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/34815>. Acesso em: 27 mar. 2026.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). Apac: a dignidade como ferramenta de recuperação do preso. *Notícias, Secretaria de Comunicação Social*. Brasília, DF, 23 out. 2022. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2022/23102022-Apac-a-dignidade-como-ferramenta-de-recuperacao-do-preso.aspx>. Acesso em: 27 mar. 2026.

THE LANCET PUBLIC HEALTH. Promoting health beyond prison walls. *The Lancet Public Health*, v. 7, n. 7, p. e573, jul. 2022. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00141-4.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Current trends, key challenges and human rights. Viena, 2019. Disponível em: <https://www.unodc.org/e4j/en/crime-prevention-criminal-justice/module-6/key-issues/2--current-trends--key-challenges-and-human-rights.html>. Acesso em: 9 abr. 2026.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Burocracia impede que políticas públicas de saúde cheguem aos presídios brasileiros*. Jornal da USP, São Paulo, 2023. Disponível em: [Jornal da USP](https://jornal.usp.br). Acesso em: 26 maio 2026.

VIANA, L. V. N. A percepção dos serviços de saúde pelas grades de uma penitenciária. 2024. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024.

WOHLIN, C. Guidelines for snowballing in systematic literature studies. In: Proceedings Of The 18th International Conference On Evaluation And Assessment In Software Engineering (Ease '14). Londres: ACM, 2014. p. 1–10. DOI: 10.1145/2601248.2601268.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Tuberculosis in prisons. In: Global Tuberculosis Report 2023. Genebra: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023/featured-topics/tb-in-prisons>. Acesso em: 9 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World report on social determinants of health equity. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381152/9789240107588-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 mar. 2026.

WORLD PRISON BRIEF. World Prison Brief data. London: *Institute for Crime & Justice Policy Research*, [s. d.]. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/occupancy-level>. Acesso em: 8 abr. 2026.

WRIGHT, N.; BLEAKLEY, A.; BUTT, C.; CHADWICK, O.; MAHMOOD, K.; PATEL, K. *et al.* Peer health promotion in prisons: a systematic review. *International Journal of Prisoner Health*, v. 7, n. 4, p. 37–51, 2011. DOI: 10.1108/17449201111256899.