

DOI: <https://doi.org/10.58871/225506.C13>

**ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: DESAFIOS E  
ESTRATÉGIAS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

*HEALTHCARE FOR INCARCERATED INDIVIDUALS: CHALLENGES TO COMPREHENSIVE CARE*

**ELOISA GANAZZA MATTERA**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM)

**ANA CLARA OLIVEIRA MEDEIROS GALVÃO**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

**ANA FLÁVIA STEFANNE SANTOS**

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Anhanguera

**ISMÊNIA EDWIRGES BERNARDES MARÇAL**

Doutoranda em Clínica Odontológica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

**JULIA EMMILY GOMES DOS SANTOS SILVA**

Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande- UFCG

**LAISE DE MELO VITAL SOUTO**

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA)

**MARINA CEREIJIDO MARQUINE**

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Brasília (CEUB)

**RAFAELA ALINE DA SILVA AZEVEDO**

Residente de Enfermagem em Centro Cirúrgico pela Escola de Saúde Pública do DF - ESPDF  
Enfermeira pela Faculdade Anhanguera de Valparaíso

**SHEILA EMANUELLE INÁCIO MIRANDA**

Graduanda em Enfermagem pela Associação Educacional Luterana Bom Jesus/IELUSC

**VINICIUS DJR DJR JAN JORGE**

Médico formado pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC)

## RESUMO

**Introdução:** A saúde é um direito fundamental garantido pelo Estado à todos, inclusive à população privada de liberdade. Entretanto, a grave crise estrutural dos presídios desafia a efetivação dessa assistência integral. **Objetivo:** Analisar os principais desafios enfrentados e as estratégias implementadas para a garantia da integralidade do cuidado na atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por meio das bases de dados MEDLINE e LILACS. A estratégia de busca foi estruturada a partir dos Descritores em Ciências da Saúde. Foram incluídos estudos primários e secundários, publicados entre 2021 e 2026, em português ou inglês, disponíveis em texto completo e com pertinência direta à questão norteadora. Foram excluídas teses, dissertações, monografias, editoriais, comentários e literatura não convencional. Ao final, 10 estudos foram selecionados para compor a análise. **Resultados e Discussão:** A análise demonstra que a efetivação da saúde no sistema prisional brasileiro esbarra em barreiras estruturais, superlotação e na subordinação da assistência às normas de segurança. Embora a legislação garanta o direito à atenção integral e as políticas públicas busquem expandir as ações do Sistema Único de Saúde para o cárcere, a fragmentação do cuidado ainda predomina nas unidades. Diante desse cenário de negligência e estigma social, a abordagem multiprofissional e o uso da telemedicina destacam-se como estratégias essenciais. **Considerações Finais:** Conclui-se que há uma grande distância entre as leis e a realidade da saúde prisional, onde o cuidado é fragmentado e limitado por superlotação e falta de recursos. Para garantir a integralidade, não bastam apenas normas, mas investimentos estruturais, equipes multiprofissionais e articulação intersetorial.

**Palavras-chave:** Assistência integral à saúde; Pessoas privadas de liberdade; Saúde pública.

## ABSTRACT

**Introduction:** Health is a fundamental right guaranteed by the State to everyone, including the incarcerated population. However, the severe structural crisis in prisons challenges the effective delivery of this comprehensive care. **Objective:** To analyze the main challenges faced and the strategies implemented to ensure comprehensive healthcare for incarcerated individuals. **Methodology:** This is an integrative literature review conducted using the MEDLINE and LILACS databases. The search strategy was structured based on Health Sciences Descriptors (DeCS). Primary and secondary studies published between 2021 and 2026—in Portuguese or English, available in full text, and directly relevant to the guiding question—were included. Theses, dissertations, monographs, editorials, commentaries, and non-conventional literature were excluded. Ultimately, 10 studies were selected for the analysis. **Results and Discussion:** The analysis demonstrates that the implementation of healthcare within the Brazilian prison system faces structural barriers, overcrowding, and the subordination of care to security protocols. Although legislation guarantees the right to comprehensive care and public policies aim to extend the Unified Health System's services to the prison environment, fragmented care remains prevalent in these facilities. Given this context of neglect and social stigma, a multidisciplinary approach and the use of telemedicine stand out as essential strategies. **Final Considerations:** It is concluded that there is a significant gap between the laws and the reality of prison healthcare, where care is fragmented and constrained by overcrowding and a lack of resources. Ensuring comprehensive care requires not only regulations but also structural investments, multidisciplinary teams, and intersectoral coordination.

**Keywords:** Comprehensive health care; Persons deprived of liberty; Public health.

## INTRODUÇÃO

O conceito de saúde vai muito além do bem-estar físico. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde caracteriza-se como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade (Brasil, 2021). Seria a conjuntura ideal do pleno funcionamento do organismo, boas práticas de vida, equilíbrio emocional e qualidade nas relações interpessoais. A saúde é direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988), sobretudo aqueles que estão privados de liberdade, vistos por muitos sob o estigma da exclusão, mas que constitucionalmente mantêm o direito intransferível à dignidade humana e à assistência integral à saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1984).

A Lei de Execução Penal (LEP), Lei nº 7.210/1984, disciplina a execução das sanções penais no ordenamento brasileiro. Longe de possuir um caráter meramente punitivo, a LEP estabelece que a privação de liberdade deve visar à reinserção social do indivíduo. Para tanto, impõe ao Estado o dever de assegurar assistências fundamentais, tais como alimentação, saúde, educação, trabalho, liberdade religiosa e assistência jurídica (Brasil, 1984).

No entanto, a realidade do sistema prisional brasileiro distancia-se do que se é proposto perante a lei. Dados disponibilizados por meio do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), caracterizam o sistema prisional brasileiro circundado em em uma crise crônica marcada pela superlotação e insalubridade. O Brasil é o país com a terceira maior População Privada de Liberdade (PPL) do mundo, somando mais de 850 mil pessoas entre as grandes. Para além da superlotação, esse panorama é marcado pela violência intramuros, onde a taxa de mortes violentas intencionais (MVI) no ambiente carcerário é quatro vezes superior à da população geral, enquanto os índices de suicídio entre os detentos apresentam uma frequência três vezes maior, expondo a severa crise na garantia da integridade física e mental dessa população (Brasil, 2025).

Ambientes superlotados, com condições insalubres de higiene, habitação e alimentação agem como barreiras para alcançar condições de saúde meramente adequadas. Sob essa ótica, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1/2014, foi desenhada para expandir o alcance das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no ambiente carcerário. O objetivo é integrar essa vertente assistencial às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Por meio das Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), a PNAISP busca assegurar estratégias de prevenção, diagnóstico, amenização de danos e o tratamento das patologias mais prevalentes na população carcerária (Brasil, 2014).

A integralidade no sistema prisional exige enxergar o indivíduo de maneira holística, oferecendo uma assistência que engloba desde a prevenção de agravos até o tratamento curativo e o suporte psicológico. Entretanto, ainda existe uma distância entre a teoria e a realidade do ambiente carcerário. Embora existam leis bem estruturadas como a PNAISP, na prática os profissionais deparam-se com diversas barreiras operacionais e estruturais que dificultam a efetivação de um cuidado integral (Barbosa *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo central analisar os principais desafios enfrentados e as estratégias implementadas para a garantia da integralidade do cuidado na atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, método amplamente empregado para a síntese e interpretação de evidências provenientes de diferentes estudos. Sua condução seguiu um processo sistematizado, composto por seis etapas: 1) formulação da questão norteadora; 2) busca na literatura; 3) categorização dos dados; 4) análise dos dados; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão integrativa (Dantas *et al.* 2021).

Inicialmente, procedeu-se à formulação do problema de pesquisa com base na estratégia PICO (Tabela 1), da qual derivou a seguinte questão norteadora: “Quais os principais desafios e estratégias para a efetivação da integralidade na atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade?”.

**Tabela 1 - Aplicação da estratégia PICO**

| ACRÔNIMO | DEFINIÇÃO | APLICAÇÃO                                               |
|----------|-----------|---------------------------------------------------------|
| P        | População | Pessoas privadas de liberdade                           |
| I        | Interesse | Barreiras e estratégias para a integralidade do cuidado |
| Co       | Contexto  | Serviços de saúde no contexto carcerário                |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

A busca bibliográfica foi realizada em bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A estratégia de busca foi estruturada a partir de descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados a variações terminológicas, utilizando os operadores booleanos *AND* e *OR*. Com objetivo de garantir a reprodutibilidade do estudo, as estratégias

adotadas foram sistematizadas e apresentadas na Tabela 2.

**Tabela 2** - Estratégia de busca nas bases de dados

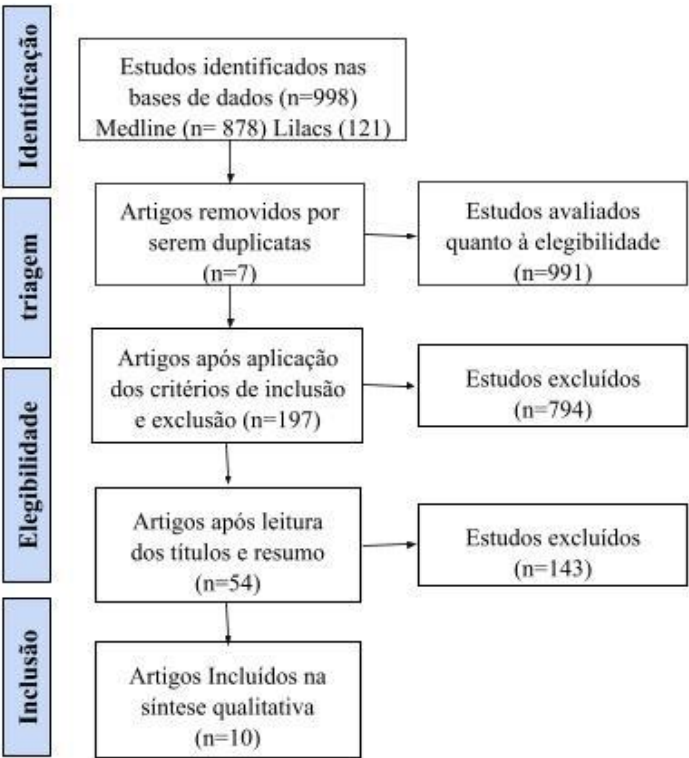
| BASE DE DADOS | ESTRATÉGIA DE BUSCA                                                                | RESULTADOS | APÓS APLICAÇÃO DOS FILTROS |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|
| MEDLINE       | (Pessoas Privadas de Liberdade OR Prisioneiros) AND (Assistência Integral à Saúde) | 35         | 2                          |
|               | (Pessoas Privadas de Liberdade OR Prisioneiros) AND (Acesso aos Serviços de Saúde) | 843        | 146                        |
| LILACS        | (Pessoas Privadas de Liberdade OR Prisioneiros) AND (Assistência Integral à Saúde) | 49         | 21                         |
|               | (Pessoas Privadas de Liberdade OR Prisioneiros) AND (Acesso aos Serviços de Saúde) | 71         | 28                         |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Foram adotados como critérios de inclusão: estudos primários e secundários, publicados entre 2021 e 2026, em português ou inglês, disponíveis em texto completo e com pertinência direta à questão norteadora. Como critérios de exclusão, consideraram-se teses, dissertações, monografias, editoriais, comentários e literatura não convencional.

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi documentado por meio do fluxograma *PRISMA*, utilizado para assegurar o rigor metodológico na seleção das evidências.

**Figura 1** - Fluxograma das etapas de identificação e seleção dos artigos



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Inicialmente, foram identificados 998 estudos, destes, 7 foram excluídos por duplicidade. Em seguida, procedeu-se à aplicação dos critérios de elegibilidade, resultando em 197 estudos. Esses foram submetidos à triagem por títulos e resumos, etapa em que 143 foram excluídos. Com base nos critérios definidos, 54 estudos foram selecionados para leitura na íntegra e submetidos a análise crítica, considerando delineamento, relevância e rigor metodológico, resultando em uma amostra final de 10 artigos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise crítica dos estudos selecionados, realizou-se a sistematização em um quadro sinóptico (Quadro 1), composto pelos elementos: número identificador, autor(es), ano de publicação, título do artigo, desenho metodológico, país de origem e periódico.

**Quadro 1** - Descrição dos estudos selecionados para revisão integrativa

| Nº | Autor/ Ano                      | Título do artigo                                                                                                                                                                                                               | Tipo de estudo                                               | País      | Periódico                                           |
|----|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------|
| 1  | Almeida Neto (2024)             | Discussão transdisciplinar em relação às políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira: avaliações e práticas na promoção em saúde                                                                      | Revisão narrativa da literatura com análise documental       | Brasil    | Revista Saúde em Redes                              |
| 2  | Bartos (2023)                   | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade                                                                           | Ensaio teórico/reflexivo, de abordagem qualitativa           | Brasil    | Revista Ciência & Saúde Coletiva                    |
| 3  | Caçador <i>et al.</i> (2021)    | Acesso ao direito à saúde no cárcere: entre o prescrito e o real                                                                                                                                                               | Estudo qualitativo                                           | Brasil    | Revista Nursing                                     |
| 4  | Costa <i>et al.</i> (2023)      | Enfermagem nas prisões, uma prática de atenção básica em saúde: revisão narrativa                                                                                                                                              | Revisão narrativa, com abordagem qualitativa                 | Brasil    | Revista Ciencia y Enfermeria                        |
| 5  | Costa; Arze; Campos (2021)      | Telemedicina como estratégia de assistência à saúde para pessoas privadas de liberdade: um relato de experiência                                                                                                               | Relato de experiência descritivo, quantitativo e qualitativo | Brasil    | Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases. |
| 6  | Hooper; Virdun; Phillips (2025) | Estratégias de capacitação para apoiar profissionais de saúde do sistema prisional e de justiça na prestação de cuidados de saúde baseados nas melhores evidências para pessoas privadas de liberdade: uma revisão sistemática | Revisão sistemática da literatura                            | Austrália | International Journal for Equity in Health.         |

|    |                               |                                                                                                                   |                                                             |                |                                                |
|----|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 7  | Lupez <i>et al.</i> (2024)    | Saúde, acesso ao atendimento e barreiras financeiras ao atendimento entre pessoas encarceradas em prisões dos EUA | Estudo transversal analítico                                | Estados Unidos | JAMA Internal Medicine                         |
| 8  | Rossetto <i>et al.</i> (2022) | Olhar profissional no atendimento em saúde às pessoas privadas de liberdade: revisão integrativa                  | Revisão integrativa da literatura                           | Brasil         | Revista Trabalho, Educação e Saúde             |
| 9  | Serra <i>et al.</i> (2022)    | Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no sistema prisional: um desafio para a saúde pública          | Estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa | Brasil         | Revista Ciência & Saúde Coletiva               |
| 10 | Simas <i>et al.</i> (2021)    | Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil                          | Estudo qualitativo documental                               | Brasil         | Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

A partir dos estudos selecionados, os dados foram organizados em três eixos temáticos para garantir uma leitura estruturada. Essa divisão permite compreender a relação entre a teoria, os problemas práticos e os caminhos para alcançar a integralidade do cuidado.

- **Políticas públicas e legislação de saúde no sistema prisional**

A PNAISP caracteriza-se como um marco fundamental para o sistema carcerário, o seu funcionamento tem como base a estruturação de equipes multiprofissionais que operam diretamente dentro dos presídios, transformando esses espaços restritos em portas de entrada para o SUS. Dessa forma, a política busca oferecer um cuidado contínuo, garantindo que a população carcerária tenha acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Bartos (2023) evidencia que embora a legislação brasileira garanta o direito à saúde integral e gratuita a todos os cidadãos, o funcionamento efetivo dessa política depende principalmente da intersetorialidade.

A rotina penitenciária é marcada por protocolos rígidos de contenção e escolta, e a ausência de diálogo entre a administração prisional e as equipes médicas o que frequentemente inviabiliza o acesso aos tratamentos. Nesse sentido, a concretização da assistência exige que os setores da segurança pública e da saúde trabalhem de forma articulada, superando a visão de que essas dimensões são prioridades opostas. O foco principal dessa colaboração é garantir a equidade no cuidado, ou seja, oferecer uma assistência direcionada a essa população que vive em situação de extrema vulnerabilidade e

possui necessidades de saúde específicas. Nessa perspectiva, será possível assegurar um cuidado qualificado à população privada de liberdade e garantir que as políticas públicas sejam verdadeiramente inclusivas (Bartos, 2023).

Ademais, conforme as diretrizes da PNAISP, a assistência à saúde no sistema prisional não deve limitar-se apenas ao modelo biomédico tradicional, voltado ao diagnóstico e tratamento de doenças físicas, bem como a medicalização. Essa visão desconsidera que as condições extremas de sobrevivência, o confinamento e o sofrimento psíquico decorrente da perda da liberdade podem estar intrinsecamente relacionadas ao adoecimento do indivíduo. Nesse contexto, as políticas e iniciativas de saúde exigem um olhar ampliado, reconhecendo que a saúde mental e o ambiente social são determinantes fundamentais para o bem-estar dos detentos (Almeida Neto, 2024).

Ao pensar-se no bem-estar de PPL, há na sociedade uma visão enraizada de que essa população deve ou merece sofrer física ou mentalmente em decorrência dos crimes que cometeu. Essa perspectiva punitivista e moralizadora, muitas vezes refletida na negligência institucional descrita por Rocha (2025), naturaliza o cárcere não apenas como restrição do direito de ir e vir, mas como um espaço de desumanização e punição contínua. Consequentemente, o sistema de saúde dentro das prisões passa a ser visto como um privilégio imerecido, e não como um direito fundamental garantido pela Constituição Federal. Esse estigma social fortalece a invisibilidade das demandas de saúde e reforça o preconceito, dificultando a efetivação de políticas públicas humanizadas (Almeida Neto, 2024).

Nesse contexto, a abordagem transdisciplinar e o trabalho multiprofissional são essenciais para superar a perspectiva puramente biológica do sujeito. Ao integrar os saberes de diferentes áreas, o cuidado deixa de ser focado apenas em responder a sintomas físicos e passa a abranger o indivíduo de forma holística. Esse modelo de assistência promove um ambiente onde as dimensões subjetivas e as vulnerabilidades sociais são consideradas como fatores tão importantes quanto os sintomas, focando em estratégias de escuta e acolhimento que valorizam a humanização do cuidado que por muitas vezes é negligenciada nesse setor (Almeida Neto, 2024).

Assim, a atuação multidisciplinar não apenas otimiza o tratamento clínico, mas torna-se um pilar fundamental para a dignidade do paciente. Esse modelo vai muito além de tratar doenças já instaladas, ele engloba ações de prevenção, educação em saúde e acolhimento humanizado, criando um espaço onde o acompanhamento psicológico e o suporte social trabalham juntos. Essa abordagem integrada é o que permite fornecer o suporte

necessário para a reintegração à sociedade, transformando o cuidado em saúde em uma ferramenta efetiva de cidadania (Almeida Neto, 2024).

- **Desafios na atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade**

Segundo Hooper, Viridun e Phillips (2025) e Rossetto *et al.* (2022), a atenção à saúde das PPL é fundamentada no princípio da equivalência. Esse preceito estabelece que a assistência no sistema prisional deve equivaler àquela oferecida à comunidade em geral, conforme preconizado pelas Regras de Mandela da Organização das Nações Unidas (ONU) e, no cenário nacional, pela PNAISP. Contudo, a efetivação desse direito esbarra em obstáculos significativos, uma vez que o ambiente carcerário é marcado por superlotação, condições precárias de higiene e barreiras que comprometem a integralidade do cuidado.

O modelo de atenção à saúde das PPL no Brasil apresenta um importante distanciamento entre as políticas públicas e sua efetivação no cotidiano prisional. Embora o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e a PNAISP tenham representado avanços na garantia do acesso ao SUS, ainda persistem dificuldades para assegurar uma atenção integral, contínua e resolutiva. Segundo Simas *et al.* (2021), a existência de normas não tem sido suficiente para superar as desigualdades, as limitações estruturais e a violência institucional presentes nas unidades prisionais.

Nesse contexto, evidencia-se o esgotamento de um modelo ainda direcionado principalmente à resposta aos agravos já instalados, em detrimento da promoção da saúde e da prevenção de doenças. A lógica da urgência é agravada pelas condições epidemiológicas e ambientais das prisões, enquanto a organização institucional permanece fortemente influenciada pelas demandas de segurança. Além disso, a precariedade dos espaços de atendimento, a superlotação e as condições inadequadas de encarceramento dificultam o trabalho das equipes e podem comprometer a efetividade das ações de prevenção, tratamento e acompanhamento (Simas *et al.*, 2021).

Essa distância entre o que está previsto nas políticas públicas e o que ocorre na prática também foi demonstrada por Caçador *et al.* (2021). Os autores identificaram que, embora o direito à saúde esteja assegurado às PPL, existem barreiras concretas para sua efetivação. Entre elas, destacam-se a dependência dos agentes penitenciários para a comunicação da necessidade de atendimento e as dificuldades para acessar serviços externos, evidenciando que o cuidado pode estar condicionado à dinâmica e à estrutura do sistema prisional.

Em consonância à Bartos (2023), um dos principais obstáculos operacionais identificados por Caçador *et al.* (2021) é justamente a subordinação da assistência às

condições de segurança. O acesso ao atendimento externo depende da disponibilidade de agentes para realizar a escolta e, consequentemente, a ausência de efetivo pode dificultar ou impedir o atendimento. Somam-se a isso a ausência de profissionais de saúde em tempo integral e dificuldades relacionadas à disponibilidade de medicamentos, demonstrando que as barreiras ao cuidado são também administrativas, burocráticas e organizacionais.

Dessa forma, Caçador *et al.* (2021) complementam a análise de Simas *et al.* (2021) ao evidenciar como o descompasso entre teoria e prática se concretiza no cotidiano prisional. Enquanto Simas *et al.* (2021) destacam as limitações das políticas e da organização da atenção à saúde, Caçador *et al.* (2021) demonstram que o acesso pode ser condicionado pela disponibilidade de agentes, escolta, profissionais e medicamentos.

Nesse panorama, Rossetto *et al.* (2022) evidenciam que a prática assistencial é frequentemente prejudicada por estigmas arraigados, manifestados no preconceito contra a população carcerária e na desumanização do atendimento. Os autores apontam que essa lacuna é agravada por deficiências na formação acadêmica, visto que a saúde prisional é pouco abordada nos cursos de graduação, resultando em profissionais com limitada capacitação para atuar nesse cenário. Além do estigma, Hooper, Viridun e Phillips (2025) corroboram ao destacar que barreiras estruturais e o conflito de papéis entre as equipes de saúde e de segurança representam desafios críticos. Enquanto os agentes de segurança priorizam a contenção e a ordem, os profissionais de saúde buscam atender aos padrões clínicos da comunidade, gerando tensões que podem limitar a autonomia técnica e a privacidade do paciente.

Os estudos também ressaltam que grupos específicos sofrem de maneira desproporcional com essas vulnerabilidades. Pessoas transgênero frequentemente enfrentam o desrespeito à sua identidade de gênero por parte das equipes de custódia, ao passo que mulheres gestantes muitas vezes carecem de suporte humanizado adequado, incluindo o acompanhamento de doulas (Rossetto *et al.*, 2022). Ademais, a mudança no perfil epidemiológico da população carcerária, caracterizada pelo envelhecimento progressivo e pelo aumento de demandas complexas ligadas a doenças crônicas e demências, exige adaptações estruturais do sistema para a oferta de diagnósticos precisos e cuidados paliativos (Hooper; Viridun; Phillips, 2025).

Sob outra perspectiva, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) configuram um importante problema de saúde pública no contexto prisional. De acordo com Serra *et al.* (2022), as características inerentes ao ambiente carcerário favorecem o desenvolvimento e a progressão dessas enfermidades, tornando as prisões espaços de elevada vulnerabilidade para

a saúde das PPL. O confinamento prolongado, a superlotação, a limitação de áreas destinadas às atividades recreativas e a inexistência de programas institucionais voltados à prática regular de exercícios físicos contribuem para a adoção de hábitos sedentários, fator diretamente associado ao aparecimento de alterações metabólicas e doenças cardiovasculares.

Além do sedentarismo, a alimentação oferecida nas unidades prisionais representa outro importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento das DCNT. Segundo Serra *et al.* (2022), embora sejam fornecidas refeições diárias, os internos frequentemente manifestam insatisfação quanto à qualidade, quantidade e variedade dos alimentos disponibilizados, destacando a baixa oferta de frutas e hortaliças e a predominância de alimentos refinados. Soma-se a esse cenário a ausência de nutricionistas em diversas unidades prisionais, o que pode comprometer a elaboração de cardápios mais equilibrados e adequados às necessidades nutricionais da população encarcerada.

Outro desafio relevante para a atenção à saúde dessa população refere-se ao acompanhamento longitudinal dos indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Conforme destacado por Serra *et al.* (2022), a natureza crônica dessas enfermidades exige monitoramento contínuo, adesão ao tratamento e acesso regular aos diferentes níveis de atenção à saúde. Entretanto, a integralidade do cuidado nem sempre pode ser garantida no interior das unidades prisionais, tornando necessários encaminhamentos para outros pontos da RAS que dependem de uma complexa articulação entre os serviços de saúde, os profissionais do sistema prisional e os órgãos responsáveis pela segurança e escolta dos indivíduos custodiados pelo Estado.

As limitações relacionadas ao acesso à saúde no cárcere não constituem uma realidade exclusiva do Brasil. Conforme Lupez *et al.* (2025), a população prisional dos Estados Unidos também apresenta elevada prevalência de DCNT e transtornos mentais, coexistindo com importantes barreiras ao acesso aos serviços de saúde, mesmo em um país com ampla disponibilidade de recursos tecnológicos e financeiros. Os autores evidenciaram que uma parcela significativa dos indivíduos privados de liberdade não recebe acompanhamento adequado para suas condições de saúde, revelando que a privação de liberdade frequentemente é acompanhada por situações de negligência e desassistência institucional.

Nos Estados Unidos, a exigência de coparticipação financeira para consultas médicas mostrou-se associada à redução da procura por atendimento, sobretudo quando os custos superavam o equivalente a uma semana de remuneração do trabalho prisional (Lupez *et al.*, 2025). Esses achados evidenciam que as limitações econômicas podem representar uma

barreira adicional ao acesso aos serviços de saúde, aprofundando as desigualdades já vivenciadas por uma população historicamente marcada pela vulnerabilidade social.

Nesse contexto, a privação de liberdade não implica apenas a restrição do direito de ir e vir, mas também estabelece uma condição de dependência quase absoluta do Estado para a garantia das necessidades básicas de cuidado. Assim, diante da insuficiência de investimentos, da escassez de profissionais, da superlotação e da precariedade das estruturas prisionais, os indivíduos encarcerados tornam-se mais suscetíveis ao agravamento de doenças preexistentes e ao surgimento de novos agravos à saúde (Lupez *et al.*, 2025).

Dessa forma, as evidências apresentadas por Serra *et al.* (2022) e Lupez *et al.* (2025) demonstram que os desafios relacionados ao acesso à saúde no sistema prisional transcendem fronteiras nacionais e configuram um problema de alcance global. Tanto em países de renda média, como o Brasil, quanto em nações economicamente desenvolvidas, como os Estados Unidos, persistem obstáculos à continuidade do tratamento, à implementação de ações preventivas e à efetivação do cuidado integral. Esse cenário revela que a exclusão sanitária das PPL está intimamente relacionada à histórica invisibilidade social dessa população e à insuficiente prioridade conferida pelo Estado às políticas de saúde prisional, perpetuando um contexto de negligência que transforma as prisões em espaços de produção, manutenção e agravamento de doenças.

- **Estratégias para a efetivação do cuidado no cárcere**

A efetivação do cuidado à saúde no sistema prisional requer a organização de estratégias capazes de articular ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, considerando as particularidades do ambiente carcerário. Nesse contexto, a enfermagem assume papel de destaque, especialmente por sua atuação na Atenção Primária à Saúde (APS). Costa *et al.* (2023) evidenciaram que esses profissionais participam de diferentes ações assistenciais e gerenciais, constituindo-se como fundamentais para a identificação e o acompanhamento das necessidades de saúde dessa população.

Entre as estratégias desenvolvidas estão a realização do exame físico, a identificação de problemas de saúde, a investigação de doenças infectocontagiosas e condições de saúde mental, além do acompanhamento de doenças agudas e crônicas. Também são destacadas a administração de medicamentos, a educação em saúde, os atendimentos de urgência e emergência, os cuidados pós-operatórios e paliativos e os encaminhamentos para outros profissionais e serviços. Essas ações favorecem o acompanhamento das condições de saúde e

a identificação precoce de agravos, contribuindo para uma assistência mais integral e resolutiva (Costa *et al.* 2023).

Outro aspecto relevante refere-se à gestão do cuidado. O enfermeiro pode atuar no gerenciamento de casos, na organização de registros e fichas clínicas, no agendamento de consultas especializadas e na articulação com serviços externos à unidade prisional. Para Costa *et al.* (2023), a gestão de casos realizada pela enfermagem contribui para a integralidade e a resolutividade da atenção à saúde dos indivíduos em cárcere, enquanto a adoção de protocolos e diretrizes assistenciais pode favorecer a sistematização e a qualificação das práticas profissionais.

Entretanto, a efetivação dessas estratégias depende da superação de obstáculos estruturais e operacionais da própria organização do sistema prisional. Desse modo, o fortalecimento da enfermagem prisional, a capacitação contínua dos profissionais e a elaboração de diretrizes assistenciais configuram-se como medidas fundamentais para mitigar barreiras e assegurar a continuidade do cuidado (Costa *et al.*, 2023). Nessa perspectiva, a atuação da enfermagem no cárcere perpassa a realização de procedimentos pontuais, abrangendo ações de monitoramento, educação em saúde, prevenção de agravos e articulação gerencial. A consolidação dessas práticas aproxima a assistência prestada aos princípios de integralidade, equidade e resolutividade, reconhecendo que a privação de liberdade não deve representar a privação do direito à saúde (Costa *et al.*, 2023).

Ademais, como bem enfatizado por Almeida Neto (2024), no contexto da APS, a coordenação do cuidado por uma equipe multiprofissional é essencial para a promoção de uma assistência integral e qualificada. Nesse sentido, diante das barreiras de acesso que dificultam a prestação de serviços no ambiente prisional, a atuação integrada entre profissionais de enfermagem, medicina, serviço social e psicologia torna-se indispensável para superar a fragmentação do cuidado. Essa articulação multidisciplinar não apenas amplia a resolutividade dos atendimentos prestados às pessoas privadas de liberdade, mas também assegura que os princípios do SUS sejam efetivamente aplicados, mesmo em espaços de confinamento marcados por vulnerabilidades estruturais.

Outra estratégia fundamental para qualificar a assistência no sistema prisional é o uso da telemedicina como recurso tecnológico para ampliar o acesso à avaliação médica especializada. Essa modalidade viabiliza o atendimento à distância, permitindo que a pessoa privada de liberdade seja avaliada sem a necessidade de deslocamento físico até uma unidade externa, o que mostra-se especialmente relevante diante das barreiras logísticas e de segurança inerentes ao ambiente carcerário (Costa; Arze; Campos, 2022). Além de otimizar a gestão

pública ao reduzir os custos e os riscos operacionais associados à escolta policial, a ferramenta promove maior agilidade e eficiência na resolutividade dos casos, assegurando o direito à saúde desse público de maneira segura e viável. (Costa; Arze; Campos, 2022).

Outro aspecto relevante refere-se à agilidade na assistência. A possibilidade de realizar avaliações médicas sem a necessidade de deslocamento físico otimiza o tempo entre a identificação de uma demanda de saúde e o atendimento especializado, o que favorece a tomada de decisão clínica e o diagnóstico oportuno. Desse modo, a telemedicina consolida-se como uma ferramenta capaz de articular tecnologia, acesso e segurança no ambiente prisional, mitigando barreiras logísticas, ampliando a oferta de cuidados especializados e assegurando a efetivação da assistência integral (Costa; Arze; Campos, 2022).

Para superar os desafios evidenciados anteriormente, as estratégias de qualificação do cuidado devem ir além de treinamentos didáticos de curta duração, priorizando o fortalecimento de competências nos níveis individual, organizacional e comunitário. Nesse sentido, Hooper, Virdun e Phillips (2025) demonstram que abordagens pedagógicas baseadas na aprendizagem experiencial e no co-design com a própria força de trabalho prisional geram resultados mais satisfatórios na mudança de atitudes e na retenção do conhecimento. Conforme discutido por Rossetto *et al.* (2022), a humanização proposta pela PNAISP torna-se essencial para o estabelecimento de vínculos de confiança e para a promoção da autonomia dos indivíduos privados de liberdade. Em última análise, os autores defendem que a integralidade do cuidado requer uma articulação sólida entre as redes de saúde e de justiça, assegurando que o sistema prisional funcione não apenas como espaço de punição, mas também como ambiente de preservação da dignidade humana e garantia do direito à saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente revisão permitiu analisar os principais desafios e as estratégias relacionadas à efetivação da integralidade na atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade. Os estudos evidenciaram que, apesar dos avanços representados pela Constituição Federal, pela Lei de Execução Penal e pela PNAISP, permanece um expressivo distanciamento entre os direitos formalmente assegurados e a assistência oferecida no cotidiano das unidades prisionais. Nesse contexto, o cuidado ainda se apresenta fragmentado, predominantemente direcionado aos agravos já instalados e frequentemente subordinado às rotinas de segurança.

Entre os principais desafios identificados destacam-se a superlotação, a insalubridade, a precariedade da infraestrutura, a insuficiência de profissionais e recursos materiais, as limitações no fornecimento de medicamentos e a dependência de escoltas para o acesso aos

serviços externos. Essas condições comprometem as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico oportuno, continuidade do tratamento e acompanhamento das condições crônicas e de saúde mental. Além disso, o estigma social dirigido às pessoas privadas de liberdade, a permanência de concepções punitivistas e a insuficiente preparação de parte dos profissionais contribuem para a desumanização da assistência e para a invisibilidade das necessidades específicas dessa população.

Como estratégias para enfrentar essas limitações, destacam-se o fortalecimento das equipes multiprofissionais, a articulação entre os setores da saúde, da justiça e da administração penitenciária, a integração efetiva das unidades prisionais às RAS e a qualificação permanente dos profissionais. A atuação da enfermagem na triagem, no acompanhamento, na educação em saúde e na gestão dos casos mostra-se fundamental para a continuidade do cuidado. Do mesmo modo, a elaboração de protocolos assistenciais e a utilização complementar da telemedicina podem ampliar o acesso, agilizar avaliações especializadas e reduzir barreiras associadas ao deslocamento e à escolta.

Conclui-se, portanto, que a garantia da integralidade do cuidado no sistema prisional não depende apenas da existência de normas e políticas públicas, mas de investimentos estruturais, recursos humanos suficientes, articulação intersetorial e compromisso institucional com a humanização, a equidade e a continuidade da assistência. Considerando que a privação de liberdade não suspende o direito à saúde, assegurar um cuidado integral a essa população representa uma responsabilidade do Estado e uma condição indispensável à preservação da dignidade humana.

Como limitações desta revisão, reconhecem-se a utilização de duas bases de dados, a delimitação temporal e linguística e o número reduzido de estudos incluídos. Recomenda-se, assim, a realização de novas pesquisas que avaliem a implementação e a efetividade das estratégias de atenção à saúde no cotidiano das unidades prisionais, especialmente quanto à continuidade do cuidado, à saúde mental, às doenças crônicas e às necessidades de grupos que vivenciam vulnerabilidades específicas no cárcere.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA NETO, J. B. Discussão transdisciplinar em relação às políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira: avaliações e práticas na promoção em saúde. **Revista Saúde em Redes**, v. 10, n. 1, p. 1-16, 2024.

BARBOSA, M. L. *et al.* Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. 517-524.

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. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 1131-1138, 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

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 Saúde. O que significa ter saúde? Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Sobre a PNAISP. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Observatório Nacional dos Direitos Humanos disponibiliza dados sobre o sistema prisional brasileiro. Brasília, DF: MDHC, 3 fev. 2025.

CAÇADOR, B. S. *et al.* Acesso ao direito à saúde no cárcere: entre o prescrito e o real. **Revista Nursing**, v. 24, n. 281, p. 6281-6284, 2021.

COSTA, M. C. *et al.* Enfermagem nas prisões, uma prática de atenção básica em saúde: revisão narrativa. **Ciencia y enfermería**, v. 29, p. 1-15, 2023.

COSTA, M. C.; ARZE, W. N. C.; CAMPOS, A. C. C. Telemedicine as a health care strategy for persons deprived of liberty: an experience report. **Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases**, v. 33, p. 1-4, 2021.

HOOPER, M.; VIRDUN, C.; PHILLIPS, J. L. Capacity-building strategies that support correctional and justice health professionals to provide best-evidenced based healthcare for people in prison: a systematic review. **International Journal for Equity in Health**, v. 24, p. 1-22, 2025.

LUPEZ, E. L. *et al.* Health, Access to Care, and Financial Barriers to Care Among People Incarcerated in US Prisons. **JAMA Internal Medicine**, v. 184, n. 10, p. 1176-1184, 2024.

ROCHA, L. S. Sistema carcerário brasileiro: a falência do modelo punitivo e o princípio da dignidade da pessoa humana. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2025.

ROSSETTO, M. *et al.* Olhar profissional no atendimento em saúde às pessoas privadas de liberdade: revisão integrativa. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. 1-15, 2022.

SERRA, R. M. *et al.* Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no sistema prisional: um desafio para a saúde pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p. 4475-4484, 2022.

SIMAS, L. *et al.* Análise crítica do modelo de atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 39-55, 2021.