



PBPC
ISSN 2674-9432



Qualis A3
CAPES 2021-2024



DOI - Crossref

Latindex

Indexado no
Google Acadêmico

Políticas Públicas Voltadas à Saúde da População Carcerária e os Desafios da Integralidade do Cuidado no Brasil

Carlos Lopatiuk¹; Carla Emanuele Lopatiuk²; Luan Cruz Barreto³; Érica Thalita Bonifácio da Silva⁴; Ayane de Araújo Beserra⁵; Rayara Cassia de Oliveira da Silva⁶; Rafael Leituga de Carvalho Cavalcante⁷; Wesley Epifanio Sarmiento⁸; Victor Hugo Moreira de Lima⁹; Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante¹⁰



<https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n4p51-66>

Artigo recebido em 2 de Abril e publicado em 2 de Junho de 2026

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

OBJETIVO: analisar as políticas públicas direcionadas à saúde das pessoas privadas de liberdade e discutir os desafios relacionados à integralidade do cuidado no sistema prisional brasileiro, à luz dos princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo. A busca foi realizada nas bases SciELO, BVS, LILACS e MEDLINE/PubMed, complementada por documentos oficiais, legislações, portarias e publicações governamentais relacionadas à saúde prisional. Foram incluídos estudos publicados entre 2015 e 2026, disponíveis na íntegra e alinhados ao objetivo da pesquisa. Ao final do processo de seleção, sete documentos compuseram a amostra analisada. **RESULTADOS:** Os achados evidenciaram avanços importantes com a implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, que ampliaram a inserção da população carcerária no SUS. Entretanto, persistem desafios relacionados à superlotação, subnotificação de agravos, insuficiência de equipes de saúde, dificuldades de acesso à rede especializada, fragilidade da articulação intersetorial e limitações na continuidade do cuidado. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que as políticas públicas promoveram avanços significativos na garantia do direito à saúde da população prisional, porém a efetivação da integralidade do cuidado ainda depende da superação de barreiras estruturais, organizacionais e institucionais, bem como do fortalecimento da articulação entre saúde, justiça e assistência social. Escrever aqui o resumo

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Políticas de saúde; Superlotação Carcerária; Sistema Único de Saúde.



ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze public policies directed at the health of people deprived of liberty and to discuss the challenges related to comprehensive care in the Brazilian prison system, in light of the principles and guidelines established by the SUS (Brazilian Unified Health System). **METHODS:** This is a narrative literature review, with a qualitative and descriptive approach. The search was conducted in the SciELO, BVS, LILACS, and MEDLINE/PubMed databases, supplemented by official documents, legislation, ordinances, and government publications related to prison health. Studies published between 2015 and 2026, available in full and aligned with the research objective, were included. At the end of the selection process, seven documents comprised the analyzed sample. **RESULTS:** The findings evidenced important advances with the implementation of the National Health Plan in the Penitentiary System and the National Policy for Comprehensive Health Care for People Deprived of Liberty, which broadened the inclusion of the prison population in the SUS. However, challenges persist related to overcrowding, underreporting of health problems, insufficient healthcare teams, difficulties in accessing specialized services, weak intersectoral coordination, and limitations in continuity of care. **CONCLUSION:** It is concluded that public policies have promoted significant advances in guaranteeing the right to health for the prison population; however, the effective implementation of comprehensive care still depends on overcoming structural, organizational, and institutional barriers, as well as strengthening the articulation between health, justice, and social assistance. [Write the abstract here]

Keywords: Access to Health Services; Health Policies; Prison Overcrowding; Unified Health System.

Instituição afiliada: Doutor em Desenvolvimento Comunitário pela Universidade Estadual do Centro-Oeste-UNICENTRO¹; Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Campo Real²; Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Excelência (Unex)³; Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Brasileiro⁴; Pós graduanda em saúde pública com ênfase em saúde da família pela Faculdade Dominius-FAD⁵; Pós-graduanda em saúde da mulher pela Faculdade Holística – FaHol⁶; Graduado em Medicina e Pós-Graduado em Psiquiatria pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEP)⁷; Mestre em Meio Ambiente e Tecnologia pela Universidade Federal de Campina Grande⁸; Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará⁹; Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí - UFPI¹⁰.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





1. INTRODUÇÃO

A saúde da população privada de liberdade constitui uma temática relevante no campo da saúde pública brasileira, especialmente diante do crescimento contínuo da população carcerária nas últimas décadas. O encarceramento em massa tem ampliado a demanda por políticas públicas capazes de assegurar direitos fundamentais a indivíduos que permanecem sob custódia do Estado, incluindo o acesso às ações e serviços de saúde previstos constitucionalmente. Nesse contexto, a discussão sobre a efetividade das estratégias governamentais voltadas para essa população torna-se essencial para compreender os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia da universalidade e da equidade do cuidado (Lermen *et al.*, 2015).

O Brasil possui uma das maiores populações carcerárias do mundo, ocupando posição de destaque no cenário internacional. Dados recentes indicam que o país abriga mais de 850 mil pessoas privadas de liberdade, situação que contribui para a superlotação das unidades prisionais e para o agravamento de problemas estruturais historicamente presentes nesses espaços. A elevada densidade populacional, associada às condições precárias de higiene, ventilação e infraestrutura, favorece a disseminação de doenças transmissíveis e amplia os riscos à saúde física e mental da população encarcerada (Bartos, 2023; Brasil, 2025).

Além dos problemas estruturais, a população prisional apresenta características sociodemográficas marcadas por desigualdades sociais históricas. Predominam indivíduos jovens, negros, com baixa escolaridade e provenientes de grupos socialmente vulnerabilizados. Essas condições refletem processos de exclusão social anteriores ao encarceramento e contribuem para o aumento da suscetibilidade ao adoecimento durante o cumprimento da pena, reforçando a necessidade de políticas públicas específicas e articuladas com os princípios da justiça social e dos direitos humanos (Florêncio; Veríssimo; Salvador, 2021).

A Constituição Federal de 1988 consolidou a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurando acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988). Essa garantia não exclui as pessoas privadas de liberdade, uma vez que a restrição imposta pela pena limita apenas o direito de locomoção, permanecendo preservados os demais direitos fundamentais.



Dessa forma, o cuidado em saúde no ambiente prisional deve ser compreendido como obrigação estatal e expressão da cidadania, independentemente da condição jurídica do indivíduo (Simas *et al.*, 2021).

No âmbito infraconstitucional, a Lei de Execução Penal representou um marco importante ao estabelecer a assistência à saúde como um direito da população prisional. A legislação determinou a oferta de atendimento médico, farmacêutico e odontológico, reconhecendo a necessidade de ações preventivas e curativas voltadas às pessoas em situação de encarceramento. Entretanto, a existência de dispositivos legais não garantiu, por si só, a efetivação do acesso integral aos serviços de saúde no cotidiano das unidades prisionais brasileiras (Brasil, 1984; Lermen *et al.*, 2015).

Na tentativa de ampliar a organização da assistência, foi instituído em 2003 o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, responsável por incorporar a população prisional às estratégias de atenção em saúde (Brasil, 2004). Posteriormente, em 2014, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), concebida para garantir o acesso sistemático dessa população às redes de atenção do SUS, fortalecendo a integração entre os setores da saúde e da justiça (Brasil, 2023; Florêncio; Veríssimo; Salvador, 2021).

A PNAISP passou a reconhecer as unidades prisionais como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ampliando a responsabilidade dos entes federativos na organização do cuidado. A política estabeleceu diretrizes voltadas para a integralidade da assistência, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, além da articulação com os demais níveis de atenção do SUS. Tal perspectiva representou um avanço significativo na compreensão da saúde prisional como componente da saúde pública nacional (Brasil, 2023).

Apesar dos avanços normativos observados ao longo das últimas décadas, a implementação das políticas voltadas à saúde da população carcerária permanece marcada por obstáculos estruturais e organizacionais. A insuficiência de equipes de saúde, a dificuldade de acesso a serviços especializados, a fragmentação da assistência e as limitações impostas pelas rotinas de segurança institucional constituem fatores que dificultam a consolidação do cuidado integral previsto nas normativas vigentes (Bartos, 2023).



Outro aspecto relevante refere-se às condições ambientais encontradas em diversas unidades prisionais brasileiras. Nota-se que a superlotação, a insalubridade, a precariedade da alimentação e a deficiência das estruturas físicas contribuem para o agravamento de doenças preexistentes e para o surgimento de novos agravos. Essas circunstâncias comprometem a qualidade da assistência ofertada e ampliam as vulnerabilidades já existentes entre as pessoas privadas de liberdade (Brasil, 2025).

Somam-se a esses desafios as dificuldades relacionadas à gestão e operacionalização da política pública. Embora gestores e profissionais reconheçam o direito à saúde da população encarcerada, o conhecimento acerca dos princípios, diretrizes e mecanismos de funcionamento da PNAISP ainda se mostra limitado em diversos contextos. Essa lacuna pode comprometer a efetividade das ações planejadas e dificultar a integração entre os serviços de saúde e o sistema prisional (Florêncio; Veríssimo; Salvador, 2021).

Diante desse cenário, torna-se relevante aprofundar as discussões sobre as políticas públicas destinadas à população carcerária, considerando não apenas os avanços normativos alcançados, mas também as barreiras que limitam sua efetivação. A compreensão desses aspectos pode subsidiar reflexões sobre estratégias capazes de fortalecer a integração entre os diferentes setores envolvidos e ampliar o acesso aos serviços de saúde em conformidade com os princípios do SUS (Brasil, 2023).

A justificativa deste estudo fundamenta-se na necessidade de analisar criticamente a relação entre as políticas públicas de saúde prisional e os desafios encontrados para a garantia da integralidade do cuidado no contexto brasileiro. Considerando a magnitude da população encarcerada, as vulnerabilidades associadas ao encarceramento e a relevância social do tema, torna-se indispensável ampliar o conhecimento científico sobre os fatores que favorecem ou dificultam a implementação dessas políticas (Simas *et al.*, 2021). O presente estudo tem como objetivo analisar as políticas públicas direcionadas à saúde das pessoas privadas de liberdade e discutir os desafios relacionados à integralidade do cuidado no sistema prisional brasileiro, à luz dos princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e



abordagem qualitativa, essa escolha foi feita pela possibilidade de reunir, interpretar e articular diferentes produções científicas, documentos normativos e marcos legais que tratam da saúde prisional, permitindo uma compreensão ampliada do tema, sem a rigidez metodológica própria das revisões sistemáticas ou integrativas.

A revisão foi conduzida a partir da seguinte questão norteadora: quais avanços foram alcançados pelas políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade e quais desafios ainda dificultam a garantia da integralidade do cuidado no sistema prisional brasileiro? Essa pergunta orientou a delimitação do objeto de estudo, a seleção das fontes consultadas e a organização da análise, favorecendo uma leitura crítica sobre a relação entre os direitos previstos nas normativas nacionais e as condições concretas de acesso à saúde no ambiente prisional.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed). Também foram consultados documentos oficiais do Ministério da Saúde, legislações brasileiras, portarias, relatórios institucionais e publicações governamentais relacionadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, ao Sistema Único de Saúde e à organização da assistência em unidades prisionais.

Foram utilizados descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme a necessidade de ampliação ou refinamento da busca. Os principais termos empregados foram: Acesso aos Serviços de Saúde; Políticas de saúde; Superlotação Carcerária; Sistema Único de Saúde.

Foram incluídos artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol, que abordassem o tema, tivessem relação com o objetivo do estudo e com a questão norteadora, com metodologia clara e publicados entre 2015 a 2026. Também foram incorporados documentos legais e institucionais considerados essenciais para a compreensão do tema, independentemente do ano de publicação, devido à sua relevância normativa e histórica para a consolidação das políticas públicas analisadas.

Foram excluídas publicações duplicadas, textos indisponíveis na íntegra,



materiais sem relação direta com o objetivo proposto, estudos centrados exclusivamente em aspectos jurídicos sem interface com a saúde, produções opinativas sem fundamentação científica, resumos simples e trabalhos que não apresentavam contribuição consistente para a discussão sobre integralidade do cuidado no sistema prisional. A seleção ocorreu inicialmente pela leitura dos títulos e resumos, seguida da análise completa dos materiais considerados pertinentes.

Após a seleção, os materiais foram lidos de forma exploratória, seletiva e interpretativa. Na primeira etapa, buscou-se reconhecer a aproximação de cada publicação com o tema central. Em seguida, foram identificadas as informações relacionadas aos marcos legais da saúde prisional, às diretrizes do SUS, à implementação das políticas públicas, às condições de assistência nas unidades prisionais e aos obstáculos que interferem na continuidade do cuidado. Por fim, realizou-se a análise crítica do conteúdo, articulando as contribuições dos estudos científicos aos documentos normativos consultados.

Por se tratar de uma pesquisa realizada exclusivamente com fontes secundárias, de acesso público e sem identificação individual de participantes, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ainda assim, foram observados os princípios éticos relacionados à integridade acadêmica, ao respeito à autoria das produções utilizadas e à adequada referência das fontes consultadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos materiais selecionados permitiu compreender que a saúde prisional no Brasil avançou no plano normativo, especialmente com o PNSSP e a PNAISP, mas ainda enfrenta limites estruturais, assistenciais e intersetoriais que dificultam a integralidade do cuidado. Após a leitura exploratória, seletiva e interpretativa, foram incluídos sete documentos diretamente relacionados ao tema e excluídos três registros por duplicidade ou aderência apenas parcial à questão norteadora, que buscou compreender os avanços das políticas públicas voltadas às pessoas privadas de

liberdade e os entraves que ainda restringem o acesso efetivo à saúde no sistema prisional brasileiro.

Tabela 1 – Síntese das produções científicas e documentos normativos selecionados para análise dos avanços e desafios da integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no Brasil.

AUTOR/INSTITUIÇÃO	TIPO DE MATERIAL	OBJETIVO CENTRAL	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES PARA A DISCUSSÃO
Brasil, 2004	Documento normativo	Instituir o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário	Inseriu a população penitenciária no SUS, organizou a atenção básica nas unidades prisionais e propôs equipes interdisciplinares, referência e contrarreferência.
Brasil, 2023	Documento institucional	Apresentar a PNAISP e o papel do Ministério Público em sua implementação	Reforçou a saúde como direito humano, a adesão dos entes federativos, a formação das equipes de saúde prisional e o monitoramento da política.
Simas <i>et al.</i> 2021	Estudo documental qualitativo	Analisar criticamente o modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil	Evidenciou o descompasso entre a robustez normativa e a persistência de violência institucional, iniquidades e fragilidade da corresponsabilização entre saúde e justiça.
Nascimento <i>et al.</i> 2020	Estudo retrospectivo e descritivo	Verificar a prevalência de doenças infecciosas em prisões do oeste e noroeste paulista	Identificou HIV, tuberculose, sífilis, hepatites B e C entre pessoas privadas de liberdade e apontou provável subnotificação, com necessidade de ampliar diagnóstico e vigilância.
MacDonald, 2018	Editorial científico	Discutir a superlotação e seus impactos nas condições prisionais e na saúde	Relacionou superlotação a condições insalubres, violência, sofrimento mental, risco infeccioso e sobrecarga dos trabalhadores prisionais.
Hewson <i>et al.</i> 2024	Revisão sistemática internacional	Analisar intervenções para detecção, monitoramento e manejo de doenças crônicas em prisões	Mostrou que rastreamento, telemedicina, educação em saúde, cuidado integrado e apoio pós-liberdade podem qualificar a assistência, embora haja heterogeneidade entre modelos.
Aon, Oberconz e Brasholt, 2025	Revisão de escopo	Sintetizar evidências sobre superlotação prisional e desfechos de saúde	Associou superlotação ao aumento de tuberculose, COVID-19, depressão, automutilação, mortalidade geral e lesões por violência, reforçando o peso das condições estruturais.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.



O primeiro avanço identificado refere-se ao reconhecimento formal de que a privação de liberdade não anula o direito à saúde. O PNSSP representou uma mudança importante ao afirmar que a população penitenciária deveria ser incluída no SUS, com ações organizadas segundo os princípios da universalidade, equidade, integralidade e resolubilidade. Essa diretriz rompeu, ao menos no plano institucional, com a visão de que a assistência prisional deveria se limitar a respostas emergenciais ou ações isoladas contra doenças transmissíveis (Brasil, 2004).

A PNAISP ampliou esse marco ao nascer da constatação de que o PNSSP havia se tornado insuficiente para responder à complexidade do sistema prisional. O documento do CNMP descreve a política como estratégia voltada ao cuidado integral, ao acesso equitativo, à intersetorialidade e à articulação com a RAS. Assim, o avanço não está apenas na criação de uma nova norma, mas na tentativa de aproximar a saúde prisional da lógica ordinária do SUS, evitando que o cárcere funcione como território separado da cidadania sanitária (Brasil, 2023).

Simas *et al.* (2021), entretanto, permitem tensionar esse avanço ao mostrar que a existência de leis, portarias e políticas não garante, por si só, a transformação do modelo assistencial. Foi analisado por mais de três décadas de normativas e concluem que a universalidade e a integralidade permanecem ameaçadas quando a gestão da saúde prisional não se efetiva por meio de corresponsabilização entre SUS, sistema de justiça e administração penitenciária. Nesse ponto, o problema central deixa de ser a ausência de previsão legal e passa a ser a fragilidade da implementação.

A distância entre norma e realidade também aparece quando se observa a organização concreta dos serviços. O PNSSP previa equipes interdisciplinares nas unidades prisionais, cadastro dos estabelecimentos no CNES, organização da atenção básica e pactuação da referência para média e alta complexidade. Contudo, a própria necessidade de pactuar fluxos externos revela que a integralidade depende de articulação permanente com a rede territorial, o que se torna difícil quando escoltas, segurança, transporte, vagas especializadas e comunicação entre setores não funcionam de maneira coordenada (Brasil, 2004).

A PNAISP buscou enfrentar parte desses limites ao definir diretrizes voltadas à atenção resolutiva, contínua e de qualidade, com ênfase preventiva, respeito à diversidade e intersetorialidade. O documento do CNMP informa que todas as unidades



federativas aderiram à política, o que constitui avanço federativo relevante. Ainda assim, a adesão municipal não alcança todos os territórios com unidades prisionais, sinalizando que a descentralização do SUS, embora necessária, ainda não se converteu em cobertura plena para a população privada de liberdade (Brasil, 2023).

Nascimento *et al.* (2020) aproximam a discussão do cenário brasileiro ao analisar 28 prisões no oeste e noroeste de São Paulo. Os autores identificaram 741 casos de HIV, tuberculose, sífilis, hepatite B ou hepatite C entre 37.497 internos, com maior prevalência de HIV e tuberculose. O achado torna visível que o sistema prisional concentra agravos infecciosos relevantes e que a integralidade precisa envolver rastreamento, diagnóstico oportuno, tratamento, vigilância epidemiológica e continuidade terapêutica dentro e fora das unidades.

O mesmo trabalho de Nascimento *et al.* (2020) deve ser lido com cautela porque os próprios autores reconhecem provável subestimação dos casos, especialmente de hepatites virais e sífilis. Essa limitação é decisiva para a análise das políticas públicas, pois uma política de cuidado integral depende de informação qualificada. Quando a vigilância é frágil, a gestão trabalha com uma realidade incompleta, reduzindo a capacidade de planejar insumos, equipes, tratamentos e estratégias de prevenção adequadas às necessidades reais da população encarcerada.

A superlotação aparece como um obstáculo transversal, pois interfere diretamente na prevenção, no cuidado e na dignidade das condições de vida. MacDonald (2018) sustenta que prisões superlotadas favorecem ambientes insalubres, violentos e prejudiciais ao bem-estar físico e mental, além de ampliarem riscos aos trabalhadores. Essa leitura dialoga com Nascimento *et al.* (2020), uma vez que a presença de doenças infecciosas em unidades com elevada concentração populacional cria condições propícias para transmissão, atraso diagnóstico e dificuldade de isolamento quando necessário.

Aon, Oberconz e Brasholt (2025) aprofundam essa questão ao reunir evidências quantitativas internacionais sobre superlotação e saúde. A revisão associou o aumento da ocupação prisional a desfechos como tuberculose, COVID-19, depressão, automutilação, mortalidade geral e lesões decorrentes de violência. Ao confrontar esse achado com a PNAISP, percebe-se que a política pode prever cuidado integral, mas sua



execução fica comprometida quando o ambiente prisional produz continuamente novos riscos à saúde.

MacDonald (2018) acrescenta que construir mais presídios não resolve, de forma duradoura, o problema da superlotação. Para a autora, medidas estruturais passam por alternativas à prisão, revisão de políticas penais, fortalecimento de programas de reintegração e redução do chamado efeito “porta giratória”. Essa contribuição amplia o debate brasileiro, pois mostra que a integralidade da saúde prisional não depende apenas de ambulatórios, medicamentos e equipes, mas também de escolhas político-criminais que reduzem a produção massiva do encarceramento.

Hewson *et al.* (2024) deslocam o olhar para as doenças crônicas não transmissíveis, muitas vezes menos visíveis no debate prisional brasileiro. A revisão identificou intervenções como rastreamento de doenças crônicas, telemedicina, educação em saúde, sistemas integrados de cuidado, equipamentos especializados e apoio de trabalhadores comunitários após a liberdade. Essa contribuição é importante porque a saúde prisional não pode se limitar a tuberculose, HIV e hepatites, embora esses agravos sejam centrais; hipertensão, diabetes, cânceres, doenças respiratórias e multimorbidades também exigem acompanhamento contínuo.

O confronto entre Hewson *et al.* (2024) e Nascimento *et al.* (2020) mostra que a integralidade precisa equilibrar duas frentes. De um lado, o controle de doenças infecciosas segue urgente no Brasil, especialmente diante de superlotação, subdiagnóstico e circulação entre prisão e comunidade. De outro, o envelhecimento e o acúmulo de vulnerabilidades exigem respostas para doenças crônicas, saúde mental, reabilitação e cuidado pós-liberdade. Uma política focada apenas em agravos transmissíveis reproduz o modelo reducionista que o PNSSP já pretendia superar.

A intersetorialidade, embora apareça como princípio recorrente, permanece como um dos pontos mais frágeis da implementação. O PNSSP distribuiu responsabilidades entre secretarias de saúde, justiça e municípios, incluindo financiamento, capacitação, adequação física, protocolos, vigilância e referência assistencial. Simas *et al.* (2021), porém, mostram que a corresponsabilização ainda não se consolida plenamente, pois o ambiente prisional tende a subordinar o cuidado à lógica da segurança, dificultando a autonomia dos profissionais e o acesso regular aos serviços.



A autonomia das equipes de saúde é um aspecto decisivo para transformar a política em cuidado real. A PNAISP afirma a necessidade de garantir autonomia profissional, qualificar e humanizar a atenção por meio de ações conjuntas entre saúde e justiça. Entretanto, quando a rotina assistencial depende de autorização, escolta, disciplina interna e disponibilidade operacional do estabelecimento penal, a decisão clínica pode ser atrasada ou limitada por fatores externos ao cuidado. Esse entrave enfraquece a integralidade e amplia desigualdades já presentes antes do encarceramento (Brasil, 2023; Simas *et al.*, 2021).

A assistência farmacêutica também ocupa lugar estratégico nessa discussão. O documento da PNAISP trata do financiamento e do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, apontando a necessidade de atualização dos dados sobre pessoas privadas de liberdade para orientar repasses e organização do cuidado. Quando há falhas de informação ou baixa articulação entre estado e município, a provisão de medicamentos pode ser prejudicada, o que atinge diretamente pessoas com tuberculose, HIV, hepatites, transtornos mentais, hipertensão, diabetes e outras condições contínuas (Brasil, 2023).

A análise dos materiais também revela que a prisão não é um espaço isolado da sociedade. Nascimento *et al.* (2020) observam que o diagnóstico e o tratamento de infecções em prisões trazem benefícios não apenas aos internos, mas também à população geral, devido à circulação de trabalhadores, visitantes, profissionais de saúde, pessoas em audiências e egressos. Aon, Oberconz e Brasholt (2025) reforçam essa leitura ao relacionar surtos intramuros com riscos comunitários, sobretudo em doenças respiratórias e infecciosas.

A perspectiva de continuidade do cuidado após a liberdade ainda aparece como desafio pouco consolidado. Hewson *et al.* (2024) destacam intervenções com suporte de atenção primária e trabalhadores comunitários para pessoas recém-libertas, reconhecendo que a saída da prisão é momento de elevada vulnerabilidade. No Brasil, essa dimensão dialoga com a PNAISP, pois a política propõe acesso à Rede de Atenção à Saúde; porém, a efetividade desse acesso depende de prontuários, encaminhamentos, vínculo territorial, documentação, acolhimento e redução do estigma nos serviços.

O estigma institucional atravessa toda a discussão. Simas *et al.* (2021) evidenciam que a população privada de liberdade deve ser compreendida como sujeito



de direito, não como grupo apartado da proteção constitucional. O PNSSP também afirma que a pessoa presa está privada de liberdade, e não de direitos humanos. Apesar disso, a permanência de barreiras no acesso à rede, somada à naturalização de condições indignas de confinamento, mostra que o reconhecimento jurídico ainda convive com práticas sociais e institucionais que reduzem a prioridade dessa população.

A integralidade, portanto, não pode ser interpretada apenas como oferta de consultas dentro das unidades prisionais. Ela exige promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, assistência farmacêutica, saúde mental, vigilância, cuidado odontológico, manejo de doenças crônicas, controle de infecções, referência especializada e continuidade pós-liberdade.

Diante da questão norteadora, os avanços alcançados pelas políticas públicas concentram-se na institucionalização do direito à saúde da população carcerária, na inclusão dessa população no SUS, na criação de equipes de saúde prisional, na previsão de financiamento, na organização da atenção básica e na ampliação da PNAISP como política orientada pela integralidade. Os desafios, porém, permanecem associados à superlotação, subnotificação, precariedade estrutural, baixa articulação intersetorial, fragilidade da referência e contrarreferência, limitação da autonomia profissional, insuficiência de dados e persistência de uma cultura institucional que ainda distancia o cuidado prisional dos princípios constitucionais do SUS.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada permitiu compreender que a construção das políticas públicas destinadas à saúde das pessoas privadas de liberdade representa uma importante conquista no âmbito dos direitos sociais brasileiros. Ao longo dos anos, foram estabelecidos instrumentos normativos capazes de reconhecer essa população como sujeito de direitos e de inseri-la formalmente na rede de atenção do SUS. Nesse sentido, o objetivo proposto pelo estudo foi alcançado ao possibilitar uma reflexão acerca dos avanços obtidos e das dificuldades que ainda permeiam a garantia do cuidado integral nos ambientes prisionais.

Os achados evidenciaram que iniciativas como o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade contribuíram para ampliar o acesso às ações de promoção,



prevenção e assistência. Contudo, a efetivação dessas diretrizes ainda encontra obstáculos relacionados às condições estruturais das unidades prisionais, às limitações operacionais dos serviços, à insuficiência de recursos humanos e à necessidade de maior articulação entre os diferentes setores envolvidos na gestão do cuidado. Dessa forma, permanece um cenário marcado por contrastes entre os direitos assegurados legalmente e as possibilidades concretas de sua implementação.

Outro aspecto que merece destaque refere-se à influência das vulnerabilidades sociais acumuladas antes e durante o encarceramento. A concentração de agravos infecciosos, condições crônicas, sofrimento psíquico e dificuldades de acesso aos serviços especializados demonstra que a atenção à saúde nesse contexto exige estratégias que ultrapassem intervenções pontuais. A integralidade pressupõe acompanhamento contínuo, planejamento compartilhado e ações capazes de contemplar as múltiplas necessidades apresentadas por essa população, inclusive durante o processo de reinserção social após o cumprimento da pena.

Embora a literatura apresente importantes contribuições sobre a temática, ainda são observadas lacunas relacionadas à avaliação dos impactos das políticas implementadas, à qualidade dos indicadores disponíveis e às experiências de continuidade assistencial entre o sistema prisional e os demais pontos da rede de atenção. Tais aspectos reforçam a necessidade de novos estudos que aprofundem a compreensão dos fatores que favorecem ou limitam a concretização do cuidado integral, produzindo evidências que possam subsidiar o aprimoramento das práticas e da gestão em saúde.

Ademais, compreender a saúde prisional como parte indissociável da saúde pública significa reconhecer que a proteção da vida, da dignidade humana e dos direitos fundamentais não deve ser condicionada à situação jurídica dos indivíduos. O fortalecimento das políticas existentes, aliado à superação das barreiras estruturais e institucionais ainda presentes, constitui um caminho necessário para que os princípios de universalidade, equidade e integralidade sejam efetivamente materializados no cotidiano das pessoas privadas de liberdade e contribuam para uma sociedade mais justa e inclusiva.

REFERÊNCIAS



AON, Maha; OBERCONZ, Simon; BRASHOLT, Marie. The association between health and prison overcrowding: a scoping review. **BMC Public Health**, v. 25, n. 2218, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23340-9>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40604692/>

BARTOS, Mariana Scaff Haddad. Access to Healthcare in Brazilian Prisons: Why is it Important to Look at the Bureaucracy and Policy Implementation? **International Journal of Public Health**, v. 68, art. 1605266, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605266>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9876963/>

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o papel do Ministério Público na implementação da PNAISP**. 1. ed. Brasília, DF: Conselho Nacional do Ministério Público, 2023. 35 p. ISBN 978-65-89260-25-7. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2023/pnaisp.pdf>

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Observatório Nacional dos Direitos Humanos disponibiliza dados sobre o sistema prisional brasileiro**. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2025/fevereiro/observatorio-nacional-dos-direitos-humanos-disponibiliza-dados-sobre-o-sistema-prisional-brasileiro>

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf

DO NASCIMENTO, Charlene Troiani *et al.* Prevalence and epidemiological characteristics of inmates diagnosed with infectious diseases living in a region with a high number of prisons in São Paulo state, Brazil. **BMJ Open**, v. 10, e037045, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037045>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32895275/>

FLORÊNCIO, Mirraely Lorrán das Neves; OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo e; SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira. Concepções de gestores sobre a política de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 12, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.26512/gsv12i01.33389>. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/33389>

HEWSON, Thomas *et al.* Interventions for the detection, monitoring, and management of chronic non-communicable diseases in the prison population: an international



systematic review. **BMC Public Health**, v. 24, n. 292, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17715-7>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38267909/>

LERMEN, Helena Salgueiro *et al.* Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zJDxMf6BFhghN5NX5DmjptH/abstract/?lang=pt>

MACDONALD, Morag. Overcrowding and its impact on prison conditions and health. **International Journal of Prisoner Health**, v. 14, n. 2, p. 65-68, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJPH-04-2018-0014>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29869586/>

SIMAS, Luciana *et al.* Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 39-55, 2021. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.746>. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/746>