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

DJANAINE BRANT VILELA

TERRITORIALIZAÇÃO E SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: INFLUÊNCIAS DO AMBIENTE CARCERÁRIO NA PRODUÇÃO DA SAÚDE E DO ADOECIMENTO DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE.

Belo Horizonte
2026

Djanaine Brant Vilela

TERRITORIALIZAÇÃO E SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: INFLUÊNCIAS DO AMBIENTE CARCERÁRIO NA PRODUÇÃO DA SAÚDE E DO ADOECIMENTO DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE.

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. Ma. Giselle Bianca Tófoli

Belo Horizonte

2026

V695t

Vilela, Djanaine Brant.

Territorialização e saúde no sistema prisional: influências do ambiente carcerário na produção da saúde e do adoecimento da população privada de liberdade. /Djanaine Brant Vilela . - Belo Horizonte: ESP-MG, 2026.

43 f.

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

Orientador(a): Giselle Bianca Tófoli.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Prisional. 2. Sistema Prisional. 3. Territorialização. 4. Saúde do Homem. 5. Enfermagem. I. Tófoli, Giselle Bianca. 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).

Djanaine Brant Vilela

TERRITORIALIZAÇÃO E SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: INFLUÊNCIAS DO AMBIENTE CARCERÁRIO NA PRODUÇÃO DA SAÚDE E DO ADOECIMENTO DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE.

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. Giselle Bianca Tofoli – SES/MG (Orientadora)

_____

Profa. Dra. – Luciana Souza d'Ávila – ESP-MG (Banca Examinadora)

_____

Profa. Ma. Bruna Dias Tourinho – SES/MG (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 24 de abril de 2026

RESUMO

Este trabalho aborda a saúde no sistema prisional, trazendo como relevância o perfil desta população, partindo da compreensão do território como elemento que influencia a produção da saúde, o adoecimento e a adesão ao tratamento pela população privada de liberdade. O estudo tem como objetivo analisar, a partir da vivência profissional da autora, como os elementos territoriais presentes na unidade prisional interferem nas condições de saúde e no cuidado prestado às pessoas privadas de liberdade, com ênfase na população masculina. Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-reflexivo, desenvolvido com base na atuação profissional da autora como enfermeira no Presídio de Prata-MG e na Unidade Básica de Saúde Cruzeiro do Sul, no período de abril de 2023 a maio de 2025. A experiência foi articulada à análise de textos, documentos normativos e artigos científicos relacionados à saúde prisional, à Atenção Primária à Saúde, à territorialização, à vigilância sanitária e à saúde do homem. A vivência permitiu observar que o ambiente prisional apresenta fatores de risco específicos, como superlotação, condições sanitárias inadequadas, restrição de circulação, dificuldades logísticas, rotatividade dos internos e limitação na continuidade do cuidado. Por outro lado, identificou-se que o cárcere também pode favorecer o acesso de alguns homens a ações de saúde antes negligenciadas, como vacinação, consultas, exames, ações educativas e acompanhamento odontológico. Conclui-se que a saúde prisional deve ser fortalecida por meio da integração entre o sistema prisional e a rede de atenção do Sistema Único de Saúde, com ampliação das equipes, qualificação profissional, ações intersetoriais e garantia do cuidado integral, humanizado e contínuo às pessoas privadas de liberdade.

Palavras-chave: saúde prisional; sistema prisional; territorialização; saúde do homem; enfermagem.

ABSTRACT

This study addresses health in the prison system based on the understanding of territory as an element that influences health production, illness, and adherence to treatment among people deprived of liberty. The objective of this study was to analyze, based on the author's professional experience, how the territorial elements present in the prison unit interfere with health conditions and health care provided to people deprived of liberty, with emphasis on the male population. This is an experience report with a qualitative, descriptive-reflective approach, developed from the author's professional practice as a nurse at the Prata Prison Unit, in Minas Gerais, and at the Cruzeiro do Sul Primary Health Care Unit, from April 2023 to May 2025. The experience was linked to the analysis of texts, normative documents, and scientific articles related to prison health, Primary Health Care, territorialization, health surveillance, and men's health. The experience made it possible to observe that the prison environment presents specific risk factors, such as overcrowding, inadequate sanitary conditions, restricted circulation, logistical difficulties, turnover of inmates, and limitations in the continuity of care. On the other hand, it was identified that imprisonment may also favor access for some men to health actions previously neglected, such as vaccination, consultations, exams, educational activities, and dental care follow-up. It is concluded that prison health must be strengthened through integration between the prison system and the Brazilian Unified Health System care network, with expansion of health teams, professional qualification, intersectoral actions, and the guarantee of comprehensive, humanized, and continuous care for people deprived of liberty.

Keywords: prison health; prison system; territorialization; men's health; nursing.

.

LISTA DE FIGURA

Imagem 1 – Relação as celas físicas e à prisão domiciliar em relação ao mapa de distribuição da população.....10
Imagem 2 – Distribuição da população por tipo de cumprimento de pena 10
Imagem 3 – Relação as celas físicas e à prisão domiciliar em relação ao mapa de distribuição da população.....11
Imagem 4 – Distribuição da população por tipo de cumprimento de pena 11

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Quadro 1 - Síntese da experiência.....36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária à Saúde

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

eAPP – Equipe de Atenção Primária Prisional

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

INFOPEN – Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

LEP – Lei de Execução Penal

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

SEJUSP/MG – Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais

SENAPPEN – Secretaria Nacional de Políticas Penais

SISDEPEN – Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9
1.1 OBJETIVOS 14
1.1.2 Objetivo geral 14
1.1.3 Objetivos específicos 14

2 PROBLEMA DE PESQUISA 15

3 REFERENCIAL TEÓRICO 16
3.1 Saúde no sistema prisional 16
3.2 Territorialização da saúde.....20
3.3 Vigilância sanitária no território prisional: risco e proteção à saúde 23
3.4 Influência do encarceramento à saúde do homem em privação de liberdade 25

4 METODOLOGIA 29

5 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA 30

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO 32

7 SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA 35

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 39

REFERÊNCIAS 41

1. INTRODUÇÃO

No contexto da privação de liberdade, torna-se fundamental reforçar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas voltadas à redução de riscos e agravos à saúde. Esse princípio está previsto na Constituição Federal de 1988 e orienta a organização das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito do sistema prisional, esse direito foi fortalecido com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída em 2014 com o objetivo de ampliar o acesso dessa população às ações e serviços de saúde, promovendo atenção integral no contexto do encarceramento (BRASIL, 2014; REGO; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2025).

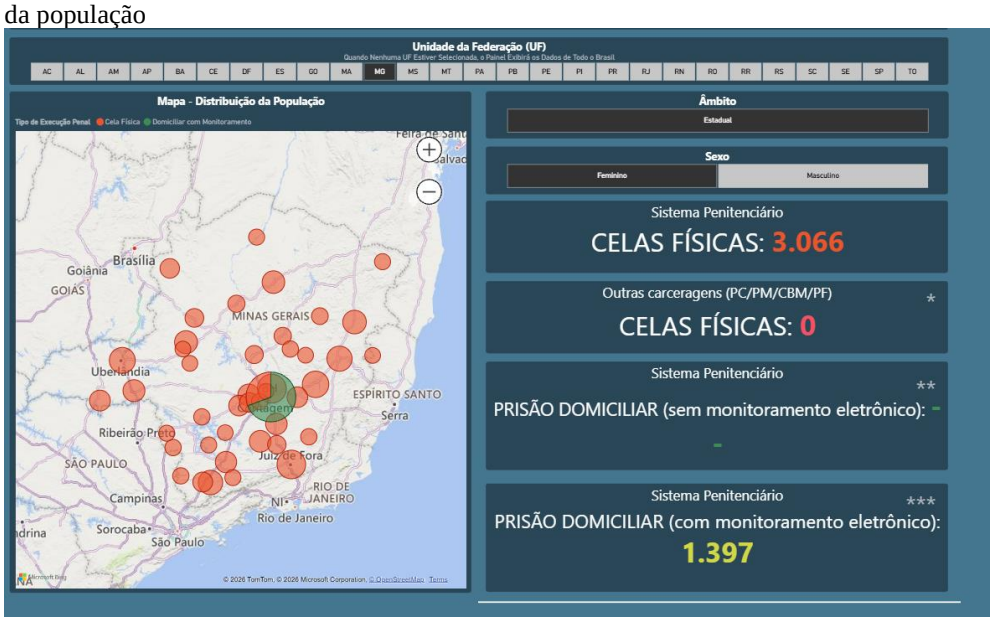
A sociedade brasileira é marcada por profundas desigualdades sociais, que se refletem diretamente nas condições de saúde da população. Essas desigualdades tornam-se ainda mais evidentes quando se trata da população privada de liberdade, cujas condições de vida são frequentemente marcadas por vulnerabilidades sociais, econômicas e estruturais. No sistema prisional, a garantia de direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde, apresenta inúmeros desafios, especialmente quando se considera a organização das instituições prisionais e as limitações estruturais que permeiam esse contexto.

Outro aspecto relevante refere-se ao perfil da população carcerária brasileira, composta predominantemente por homens. Estudos indicam que a população masculina apresenta menor procura pelos serviços de saúde quando comparada às mulheres, além de maior resistência à adoção de práticas de cuidado e prevenção. Esse comportamento está frequentemente associado a construções sociais relacionadas às masculinidades, nas quais o homem é culturalmente percebido como invulnerável, dificultando o reconhecimento de suas necessidades de saúde e contribuindo para o afastamento dos serviços de cuidado (REGO; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2025).

Dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, produzido pelo então Departamento Penitenciário Nacional — DEPEN, atualmente Secretaria Nacional de Políticas Penais — SENAPPEN, indicam que o número de pessoas privadas de liberdade no Brasil apresentou crescimento expressivo nas últimas décadas. Entre 2010 e 2019, a população carcerária passou de 496.251 para 748.009 pessoas, representando aumento aproximado de 50,7% (CAMPELO et al., 2024). Esse crescimento tem contribuído para o agravamento da superlotação das unidades prisionais, condição que pode favorecer o surgimento e agravamento de diferentes problemas de saúde.

De acordo com os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias — SISDEPEN, referentes ao ciclo de janeiro a junho de 2025, a população prisional de Minas Gerais Gerais é composta majoritariamente por homens, em consonância com o perfil nacional do sistema prisional brasileiro (BRASIL, 2025). Tem-se um total de 4.463 pessoas do sexo feminino e 81.145 pessoas do sexo masculino em cumprimento de pena, conforme dados abaixo:

Imagem 1 – Relação as celas físicas e à prisão domiciliar em relação ao mapa de distribuição da população



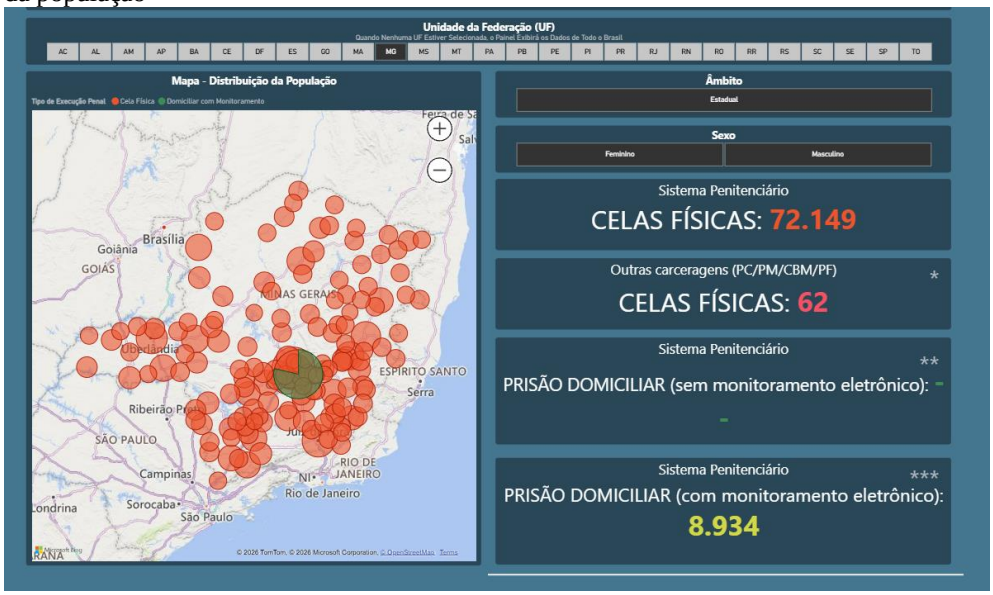
Fonte: (SENAPPEN,2026).

Imagem 2 – Distribuição da população por tipo de cumprimento de pena



Fonte: (SENAPPEN,2026).

Imagem 3 – Relação as celas físicas e à prisão domiciliar em relação ao mapa de distribuição da população



Fonte: (SENAPPEN,2026).

Imagem 4 – Distribuição da população por tipo de cumprimento de pena



Fonte: (SENAPPEN,2026).

Os dados apresentados indicam que, em Minas Gerais, a população masculina em privação de liberdade é aproximadamente 18 vezes maior que a população feminina na mesma condição.

O ambiente prisional apresenta características específicas que podem impactar negativamente a saúde das pessoas privadas de liberdade. Entre os fatores frequentemente observados nesse contexto destacam-se condições precárias de higiene, alimentação inadequada, ausência de atividades físicas regulares, limitações no convívio social, ociosidade, violência institucional e estrutura física inadequada das unidades prisionais. Esses fatores

podem contribuir tanto para o agravamento de doenças pré-existentes quanto para o surgimento de novos agravos à saúde da população encarcerada (REGO; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2025).

Segundo Bartos (2023), dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias — Infopen 2019 — evidenciam que as doenças mais comuns no sistema penitenciário são a tuberculose, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a hepatite e a sífilis, todas classificadas como doenças transmissíveis. Entre elas, destaca-se a tuberculose, uma das enfermidades infecciosas mais frequentes no ambiente prisional, cujo risco de adoecimento entre pessoas privadas de liberdade é 28 vezes maior quando comparado ao da população geral. A autora ressalta, ainda, que o direito à saúde dessa população é assegurado pela Lei de Execução Penal, pela Constituição Federal e por tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e as Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros da Organização das Nações Unidas.

Além disso, o sistema prisional apresenta condições que favorecem o desenvolvimento de problemas relacionados à saúde mental. A privação de liberdade, associada à superlotação das unidades, à violência institucional e à dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde, pode contribuir para o surgimento de transtornos mentais, sofrimento psíquico e agravamento de condições pré-existentes (FRAZÃO; NONATO; LIMA, 2024).

Em diferentes contextos, alguns estudos, mostram que o ambiente prisional pode contribuir para o agravamento de doenças mentais pré-existentes e para o surgimento de novos casos, além de representar, em alguns casos, um cenário de vulnerabilidade e de violação de direitos humanos básicos (FRAZÃO; NONATO; LIMA, 2024). O sistema prisional apresenta forte relação com o processo de adoecimento mental das pessoas privadas de liberdade. Tal ambiente, identificado como um local marcado por restrições de liberdade, do querer, do fazer, superlotação, condições estruturais precárias, e afastamento do convívio familiar, contribui significativamente para o surgimento ou agravamento de transtornos mentais.

A privação de liberdade, associada à insegurança, à violência institucional e às dificuldades de acesso a serviços de saúde, pode gerar sentimentos de angústia, ansiedade, depressão e frustração entre os privados de liberdade. Dentre outros fatores, muitos indivíduos que integram o sistema prisional, já chegam com histórico de vulnerabilidade social, uso de substâncias psicoativas, histórias de violência, aumentando a probabilidade de sofrimento psíquico. Nesse contexto, dentro do ambiente carcerário essas condições tendem a intensificar, somado à rotina rígida, à falta de atividades ocupacionais e a dificuldade de acesso a suporte psicossocial apropriado.

Observa-se portanto uma prevalência significativa de transtornos mentais, como depressão, ansiedade, transtornos relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, além de comportamentos autoagressivo e ideação suicida. A deficiência de políticas efetivas de atenção à saúde mental no ambiente carcerário, agrava a situação desses quadros, sendo negativo na qualidade de vida desses indivíduos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) reconhece que os elevados índices de morbimortalidade masculina relacionados à violência configuram um importante problema de saúde pública. Trata-se de uma questão complexa, que exige maior compreensão de seus determinantes sociais, culturais e institucionais, a fim de orientar ações preventivas voltadas às causas do problema, e não apenas à reparação dos danos já produzidos (NASCIMENTO et al., 2022).

Nesse cenário, as condições estruturais e organizacionais das unidades prisionais têm sido amplamente discutidas no campo da saúde pública, sobretudo pela sua relação com o agravamento de problemas de saúde física e mental entre a população privada de liberdade. A superlotação das unidades, associada à precariedade das condições ambientais e à limitação do acesso aos serviços de saúde, configura-se como um importante fator de risco para o desenvolvimento de diferentes agravos à saúde.

Diante dessas demandas, os Ministérios da Justiça e da Saúde identificaram a necessidade de implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído por meio de portaria interministerial que prevê a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde. Esse plano contempla ações voltadas ao controle e tratamento da tuberculose, prevenção de doenças e agravos, acompanhamento de doenças crônicas, tratamento de dermatoses, controle da hanseníase, além de ações relacionadas à saúde bucal e à saúde da mulher, buscando garantir a promoção da saúde e o respeito aos direitos humanos dessa população (FRAZÃO; NONATO; LIMA, 2024).

A escolha do tema deste estudo está diretamente relacionada à experiência profissional da autora, vivenciada durante sua atuação no Presídio de Prata e na Unidade Básica de Saúde Cruzeiro do Sul, ambos localizados no município de Prata, no estado de Minas Gerais. Durante esse período, foi possível observar diferenças importantes no acesso aos serviços de saúde, no cuidado prestado e na adesão ao tratamento por parte da população privada de liberdade.

Observou-se que tais desafios se intensificam pelo fato de se tratar de uma população majoritariamente masculina, que apresenta, de modo geral, maior resistência à busca por cuidados em saúde e à continuidade do tratamento. Essa experiência despertou a necessidade de aprofundar a reflexão acerca das condições de saúde no sistema prisional, considerando as

especificidades do território prisional e as particularidades da população atendida.

Dessa forma, torna-se relevante discutir de que maneira os elementos territoriais presentes no ambiente prisional podem influenciar o processo saúde-doença da população privada de liberdade. Assim, este trabalho busca analisar, a partir da vivência profissional e do diálogo com a literatura científica, como o território prisional pode contribuir tanto para a produção da saúde quanto para o agravamento de condições de adoecimento nesse contexto.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar, a partir da vivência profissional, como os elementos territoriais presentes na unidade prisional influenciam a produção da saúde, o adoecimento e a adesão ao tratamento pela população privada de liberdade.

1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar como aspectos estruturais, organizacionais e ambientais do território prisional influenciam o processo saúde-doença da população privada de liberdade.

Refletir sobre os desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde e à continuidade ao tratamento pela população masculina em situação de privação de liberdade.

Relacionar a experiência profissional vivenciada com a literatura científica sobre saúde no sistema prisional e saúde em contextos de vulnerabilidade, destacando aprendizados e potencialidades de melhoria no cuidado.

2. **PROBLEMA DE PESQUISA**

Considerando as especificidades do ambiente prisional e os desafios relacionados à organização da assistência em saúde nesse contexto, observa-se que o território onde se localizam as unidades prisionais pode exercer influência significativa sobre o processo saúde-doença da população privada de liberdade. Elementos como a estrutura física das unidades, as condições ambientais, a organização dos serviços de saúde, as relações institucionais e as características socioculturais da população atendida podem impactar diretamente tanto a produção da saúde quanto o surgimento e agravamento de doenças. Além disso, a baixa adesão aos cuidados em saúde, especialmente entre homens privados de liberdade, constitui um desafio importante para os profissionais que atuam nesse cenário. Diante disso, questiona-se: de que maneira os elementos territoriais presentes na unidade prisional podem influenciar a população privada de liberdade?

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Saúde no sistema prisional

A saúde é exposta como um direito de todos e dever do estado, mas quando representada diante do cenário de privação carcerária, é definida como um ambiente insalubre, superlotado e precário. (REGO et al., 2025).

Nas condições de liberdade privada, a saúde do homem precisa de uma avaliação diante das diretrizes do SUS, centrado para a concepção estrutural de assistência física e mental, no qual o trabalho desenvolvido por uma equipe de saúde multiprofissional da unidade de saúde da penitenciária é fundamental (REGO et al., 2025).

O sistema prisional foi criado como uma forma de preparação social, daqueles indivíduos que possuíam alguma conduta irregular, com o intuito de torná-los preparados para o retorno ao convívio em sociedade, uma vez estando apropriados (NASCIMENTO et al., 2022). Durante muitos séculos, as sociedades não utilizavam a prisão como forma principal de punição. Na Antiguidade e na idade média, as pessoas que cometiam crimes, recebiam punições. A criação do sistema prisional está relacionada com as transformações sociais, filosóficas, e jurídicas ocorridas ao longo dos anos. Antigamente a privação da liberdade era utilizada como uma forma de custódia temporária até a aplicação de punições consideradas mais duras, como por exemplo: os castigos físicos, mutilações, expulsão ou pena de morte. Nessa perspectiva, a função das prisões era apenas manter o indivíduo sob controle até a chegada da punição definitiva.

Com o passar dos anos, a partir do século XVIII, houve o surgimento de críticas ao modelo punitivo inspirado na violência, e na apresentação de penas físicas. Estudos começaram a surgir com o intuito de defender um sistema penal mais racional e humanizado, pautado em princípios de proporcionalidade, legalidade e utilidade social da pena. Nesse momento, o encarceramento começou a ser visto como uma alternativa às punições corporais, originando o sistema penitenciário moderno. A prisão passou a ser vista com outro olhar, não apenas como um lugar de punição, mas também como uma forma de disciplina e correção do indivíduo. Onde o modelo pautado na punição física, passa a ser percebido como um modelo centrado na vigilância, no controle e na disciplina.

No século XIX, surgiram diferentes modelos de organização do sistema penitenciário, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, dentre os mais populares, destacam-se o sistema da Filadélfia, baseado no isolamento absoluto, e o sistema Auburniano, evidenciado

pelo trabalho coletivo em silêncio e pelo isolamento noturno. Tais modelos contribuíram para a formulação dos sistemas prisionais em vários países, inclusive do Brasil. O sistema Auburniano tinha como principal característica a combinação entre trabalho coletivo durante o dia e isolamento individual à noite. Os presos trabalhavam juntos em oficinas, mas eram obrigados a manter silêncio absoluto, sendo proibida qualquer forma de comunicação. Os privados realizavam atividades produtivas, visando disciplina e geração de renda para a prisão, cada preso ficava em cela individual à noite, mesmo em grupo, não podiam conversar, e punições severas eram aplicadas em caso de infração ou desrespeito. Esse sistema marcou a evolução do sistema prisional ao introduzir o trabalho como elemento central, mas também evidenciou limites importantes relacionados à humanização das penas.

No Brasil, a institucionalização do sistema prisional ocorreu gradualmente a partir do período imperial, com a criação das primeiras casas de correção e penitenciárias inspiradas nos modelos europeus. Com o desenvolvimento do direito penal e da organização do Estado, a pena privativa de liberdade passou a ocupar lugar central no sistema de justiça criminal. Ao longo do tempo, foram sendo adicionados princípios voltados para a reinserção de pessoas privadas de liberdade à sociedade, como também à garantia de direitos fundamentais, principalmente após a promulgação da Lei de Execução Penal.

A garantia do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade constitui um princípio fundamental das políticas públicas de saúde no Brasil. A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, princípio que também se aplica à população encarcerada (BRASIL, 1988). Nesse contexto, foram desenvolvidas políticas públicas específicas voltadas à organização da assistência em saúde no sistema prisional.

Diante dos desafios sociais, políticos, culturais, e a mudança do perfil epidemiológico nos meados do século 21, fez-se necessário a formulação de um novo pensar e agir em relação a saúde sanitária. Com isso, o novo conceito de promoção á saúde, sendo eixo principal do projeto da nova Saúde Pública, relacionada com a Organização Mundial de Saúde, é apresentada na proposta de Vigilância à Saúde, condicionando as práticas de Educação à Saúde à pessoa privada de liberdade (NASCIMENTO et al., 2022).

No Brasil, inicialmente lançada como política de governo, está a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Sua estruturação se deu sob a justificativa de que os modelos existentes criados para atender grupos populacionais como adolescentes, crianças, mulheres e idosos, não seria favorável ao país, por estar deixando de fora cerca de 25% da população brasileira, que seria os homens na faixa etária de 20 a 59 anos (NASCIMENTO et al., 2022).

Em prática ao Sistema Único de Saúde (SUS) em relação ao gênero, compreende-se a ausência do envolvimento do grupo masculino, sendo um notável obstáculo o seu alcance. De acordo com dados epidemiológicos, é identificado que a saúde de indivíduos privados de liberdade, relacionados a proteção, atenção primária a saúde, principalmente nas políticas de saúde, é pouco identificada, ponderando que esta população é composta em sua maioria por homens (REGO et al., 2025). Nesse contexto, sendo o homem considerado invulnerável, e não tendo o reconhecimento de suas particularidades como um todo, automaticamente resulta na sua ausência da saúde.

Entre essas políticas destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída em 2014 com o objetivo de ampliar o acesso dessa população às ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A política busca garantir a atenção integral à saúde dentro das unidades prisionais, promovendo ações de prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento de agravos (BRASIL, 2014). A Política Nacional de atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) é uma estratégia do Ministério da Saúde, criada em parceria como o Ministério da Justiça, visando garantia do direito à saúde para os privados de liberdade, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), instituída em 2014, representa um avanço significativo ao propor a integração da população encarcerada à rede de atenção à saúde. Portanto sua implementação ainda enfrenta obstáculos importantes, como a incapacidade de equipes multiprofissionais, limitações de recursos materiais de dificuldades na articulação entre os setores saúde e justiça.

Através da PNAISP foi estabelecido os tipos de equipe, estabelecendo carga horária, composição de profissionais e perfil epidemiológico, podendo ser dividida em quatro categorias: Equipe de Atenção Primária Prisional (EAPP) com a composição de 1 enfermeiro e carga horária compartilhada com a Equipe de Saúde da Família (ESF) atuando 6 horas semanais, EAPP Essencial que dentre os profissionais possui 1 enfermeiro de 20 ou 30 horas semanais, EAPP Ampliada e Equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional Ampliada que possibilitam a contratação de um outro enfermeiro de 20 ou 30 horas semanais (MURTA et al., 2025).

Nesse processo, destaca-se o papel da enfermagem, que por meio de uma prática assistencial e gerencial, contribui para a organização do cuidado, o acolhimento dos usuários e a implementação de ações educativas em sáude.

O trabalho da enfermagem inclui ações de prevenção, diagnóstico precoce, promoção e educação da saúde, e gestão. Dentre outras atividades de supervisão de equipe de enfermagem, elaboração do plano de cuidados a indivíduos, família e comunidade (MURTA et al., 2025).

Entretanto, apesar dos avanços proporcionados pela criação de políticas específicas, a efetivação das ações de saúde no sistema prisional ainda enfrenta inúmeros desafios. Entre eles destacam-se as limitações estruturais das unidades, a escassez de recursos humanos e materiais, as dificuldades logísticas para acesso aos serviços e as particularidades socioculturais da população atendida (SÁNCHEZ; LAROUZÉ, 2016).

As condições ambientais presentes nas unidades prisionais podem favorecer o surgimento e agravamento de diferentes problemas de saúde. A superlotação, as condições precárias de higiene, a ventilação inadequada e a limitação do acesso aos serviços de saúde são fatores frequentemente associados ao aumento de doenças transmissíveis, doenças crônicas e transtornos mentais entre a população privada de liberdade (MINAYO; RIBEIRO, 2016).

Neste ambiente vivido pelos indivíduos privados de liberdade, vários fatores complexos contribuem para o adoecimento, como: má higiene individual, sedentarismo, isolamento social, questões físicas e de infra estrutura, violência e alimentação indevida (REGO et al, 2025).

O ambiente prisional favorece o adoecimento físico e mental, uma vez que suas condições estruturais e institucionais ampliam vulnerabilidades já existentes e dificultam a efetivação do cuidado integral. As condições insalubres, a superlotação, a ventilação inadequada e a alimentação insuficiente ou inadequada contribuem para a disseminação de doenças infectocontagiosas, como tuberculose, HIV e hepatites virais (BARTOS, 2023; BRASIL, 2023). Em conjunto, observa-se o aumento de transtornos mentais, agravados pelo isolamento social, pela violência institucional e pela ausência de assistência psicológica adequada (BARTOS, 2023). Com isso, evidencia-se que o sistema prisional não apenas concentra vulnerabilidades pré-existentes, mas também potencializa novos agravos à saúde da população privada de liberdade (BARTOS, 2023; BRASIL, 2014).

Outro aspecto importante diz respeito ao acesso aos serviços de saúde. Muitas unidades prisionais apresentam dificuldades na garantia de atendimentos regulares, seja pela insuficiência de profissionais, seja pelas exigências de segurança que limitam o deslocamento dos internos. Além disso, a descontinuidade da assistência e interrupção do tratamento comprometem a efetividade das ações em saúde, especialmente no manejo de doenças crônicas e infectocontagiosas (BRASIL, 2014; BARTOS, 2023).

Diante dessa perspectiva, torna-se imprescindível fortalecer as políticas públicas voltadas à saúde prisional, por meio de investimentos em infraestrutura, qualificação

profissional e ampliação das equipes de saúde. A atuação interdisciplinar, aliada à integração com a Atenção Primária à Saúde e com a rede especializada, é fundamental para garantir um cuidado integral à população privada de liberdade (BRASIL, 2014). Além disso, evidencia-se a necessidade de promover ações de educação em saúde e estratégias de prevenção que considerem os aspectos sociais, culturais e institucionais presentes no contexto prisional (BARTOS, 2023; BRASIL, 2014).

A melhoria das condições de saúde no sistema prisional repercute diretamente na saúde coletiva, uma vez que a população privada de liberdade mantém interação contìnua com a sociedade, seja por meio de familiares, profissionais que atuam no sistema prisional ou pela reinserção social. Portanto, investir na saúde prisional significa também promover a dignidade humana, reduzir desigualdades e contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária (BRASIL, 2014; BARTOS, 2023).

3.2 Territorialização da saúde

No contexto da saúde pública, o território é compreendido como um espaço de relações sociais, no qual se expressam as condições de vida da população, incluindo fatores como moradia, saneamento básico, renda, escolaridade e acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, a territorialização possibilita que as equipes de saúde conheçam a realidade da população sob sua responsabilidade, identificando vulnerabilidades, riscos e potencialidades locais. Tal conhecimento é essencial para a elaboração de diagnósticos situacionais e para a definição de prioridades nas intervenções em saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005; MENDES, 2011).

A territorialização constitui um importante instrumento de organização das práticas em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse conceito parte da compreensão de que o território não deve ser entendido apenas como um espaço geográfico delimitado, mas como um espaço socialmente construído, no qual se estabelecem relações sociais, econômicas e culturais que influenciam as condições de vida e saúde das populações (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

No campo da saúde coletiva, a territorialização permite identificar necessidades de saúde, vulnerabilidades e potencialidades presentes em determinado contexto, contribuindo para o planejamento e a organização das ações em saúde (MENDES, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se como principal modelo de operacionalização da territorialização no SUS, uma vez que organiza o cuidado a partir da adscrição da população e da responsabilidade sanitária sobre um território delimitado. Com

isso, a atuação da enfermagem permite o desenvolvimento de ações contínuas e integradas, como visitas domiciliares, acompanhamento de grupos de risco, educação em saúde e vigilância epidemiológica. Sendo assim, a territorialização fortalece o vínculo entre profissionais e comunidade, contribuindo para a construção de práticas mais próximas da realidade dos usuários (BRASIL, 2017; MENDES, 2011).

No entanto, a execução da territorialização da saúde enfrenta desafios importantes, entre eles a deficiência de materiais e recursos humanos, a rotatividade de profissionais, a sobrecarga de trabalho e a fragilidade no processo de planejamento das ações. Além disso, a complexidade dos territórios, principalmente em áreas marcadas por desigualdades sociais, exige dos profissionais conhecimento técnico, sensibilidade social, capacidade de comunicação e atuação multidisciplinar e intersetorial (MONKEN; BARCELLOS, 2005; MENDES, 2011).

Quando aplicado ao sistema prisional, o conceito de território permite compreender o ambiente carcerário como um espaço específico, marcado por características institucionais próprias que influenciam diretamente o cuidado em saúde. Nesse contexto, fatores como a organização do espaço físico, a dinâmica institucional, a disponibilidade de recursos e as relações estabelecidas entre profissionais de saúde, agentes penitenciários e pessoas privadas de liberdade tornam-se elementos fundamentais para a análise do processo saúde-doença (BARTOS, 2023; BRASIL, 2014).

A territorialização da saúde no contexto prisional requer uma releitura do conceito tradicional de território, uma vez que o espaço carcerário apresenta especificidades que o diferenciam dos territórios abertos da Atenção Primária à Saúde. Nesse cenário, o território não se reduz à delimitação geográfica da unidade prisional, mas abrange um conjunto de relações institucionais, sociais e organizacionais que influenciam diretamente as condições de saúde das pessoas privadas de liberdade. Assim, compreender o território prisional requer reconhecer suas dinâmicas internas, fluxos populacionais, condições estruturais e perfil epidemiológico da população custodiada (MONKEN; BARCELLOS, 2005; BARTOS, 2023).

Nessa perspectiva, a territorialização no sistema prisional torna-se uma ferramenta essencial para o planejamento das ações em saúde, permitindo a identificação de agravos prevalentes, fatores de risco e vulnerabilidades específicas. A superlotação, a insalubridade, a violência institucional e a limitação de acesso aos serviços de saúde configuram elementos estruturantes desse território, impactando diretamente o processo saúde-doença. Com isso, o mapeamento dessas condições possibilita a construção de intervenções mais direcionadas, embasadas na promoção da saúde e na prevenção de agravos, principalmente no que se refere às doenças infectocontagiosas e aos transtornos mentais (BARTOS, 2023; BRASIL, 2014).

Em relação às políticas públicas implementadas, a territorialização da saúde prisional está diretamente relacionada à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). A partir dessa política, os serviços de saúde no sistema prisional passam a integrar a Rede de Atenção à Saúde do SUS, e a Atenção Primária Prisional assume papel de porta de entrada e ordenadora do cuidado nesse contexto. Dessa forma, as equipes de saúde que atuam nas unidades prisionais devem desenvolver ações baseadas no reconhecimento do território, considerando não apenas os aspectos físicos da instituição, mas também as redes de apoio, os vínculos familiares e a articulação com os serviços extramuros, o que é fundamental para garantir a continuidade do cuidado (BRASIL, 2014).

É evidente que a participação da equipe multiprofissional, diante do contexto da territorialização, faz-se necessária, pois profissionais capacitados são capazes de interpretar os dados coletados e transformá-los em estratégias efetivas de cuidado. Instrumentos como o diagnóstico situacional, o levantamento de indicadores de saúde e o acompanhamento sistemático das pessoas privadas de liberdade são fundamentais para contribuir com o planejamento das ações em saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2014).

Nesse processo, destaca-se o papel do profissional de enfermagem, que, por meio de sua prática assistencial e gerencial, contribui significativamente para a organização e o planejamento do cuidado, o acolhimento dos usuários e a implementação de ações educativas em saúde. No contexto prisional, a enfermagem atua diretamente na produção do cuidado, no acompanhamento de agravos e na promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade (SOUZA; PASSOS, 2008; SILVA et al., 2020).

Durante a atuaçao como Enfermeira no Sistema Prisional de Prata, a assistência foi desenvolvida no presídio, articulada com a UBSF Cruzeiro do Sul, por atendimentos 6 horas semanais de Enfermagem, Medicina e Odontologia. Com uma população majoritariamente masculina, com relatos de baixa procura de serviços de saúde, antes da privação de liberdade. Sendo assim, constatado por meio da prática profissional, que durante o encarceramento alguns indivíduos passaram a ter mais contato com vacinação, consultas, exames e ações educativas.

Durante a realização de campanhas vacinais observou-se ausência de cartão vacinal e falta de registros anteriores em alguns privados de liberdade, tendo relatos que fora da prisão não tinham interesse em palestras ou campanhas de saúde bucal. Com a prática pode-se identificar como as transferências, progressão de regime, liberação e rotatividade dificultam o acompanhamentode tratametos iniciados e no processo de continuidade.

Ao analisar o trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem no sistema

penitenciário, observa-se que a qualidade dos serviços prestados é frequentemente atravessada por limitações estruturais, organizacionais e institucionais. Entre essas limitações, destacam-se a falta de planejamento, a rotatividade de profissionais, a dificuldade de capacitação, a ausência de planos de cargos e carreiras e as condições inadequadas de trabalho, fatores que interferem diretamente na assistência ofertada à população privada de liberdade (SOUZA; PASSOS, 2008).

O enfermeiro desenvolve papel central no sistema prisional, sendo responsável pela organização do cuidado, realização de consultas de enfermagem, triagem de novos internos e acompanhamento de agravos prevalentes, como doenças infectocontagiosas, transtornos mentais e doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, atua na administração de medicamentos, imunização e vigilância em saúde, contribuindo para o controle epidemiológico dentro das unidades prisionais (SILVA et al., 2020).

Apesar da importância do exercício da enfermagem no sistema prisional, esse trabalho encontra diversos obstáculos, como a superlotação carcerária, a escassez de recursos materiais e humanos, a fragilidade das condições sanitárias e as limitações impostas pela segurança institucional, que dificultam a efetivação de um cuidado integral e humanizado. Além disso, a população privada de liberdade é marcada por vulnerabilidades sociais, histórico de uso de substâncias psicoativas, exclusão social e elevada ocorrência de transtornos mentais, o que exige da equipe profissional competência técnica, preparo emocional e sensibilidade ética (BARTOS, 2023; SILVA et al., 2020).

Dessa maneira, a territorialização da saúde destaca-se como estratégia essencial para a efetivação dos princípios do SUS, especialmente a equidade e a integralidade, tornando possível a oferta de um cuidado mais direcionado, eficiente e humanizado às pessoas privadas de liberdade (MONKEN; BARCELLOS, 2005; BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, observa-se a importância da educação em saúde como ferramenta fundamental para a promoção da autonomia das pessoas privadas de liberdade, mesmo em um ambiente onde a liberdade é restrita. A prática interdisciplinar também se apresenta como fator indispensável, pois as diferentes demandas presentes no território prisional exigem articulação entre diversas áreas do conhecimento, como enfermagem, psicologia, serviço social, medicina e demais campos da saúde (BRASIL, 2014; SILVA et al., 2020).

3.3 Vigilância sanitária no território prisional: risco e proteção à saúde

A vigilância sanitária constitui um campo essencial da Saúde Coletiva, cuja atuação está

relacionada à prevenção, redução e controle de riscos que possam comprometer a saúde da população. No contexto prisional, essa função torna-se ainda mais relevante, pois o cárcere apresenta condições territoriais específicas que podem favorecer o adoecimento, como superlotação, ventilação inadequada, baixa incidência de luz solar, circulação restrita de pessoas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, fragilidades na higiene, no saneamento e no controle de doenças transmissíveis. Assim, o território prisional deve ser compreendido não apenas como espaço de custódia, mas também como ambiente produtor de riscos sanitários, exigindo ações contínuas de vigilância, prevenção e intervenção sobre os fatores que afetam a saúde das pessoas privadas de liberdade.

De acordo com Costa (2009), o risco é um conceito central para a vigilância sanitária, pois não se limita apenas à probabilidade de ocorrência de um evento, mas envolve também a possibilidade de que produtos, processos, serviços ou ambientes possam causar danos diretos ou indiretos à saúde. Nesse sentido, a vigilância sanitária possui caráter essencialmente preventivo, atuando sobre riscos já identificados e também sobre riscos potenciais, ou seja, aqueles que podem produzir danos mesmo antes de sua ocorrência concreta. Essa compreensão é fundamental para analisar o ambiente prisional, uma vez que as condições estruturais e organizacionais das unidades podem favorecer a circulação de agentes infecciosos e ampliar vulnerabilidades individuais e coletivas.

Lucchese (2001) também contribui para essa discussão ao abordar a vigilância sanitária como parte do processo de regulação do risco sanitário, envolvendo avaliação e gerenciamento de riscos. A partir dessa perspectiva, a atuação sanitária no sistema prisional deve ir além da resposta aos agravos já instalados, devendo incluir o reconhecimento dos fatores ambientais, institucionais e assistenciais que favorecem a produção do adoecimento. Dessa forma, fiscalizar, monitorar e regular as condições sanitárias das unidades prisionais representa uma estratégia de proteção coletiva, especialmente em espaços marcados por vulnerabilidade social, restrição de liberdade e dependência direta da atuação do Estado.

No âmbito legal, a Lei nº 8.080/1990 define a vigilância sanitária como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, além de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (BRASIL, 1990). Essa definição permite compreender que o ambiente prisional também deve ser objeto de atenção sanitária, visto que nele se desenvolvem serviços de saúde, alimentação, armazenamento de insumos, manejo de resíduos, higiene coletiva e circulação de medicamentos, todos elementos capazes de interferir na saúde dos indivíduos custodiados e dos trabalhadores que atuam nesse território.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) reforça essa compreensão ao estabelecer que os serviços de saúde no sistema prisional integram a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), qualificando a Atenção Primária no âmbito prisional como porta de entrada e ordenadora do cuidado. Além disso, as Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) devem atuar diretamente nas unidades prisionais, articulando ações de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2014). Portanto, a vigilância sanitária no território prisional deve estar integrada às ações de atenção, promoção, prevenção e controle de agravos, contribuindo para reduzir riscos e garantir condições mínimas de cuidado e proteção à saúde.

Entre os principais riscos sanitários presentes no sistema prisional, destaca-se a disseminação de doenças transmissíveis, especialmente a tuberculose. Dados oficiais apontam que características como superlotação, ventilação reduzida, baixa iluminação solar e dificuldade de acesso aos serviços de saúde favorecem a propagação da tuberculose entre pessoas privadas de liberdade. Nessa população, o risco de adoecimento por tuberculose é significativamente superior ao da população geral, o que evidencia a necessidade de ações permanentes de vigilância, detecção precoce, tratamento oportuno, educação em saúde e melhoria das condições ambientais das unidades prisionais (BRASIL, 2018).

Dessa forma, a vigilância sanitária no território prisional deve ser compreendida como uma prática estratégica para a proteção da saúde coletiva. Sua atuação permite identificar, prevenir e controlar riscos relacionados ao ambiente, aos serviços, aos produtos e aos processos existentes dentro das unidades prisionais. Assim, quando articulada à PNAISP e às equipes de saúde prisional, a vigilância sanitária contribui para a garantia do direito à saúde da população privada de liberdade, bem como para a prevenção de agravos que ultrapassam os muros do cárcere e impactam a saúde pública de forma ampla.

3.4 Influência do encarceramento à saúde do homem em privação de liberdade

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, sendo orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a assistência ofertada nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e nas unidades prisionais apresenta diferenças significativas quanto à organização dos serviços, ao acesso da população e à execução das ações de cuidado. Tais diferenças repercutem diretamente na qualidade da assistência prestada e nas condições de saúde dos indivíduos atendidos em cada um desses contextos (BRASIL, 2017; BRASIL, 2014).

Na UBSF, o cuidado em saúde é estruturado a partir da territorialização, de modo a permitir que a equipe conheça a realidade social, econômica e cultural da população adscrita. Esse processo facilita a criação de vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando acompanhamento contínuo e ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças e agravos. Além disso, o acesso ao serviço ocorre de forma espontânea ou programada, dependendo da autonomia do paciente na busca pelo cuidado. Nesse cenário, há predominância de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, além de demandas relacionadas à saúde da mulher, do homem, da criança e do idoso (BRASIL, 2017; MENDES, 2011).

No sistema prisional, a assistência à saúde também está inserida na lógica da Atenção Primária à Saúde; entretanto, sua operacionalização é permeada por limitações estruturais e institucionais. A organização do cuidado é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída com o objetivo de garantir o acesso dessa população ao cuidado integral no SUS (BRASIL, 2014). Entretanto, o acesso aos serviços de saúde pode ser condicionado por fatores como segurança, escolta, disponibilidade de profissionais e dinâmica institucional, o que dificulta a continuidade do cuidado (BARTOS, 2023).

O ambiente prisional apresenta características específicas, como superlotação, insalubridade, restrição de circulação, vulnerabilidade social e fragilidade das condições sanitárias. Esses fatores contribuem para o aumento da incidência de doenças infectocontagiosas, transtornos mentais e uso prejudicial de substâncias psicoativas, configurando o cárcere como um território de elevada vulnerabilidade em saúde (BARTOS, 2023; BRASIL, 2004).

Estudos evidenciam que a expressão “pessoa privada de liberdade” indica que o indivíduo está privado apenas do direito de ir e vir, não dos demais direitos sociais. Nesse sentido, a Lei de Execução Penal (LEP) assegura assistência à saúde ao preso e ao internado, de caráter preventivo e curativo, incluindo atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984). Além disso, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003, reforçou a necessidade de garantir ações integrais de saúde à população prisional, fundamentadas nos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (BRASIL, 2003; REGO et al., 2025). Posteriormente, a PNAISP ampliou essa perspectiva ao inserir os serviços de saúde prisional na Rede de Atenção à Saúde do SUS, fortalecendo a garantia do cuidado integral às pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2014).

De acordo com estudos sobre a saúde masculina, a saúde do homem constitui um eixo prioritário de atenção, uma vez que a população masculina apresenta maior vulnerabilidade a mortes precoces, doenças graves e condições crônicas quando comparada a outros grupos populacionais. Nesse contexto, a p olítica reconhece a necessidade de ampliar o acesso e o acolhimento dos homens nos serviços de saúde, considerando suas diferentes condições de vida e os fatores socioculturais que dificultam a busca pelo cuidado (BRASIL, 2009a; REGO et al., 2025). Entre os agravos mais frequentes nessa população, destacam-se infecções sexualmente transmissíveis, infecções respiratórias, doenças de fácil contágio, doenças odontológicas e agravos relacionados à violência e aos acidentes (BRASIL, 2009a; REGO et al., 2025).

Entre as principais doenças incidentes na população carcerária, a tuberculose merece destaque devido à sua elevada prevalência no ambiente prisional. Sua transmissão é agravada por espaços fechados, mal ventilados e superlotados, condições frequentemente observadas nas unidades prisionais. Além disso, infecções sexualmente transmissíveis, como HIV/AIDS e sífilis, também apresentam relevância nesse contexto, sendo agravadas pelo uso de drogas, relações sexuais desprotegidas e dificuldade de acesso a medidas preventivas e ao diagnóstico precoce (BARTOS, 2023; BRASIL, 2022).

Por outro ângulo, observa-se que o encarceramento masculino pode, em algumas situações, favorecer a continuidade do cuidado e o controle de doenças já instaladas, especialmente quando comparado à dificuldade de acompanhamento de determinados usuários em liberdade. A partir da vivência profissional, percebe-se que alguns pacientes, quando acompanhados no território da UBSF, apresentavam baixa adesão às consultas, exames e ações preventivas. No entanto, durante o período de privação de liberdade, tornou-se possível realizar acompanhamento mais sistemático, incluindo exames, atualização cadastral e verificação do cartão vacinal. Essa experiência revela o contraste entre os territórios aberto e prisional, demonstrando que, embora o cárcere seja um espaço de múltiplas vulnerabilidades, também pode possibilitar maior localização e acompanhamento de indivíduos historicamente afastados dos serviços de saúde (BRASIL, 2014; MENDES, 2011).

Outras condições incidentes na população privada de liberdade são os transtornos mentais, com destaque para depressão, ansiedade e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. O ambiente prisional, marcado por violência, isolamento social, ruptura de vínculos familiares e restrição de autonomia, contribui para o agravamento do sofrimento psíquico. A ausência de acompanhamento psicológico contínuo intensifica esse quadro e pode favorecer comportamentos de risco e agravamento das condições de saúde mental (BRASIL, 2014; BARTOS, 2023).

No que se refere às doenças crônicas não transmissíveis, identifica-se a presença de hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças respiratórias entre as pessoas privadas de liberdade. Essas condições podem ser agravadas pela dificuldade de acesso regular a medicamentos, acompanhamento clínico insuficiente e hábitos de vida inadequados dentro das unidades prisionais, como ausência de atividade física, alimentação pouco equilibrada e acompanhamento nutricional limitado (BRASIL, 2014; REGO et al., 2025).

O Ministério da Saúde destaca a importância de qualificar a atenção à saúde masculina, com foco na prevenção e no cuidado integral, uma vez que muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, de forma periódica, ações preventivas e acompanhamento em saúde. Entretanto, barreiras socioculturais, institucionais e subjetivas dificultam o reconhecimento das próprias necessidades de cuidado por parte da população masculina, o que reforça a importância de estratégias específicas de acolhimento, acesso e acompanhamento desse público, especialmente no contexto prisional (BRASIL, 2009a; REGO et al., 2025).

4. METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se como um relato de experiência, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-reflexivo, desenvolvido a partir da vivência profissional da autora como enfermeira no referido Presídio, no contexto da assistência à saúde prestada às pessoas privadas de liberdade. A construção do estudo articula as experiências observadas e vivenciadas na prática profissional com a análise de textos, documentos normativos e artigos científicos relacionados à saúde prisional, à Atenção Primária à Saúde, à territorialização e aos fatores que influenciam o processo saúde-doença no ambiente carcerário. Dessa forma, busca-se refletir sobre a realidade da assistência em enfermagem no sistema prisional, relacionando as situações identificadas no cotidiano de trabalho com os referenciais teóricos utilizados na elaboração do TCC.

Foi utilizada a ferramenta ChatGPT, desenvolvida pela OpenAI, como apoio na revisão gramatical, aprimoramento da redação acadêmica e organização textual. Ressalta-se que a análise, interpretação dos dados e responsabilidade pelo conteúdo final foram elaborados pela autora deste trabalho.

5. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A experiência relatada neste estudo refere-se à atuação profissional da autora no território que abrange o Presídio de Prata e a Unidade Básica de Saúde Cruzeiro do Sul, localizados no município de Prata, Minas Gerais, com um total em média de 116 privados de liberdade. A vivência ocorreu no período de abril de 2023 a maio de 2025, incluindo o período inicial da realização do Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase em saúde no sistema prisional. Na Unidade Prisional de Prata a assistência de saúde, bem como de Enfermagem foi prestada nesse período por um trabalho desenvolvido por meio de Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I ou Atenção Primária Prisional (APP) vinculada, no qual funciona com compartilhamento de carga horária. A Equipe mínima PNAISP com 6 horas semanais é voltada para unidades prisionais com até 100 ou 300 custodiados. Podendo discorrer melhor sobre sua composição mínima típica (eAPP 6h): médico (6 horas semanais), enfermeiro (6 horas semanais), técnico de enfermagem (6 horas semanais), auxiliar de saúde bucal (6 horas semanais). No caso específico do Presídio de Prata, o técnico de enfermagem cumpre uma carga horária de 20 horas semanais no Presídio, sendo o cargo exercido por uma funcionária contratada e cedida pelo poder executivo do Município, não estando a mesma vinculada à UBSF. Conta também com o atendimento odontológico na unidade, uma vez por semana, às terças-feiras, realizado na UBSF. Assim como as consultas médicas e de Enfermagem, uma vez por semana, às quintas-feiras, no período da tarde, realizados dentro da Unidade Prisional.

Durante o trabalho de enfermagem desenvolvido, foi possível identificar situações em que pessoas privadas de liberdade relatavam aspectos relacionados à assistência prestada dentro da unidade prisional. Muitos afirmavam que, fora desse contexto, não reservavam tempo para cuidar da própria saúde, realizar exames de rotina, buscar atendimento odontológico, participar de grupos educativos sobre doenças ou manter a vacinação atualizada. Nas campanhas de vacinação na UBSF, foi possível perceber a baixa adesão dos homens às práticas de prevenção e cuidado em saúde. Em alguns casos, o contato com a vacinação ocorria exclusivamente dentro da unidade prisional, fato evidenciado pela ausência de cartão vacinal e de registros anteriores.

A continuidade do tratamento odontológico constitui um dos pilares para a efetividade do cuidado em saúde, sendo fundamental tanto no contexto da Atenção Primária quanto no sistema prisional. Entretanto, as condições em que esse cuidado é ofertado dentro e fora das unidades prisionais apresentam diferenças significativas, as quais impactam diretamente a qualidade da assistência e os desfechos clínicos dos pacientes.

Em determinada situação, uma pessoa privada de liberdade relatou que, fora da unidade prisional, dificilmente teria interesse em assistir a palestras ou participar de campanhas atividades frequentemente percebidas por muitos como perda de tempo.

No Presídio de Prata-MG, o atendimento às pessoas privadas de liberdade ocorre uma vez por semana, na Unidade de Saúde da Família Cruzeiro do Sul. Dessa forma, o tratamento pode ser organizado de maneira contínua e programada. Os pacientes têm acesso aos serviços podendo realizar consultas, acompanhamentos periódicos e dar seguimento a tratamentos iniciados.

O deslocamento da pessoa privada de liberdade até o atendimento depende de escolta e autorização, o que pode ocasionar atrasos ou interrupções no tratamento. Com isso, procedimentos que exigem maior número de atendimentos, em muitos casos, acabam não sendo concluídos de forma adequada. Necessitando de tempo e organização, assim como em casos de cirurgias, realização de exames complementares.

Outro fator que merece destaque é a rotatividade da população encarcerada. Transferências entre unidades, progressão de regime ou liberação do indivíduo podem dificultar o acompanhamento e a continuidade do cuidado, comprometendo os resultados do tratamento.

Enquanto nos ambientes extramuros há maior ênfase em ações preventivas e educativas, no sistema prisional o atendimento tende a ser direcionado às demandas imediatas e resolutivas, com priorização do alívio da dor e das intervenções de urgência.

A construção deste relato fundamentou-se na reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas no cotidiano profissional, articulando-as ao referencial teórico relacionado à saúde no sistema prisional, à territorialização da saúde e à vigilância sanitária. Essa análise contribuiu para a compreensão de que o ambiente prisional apresenta fatores de risco específicos, como superlotação, condições ambientais e sanitárias precárias, vulnerabilidade social e dificuldade de acesso contínuo aos serviços de saúde. Tais fatores podem favorecer o surgimento e a disseminação de doenças infectocontagiosas, transtornos mentais e doenças crônicas.

Foram também considerados os aspectos éticos relacionados à preservação da identidade dos sujeitos envolvidos e da instituição, garantindo-se o anonimato e o respeito aos princípios éticos que orientam a produção científica.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO

A experiência profissional vivenciada no Presídio de Prata-MG possibilitou compreender que o território prisional apresenta características próprias, distintas dos territórios tradicionais da Atenção Primária à Saúde. Embora a assistência às pessoas privadas de liberdade esteja inserida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a organização do cuidado nesse espaço é atravessada por fatores institucionais, estruturais, sanitários e sociais que influenciam diretamente o processo saúde-doença e a adesão ao tratamento. Nesse sentido, o território prisional não pode ser compreendido apenas como um espaço físico delimitado, mas como um ambiente socialmente construído, marcado por relações de poder, normas institucionais, restrição de liberdade, vulnerabilidades sociais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005; BRASIL, 2014).

No contexto da Atenção Primária à Saúde, a territorialização permite que as equipes conheçam a realidade da população sob sua responsabilidade, identifiquem riscos, vulnerabilidades e potencialidades, além de planejarem ações coerentes com as necessidades locais (MENDES, 2011; BRASIL, 2017). No entanto, quando esse conceito é aplicado ao sistema prisional, torna-se necessária uma releitura, pois o cuidado não depende apenas da procura espontânea do usuário, mas também da dinâmica institucional, da disponibilidade de escolta, da organização da segurança, da presença de profissionais e da estrutura física da unidade. Assim, ainda que a Atenção Primária Prisional tenha como objetivo garantir ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, sua execução encontra limitações específicas do cárcere (BRASIL, 2014; BARTOS, 2023).

A vivência relatada evidenciou que muitos homens privados de liberdade apresentavam baixa adesão às práticas preventivas quando estavam fora do ambiente prisional. Durante o trabalho de enfermagem, foi possível observar relatos de indivíduos que afirmavam não buscar regularmente os serviços de saúde, não realizar exames de rotina, não frequentar grupos educativos e não manter acompanhamento odontológico ou vacinação atualizada. Tal realidade dialoga com os estudos sobre saúde do homem, os quais apontam que a população masculina, em geral, apresenta maior resistência à procura por cuidados em saúde, influenciada por construções socioculturais relacionadas à masculinidade, à ideia de invulnerabilidade e à dificuldade de reconhecer necessidades de cuidado (BRASIL, 2009b; REGO; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2025).

Nesse aspecto, o encarceramento revelou uma contradição importante. Embora o ambiente prisional seja reconhecido como espaço de vulnerabilidade e risco, ele também pode,

em determinadas situações, favorecer o acesso de alguns indivíduos a ações de saúde que antes não eram realizadas em liberdade. A vacinação, os atendimentos de enfermagem, as consultas médicas e o acompanhamento odontológico, quando organizados de forma programada, possibilitaram maior localização dos usuários e continuidade de algumas ações. Essa experiência demonstra que o território prisional, apesar de suas limitações, pode se tornar um espaço estratégico para alcançar homens historicamente afastados dos serviços de saúde.

Entretanto, essa possibilidade não elimina os desafios existentes. A assistência em saúde no sistema prisional permanece condicionada por fatores como superlotação, insalubridade, restrição de circulação, rotatividade da população encarcerada, transferências entre unidades, progressão de regime e liberação dos indivíduos. Esses elementos dificultam o acompanhamento longitudinal e comprometem a continuidade do cuidado. Além disso, a dependência de autorização e escolta para deslocamentos, especialmente nos atendimentos realizados fora da unidade, pode ocasionar atrasos, remarcações e interrupções de tratamentos, sobretudo daqueles que exigem múltiplas consultas, como os tratamentos odontológicos (BRASIL, 2014; BARTOS, 2023).

A experiência no Presídio de Prata-MG, os atendimentos realizados semanalmente na UBSF Cruzeiro do Sul permitiram a organização de uma agenda programada e a continuidade de determinados tratamentos. Observou-se, nesse contexto, maior adesão de alguns privados de liberdade ao cuidado á saúde, inclusive com relatos de que, fora da unidade prisional, dificilmente participariam de palestras ou campanhas de saúde. Essa situação evidencia a importância de ações educativas e preventivas no cárcere, mas também demonstra que a continuidade do cuidado depende de planejamento, articulação entre equipes e condições logísticas adequadas.

Ao mesmo tempo, o cuidado no sistema prisional não está isento de fragilidades. Por se tratar de um serviço que exige deslocamento, agenda específica, disponibilidade de escolta e organização institucional, o tratamento pode ser interrompido por fatores externos à necessidade clínica do paciente. Dessa forma, procedimentos de maior duração ou que exigem acompanhamento contínuo podem ser prejudicados. Essa realidade reforça a importância da articulação entre a Atenção Primária Prisional e a rede municipal de saúde, conforme previsto pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que busca integrar a população privada de liberdade à Rede de Atenção à Saúde do SUS (BRASIL, 2014).

Outro ponto relevante refere-se aos riscos sanitários presentes no ambiente prisional. As condições de confinamento, ventilação inadequada, dificuldades de higiene, superlotação e

circulação restrita favorecem a disseminação de doenças infectocontagiosas, como tuberculose, HIV, hepatites virais e sífilis. Bartos (2023) destaca que essas doenças apresentam elevada relevância no sistema penitenciário, sendo a tuberculose uma das enfermidades mais preocupantes nesse contexto devido a superlotação, falta de ventilação, umidade e ambientes fechados. A vigilância sanitária, nesse sentido, assume papel fundamental, uma vez que sua função está relacionada à identificação, prevenção, redução e controle de riscos capazes de comprometer a saúde coletiva (COSTA, 2009; LUCCHESE, 2001).

A análise da experiência permite compreender que a vigilância sanitária no território prisional deve ultrapassar a lógica meramente fiscalizatória. Ela deve ser integrada ao planejamento das ações de saúde, ao diagnóstico situacional, à educação em saúde, ao monitoramento de agravos e à melhoria das condições ambientais da unidade. Assim, a atuação sanitária torna-se essencial para reduzir riscos, prevenir surtos, qualificar o cuidado e proteger tanto as pessoas privadas de liberdade quanto os trabalhadores que circulam nesse espaço. Como a população prisional mantém vínculos com a sociedade, seja por meio de familiares, profissionais, transferências ou retorno ao convívio social, os problemas de saúde no cárcere também possuem impacto direto na saúde coletiva (BRASIL, 2014; BARTOS, 2023).

No campo da saúde, a experiência também evidencia a necessidade de atenção ampliada. O ambiente prisional é marcado por isolamento social, ruptura de vínculos familiares, violência institucional, insegurança e ausência de atividades ocupacionais suficientes, fatores que podem contribuir para o sofrimento psíquico e para o agravamento de transtornos mentais já existentes. Estudos apontam que a privação de liberdade pode intensificar quadros de ansiedade, depressão, uso prejudicial de substâncias psicoativas e ideação suicida, especialmente quando não há acompanhamento psicossocial contínuo (FRAZÃO; NONATO; LIMA, 2024; BARTOS, 2023).

Nesse cenário, o papel da enfermagem mostra-se central. A atuação do enfermeiro no sistema prisional envolve acolhimento, escuta qualificada, triagem, consultas de enfermagem, vacinação, administração de medicamentos, acompanhamento de doenças crônicas, identificação de agravos, ações educativas e articulação com outros profissionais da rede. Além da dimensão assistencial, a enfermagem também exerce função gerencial, contribuindo para a organização da agenda, o planejamento das ações, o registro das informações e a continuidade do cuidado (SOUZA; PASSOS, 2008; SILVA et al., 2020; MURTA et al., 2025).

Contudo, a prática de enfermagem no sistema prisional exige preparo técnico, sensibilidade ética e capacidade de atuação interdisciplinar. O profissional precisa lidar simultaneamente com demandas clínicas, limitações institucionais, normas de segurança,

vulnerabilidades sociais e sofrimento humano. Dessa forma, a assistência em enfermagem no cárcere não pode ser reduzida ao atendimento pontual de queixas imediatas, devendo contemplar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, educação em saúde e fortalecimento da autonomia possível dos sujeitos, mesmo em um contexto de restrição de liberdade.

Diante disso, a experiência analisada demonstra que o território prisional influencia de forma significativa a produção da saúde, o adoecimento e a adesão ao tratamento. Por um lado, o cárcere concentra riscos e vulnerabilidades que favorecem o surgimento e agravamento de doenças. Por outro, quando há organização do cuidado, articulação com a Atenção Primária e atuação multiprofissional, esse mesmo território pode possibilitar acesso a ações de saúde antes negligenciadas, especialmente entre homens que apresentavam baixa procura por cuidados em liberdade. Assim, a saúde prisional deve ser compreendida como campo estratégico da saúde pública, exigindo políticas efetivas, integração intersetorial, fortalecimento das equipes e reconhecimento das pessoas privadas de liberdade como sujeitos de direitos.

7. SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA

Quadro 1 – Síntese da experiência

Eixo analisado	Situação observada na experiência	Análise/discussão	Referências relacionadas
Território prisional	A assistência foi desenvolvida no Presídio de Prata-MG, articulada à UBSF Cruzeiro do Sul, com atendimentos semanais de enfermagem, medicina e odontologia.	O território prisional apresenta características próprias, marcadas por regras institucionais, restrição de circulação e dependência da organização da segurança. Essas especificidades interferem no acesso, na continuidade do cuidado e na produção da saúde.	Monken e Barcellos (2005); Mendes (2011); Brasil (2014).
Perfil da população atendida	População majoritariamente masculina, com relatos de baixa procura por serviços de saúde antes da privação de liberdade.	A baixa adesão masculina às práticas preventivas relaciona-se a fatores socioculturais e à ideia de invulnerabilidade masculina, o que reforça a necessidade de estratégias específicas voltadas à saúde do homem.	Brasil (2009); Rego, Oliveira e Oliveira (2025).
Acesso às ações de saúde	Durante o encarceramento, alguns indivíduos passaram a ter maior contato com vacinação, consultas, exames e ações educativas.	Embora o cárcere seja um espaço de vulnerabilidade, pode possibilitar maior localização e acompanhamento de homens que, em liberdade, permaneciam afastados dos serviços de saúde.	Brasil (2014); Mendes (2011); Bartos (2023).
Vacinação e prevenção	Em campanhas de vacinação, observou-se ausência de cartão vacinal e falta de registros anteriores em alguns privados de liberdade.	A vacinação dentro da unidade prisional revelou-se importante estratégia de prevenção, especialmente para indivíduos com histórico de baixa adesão às ações preventivas em liberdade.	Brasil (2014); Brasil (2017).
Saúde bucal	O atendimento odontológico ocorre semanalmente na UBSF Cruzeiro do Sul, com agenda previamente organizada para os privados de liberdade.	A organização programada do atendimento favorece maior continuidade do cuidado odontológico. No entanto, o acesso depende de logística, escolta e articulação entre unidade prisional e UBSF.	Brasil (2014); Brasil (2017).

Educação em saúde	Alguns privados relataram que, fora da prisão, não teriam interesse em palestras ou campanhas de saúde bucal.	As ações educativas no cárcere podem ampliar o contato dos homens com informações de saúde e estimular práticas de autocuidado, ainda que em um ambiente de liberdade restrita.	Brasil (2009); Brasil (2014); Silva et al. (2020).
Continuidade do cuidado	Transferências, progressão de regime, liberação e rotatividade dificultam o acompanhamento de tratamentos iniciados.	A rotatividade da população prisional compromete o seguimento terapêutico e evidencia a necessidade de integração entre sistema prisional, UBSF e rede de atenção do SUS.	Brasil (2014); Bartos (2023).
Riscos sanitários	O ambiente prisional apresenta riscos relacionados à superlotação, ventilação inadequada, higiene precária e dificuldade de acesso contínuo aos serviços.	Tais condições favorecem a disseminação de doenças infectocontagiosas e exigem ações permanentes de vigilância sanitária, prevenção e controle de agravos.	Costa (2009); Lucchese (2001); Bartos (2023).
Doenças prevalentes	O contexto prisional favorece a ocorrência de tuberculose, HIV, hepatites virais, sífilis, transtornos mentais e doenças crônicas.	A privação de liberdade pode agravar vulnerabilidades pré-existentes e produzir novos agravos, especialmente quando há fragilidade estrutural e dificuldade de acesso ao cuidado integral.	Bartos (2023); Brasil (2023); Frazão, Nonato e Lima (2024).
Atuação da enfermagem	A enfermagem atuou na assistência direta, acolhimento, vacinação, organização do cuidado, acompanhamento e educação em saúde.	O enfermeiro ocupa papel central na Atenção Primária Prisional, articulando práticas assistenciais, gerenciais, educativas e preventivas.	Souza e Passos (2008); Silva et al. (2020); Murta et al. (2025).
Potencialidades identificadas	Maior possibilidade de localizar usuários, realizar ações preventivas, atualizar vacinação e acompanhar alguns tratamentos.	O território prisional, apesar de vulnerável, pode ser utilizado como espaço estratégico para ampliar o acesso de homens aos cuidados em saúde.	Brasil (2014); Rego, Oliveira e Oliveira (2025).
Desafios identificados	Limitações estruturais, dependência de escolta, insuficiência de profissionais, demandas urgentes e	A efetivação do direito à saúde no cárcere exige fortalecimento da PNAISP, ampliação das equipes, qualificação profissional e	Brasil (2014); Bartos (2023); Sánchez e Larouzé (2016).

	descontinuidade do cuidado.	integração com a rede do SUS.	

Fonte: Elaborado pela autora, com base na vivência profissional e na literatura consultada.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do presente estudo, evidenciou-se a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde no sistema prisional, com ênfase na promoção, prevenção e continuidade do cuidado. A implementação de ações intersetoriais e o cumprimento das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) são fundamentais para assegurar o direito à saúde dessa população, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A discussão sobre a saúde prisional contribui para a redução das desigualdades em saúde ao dar visibilidade a uma população historicamente marcada por processos de exclusão, discriminação e vulnerabilidade social. A ampliação dos estudos sobre essa temática possibilita maior compreensão da realidade vivenciada no cárcere, favorecendo a construção de estratégias de cuidado mais específicas, humanizadas e efetivas, capazes de promover dignidade, direitos humanos e melhores condições de saúde tanto para as pessoas privadas de liberdade quanto para a sociedade em geral.

Este estudo destaca, de modo especial, a importância de incluir a saúde do homem nas medidas de saúde pública e nas políticas prisionais, considerando que a população carcerária é composta majoritariamente por homens. Aspectos como superlotação, dificuldade de acesso às informações em saúde, condições sanitárias precárias e limitação na continuidade do cuidado tornam o ambiente prisional favorável à disseminação de doenças infecciosas e ao aumento da ocorrência de surtos. Embora a saúde prisional no Brasil esteja respaldada por marcos legais, como a Constituição Federal e a PNAISP, a realidade observada demonstra que tais diretrizes ainda enfrentam desafios para sua plena efetivação.

Entre os principais obstáculos para a melhoria da assistência prestada, destacam-se a superlotação, a inadequação da estrutura física, a insuficiência de equipes multiprofissionais, a escassez de recursos materiais e as dificuldades de articulação com a rede de atenção à saúde. O elevado índice de doenças infectocontagiosas, transtornos mentais e condições crônicas evidencia a vulnerabilidade da população privada de liberdade, que muitas vezes ingressa no sistema prisional já marcada por desigualdades sociais, econômicas e por dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde.

Nesse sentido, observa-se que o ambiente prisional, em vez de se constituir plenamente como espaço de cuidado e tratamento, tende a agravar quadros de adoecimento já existentes e a favorecer o surgimento de novos agravos. Essa realidade reforça a necessidade de reorganização das práticas de saúde no cárcere, com ações planejadas, contínuas e integradas

às necessidades específicas desse território.

Outro fator relevante refere-se à fragilidade da articulação entre as ações de saúde desenvolvidas nas unidades prisionais e a rede de atenção do SUS. Essa desconexão compromete a continuidade do cuidado, especialmente nos momentos de admissão, transferência e saída da pessoa privada de liberdade, dificultando o acompanhamento terapêutico e o processo de reinserção social. Diante disso, torna-se indispensável investir na educação continuada dos profissionais e em uma abordagem interdisciplinar que considere não apenas os aspectos físicos da saúde, mas também as dimensões psicossociais, institucionais e humanas envolvidas no cuidado.

Assim, investir em condições dignas de vida e em assistência integral no cárcere não apenas contribui para a melhoria dos indicadores de saúde, mas também favorece a reintegração social e a redução das desigualdades. Para isso, é imprescindível fortalecer as políticas públicas voltadas à saúde prisional, ampliar o número de profissionais e equipes de saúde, melhorar as condições físicas das unidades e promover maior integração entre o sistema prisional e a rede pública de saúde. O respeito à dignidade da pessoa privada de liberdade e a humanização da assistência devem orientar todas as ações desenvolvidas nesse contexto.

Diante do exposto, conclui-se que a saúde prisional no Brasil permanece como um desafio complexo, que exige compromisso político, gestão eficiente, investimentos adequados e mudança de paradigma. É necessário reconhecer a pessoa privada de liberdade como sujeito de direitos, garantindo-lhe acesso universal, integral e humanizado à saúde. Somente por meio de ações contínuas, articuladas e intersetoriais será possível transformar a realidade atual, fazendo com que o sistema prisional deixe de ser apenas um espaço de exclusão e passe também a contribuir para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos sob custódia do Estado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, J. S. et al. Crescimento da população privada de liberdade no Brasil e seus impactos nas condições de saúde. **Revista de Saúde Pública e Sistema Prisional**, v. 18, n. 2, p. 45-58, 2024.

BARCELLOS, C.; MONKEN, M. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BARTOS, Mariana Scaff Haddad. 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**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 1131-1138, abr. 2023.

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

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1984. Disponível em: ,. Acesso em: 13 abr. 2026.

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

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Campanha Nacional de Combate à Tuberculose no Sistema Prisional**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: bases de dados do SISDEPEN**. Brasília, DF: SENAPPEN, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/bases-de-dados. Acesso em: 13 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 5. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-5a-edicao-revisada-e-atualizada-2022. Acesso em: 13 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 13 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 13 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância sanitária: conceitos e práticas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. **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 no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 13 abr. 2026.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *:* **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPELO, I. L. B. et al. Acesso e cuidado à saúde de mulheres privadas de liberdade na penitenciária cearense. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, 2024.

COSTA, Ediná Alves. Fundamentos da vigilância sanitária. In: COSTA, Ediná Alves (org.). **Vigilância sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 11-36.

FRAZÃO, M. A. S.; NONATO, Í. C. L.; LIMA, Í. B. Saúde mental de pessoas privadas de liberdade no sistema penitenciário brasileiro. **Revista FT**, v. 29, n. 140, 2024.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

LUCCHESE, Geraldo. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 2001. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde da população privada de liberdade no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1995-2004, 2016.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MURTA, Andreia Oliveira de Paula. Atividades de enfermagem nas unidades prisionais de Minas Gerais: parâmetro para quantificação de pessoal de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 30, 2025. DOI: 10.1590/ce.v30i0.95298.

NASCIMENTO, G. C. R. et al. Atrás das grades: efeitos causados pelo encarceramento no homem privado de liberdade e ações de promoção à saúde no âmbito do sistema prisional. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, 2022.

OPENAI. **ChatGPT**. Versão GPT-5.5 Thinking. San Francisco: OpenAI, 2026. Disponível em: https://chat.openai.com/. Acesso em: 26 abr. 2026.

REGO, E. S.; OLIVEIRA, P. L.; OLIVEIRA, G. M. Perfil de saúde do homem em privação de liberdade: uma revisão narrativa. **Acta Scientific Sciences**, v. 1, n. 1, p. 67-76, 2025.

SÁNCHEZ, A.; LAROUZÉ, B. Saúde nas prisões: perspectivas para a saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1995-2004, 2016.

SILVA, M. B.; BARROS, N. F. Condições de vida e saúde da população privada de liberdade no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 660-672, 2018.

SILVA, Naomy Safira Batista da; SOUSA, Anderson Reis de; SOUZA, Kelane Borges Rocha de; OLIVEIRA, Josias Alves de; PEREIRA, Álvaro. Produção do cuidado de enfermagem à saúde de homens em privação de liberdade: discurso coletivo. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 6, p. 78-84, 2020.

SOUZA, K. M. J.; PORTO, M. F. S. Sistema prisional e vulnerabilidade social: desafios para a saúde pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 38-50, 2019.

SOUZA, Mônica Oliveira da Silva e; PASSOS, Joanir Pereira. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 417-423, set. 2008.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. Determinantes sociais da saúde e desigualdades no acesso aos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, supl. 1, p. 47-55, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prisons and health**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014.