

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CÂMPUS JOINVILLE

ANDRESSA LINO MATOS

**A GESTÃO EM SAÚDE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PRISIONAL:
ACESSO AO CUIDADO PARA AS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE**

JOINVILLE

2026

Andressa Lino Matos

A gestão em saúde nas unidades básicas de saúde prisional: acesso ao cuidado
para as mulheres privadas de liberdade

Monografia apresentada ao curso de Gestão
Hospitalar do Instituto Federal de Santa Catarina,
para obtenção do título de tecnólogo em 2026.

Orientadora: Prof.^a Dra. Andrea Heidemann

Joinville

2026

Ficha de Identificação da obra elaborada pelo autor, através do cadastro de ficha de identificação disponível no portal discente do Sistema Integrado de Gestão Acadêmica - SIGAA, do IFSC.

Matos, Andressa Lino

A gestão em saúde nas unidades básicas de saúde prisional: acesso ao cuidado para as mulheres privadas de liberdade. / Andressa Lino Matos ; orientador(a): Dra Andrea Heidemann. -- Joinville : 2026. 78 p.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Instituto Federal de Santa Catarina, Campus Joinville. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2026.

Inclui referências.

1. Gestão em Saúde. 2. Saúde Prisional. 3. Atenção Primária. 4. Mulheres Privadas de Liberdade. 5. Pnaisp. I. Heidemann, Dra Andrea. II. Instituto Federal de Santa Catarina, Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. III. Título.

Andressa Lino Matos

A gestão em saúde nas unidades básicas de saúde prisional: acesso ao cuidado
para as mulheres privadas de liberdade

Monografia apresentada ao curso de Gestão
Hospitalar do Instituto Federal de Santa Catarina,
para obtenção do título de tecnólogo em 2026.

Área de concentração: Ciências sociais
aplicadas

Joinville, 11 de Junho de 2026.

Dr. Andrea Heidemann
IFSC

Me Aroldo L. S. Reeck
IFSC

Me. Marcelo Machado
IFSC

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar os principais aspectos da gestão em saúde nas Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSPs), com enfoque nas estratégias adotadas para garantir o acesso ao cuidado das mulheres privadas de liberdade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e bibliográfica, desenvolvida por meio de revisão sistemática da literatura utilizando a plataforma ResearchRabbit.ai para identificação e seleção dos artigos científicos analisados. A análise dos dados foi realizada com base na proposta metodológica de Minayo, permitindo a categorização e interpretação temática das informações. Os resultados evidenciaram que, embora existam políticas públicas voltadas à saúde prisional, como a PNAISP e a PNAMEPE, ainda persistem desafios relacionados à precariedade estrutural, superlotação, insuficiência de profissionais, dificuldades de gestão e fragilidade na articulação entre saúde e sistema prisional. Conclui-se que o fortalecimento da gestão em saúde prisional, aliado à ampliação da atenção primária e à implementação de práticas humanizadas, é fundamental para garantir o direito à saúde e promover cuidado integral às mulheres privadas de liberdade.

Palavras-chave: gestão em saúde; saúde prisional; atenção primária; mulheres privadas de liberdade; PNAISP.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the main aspects of health management in Prison Primary Health Care Units (PPHCUs), focusing on the strategies adopted to ensure access to healthcare for women deprived of liberty. This is a qualitative, descriptive, and bibliographic research developed through a systematic literature review using the ResearchRabbit.ai platform for the identification and selection of the scientific articles analyzed. Data analysis was carried out based on Minayo's methodological proposal, allowing thematic categorization and interpretation of the information. The results showed that, although there are public policies aimed at prison health, such as PNAISP and PNAMPE, significant challenges still persist regarding structural precariousness, overcrowding, shortage of professionals, management difficulties, and weak integration between the health and prison systems. It was concluded that strengthening prison health management, expanding primary health care, and implementing humanized practices are essential to guarantee the right to health and promote comprehensive care for women deprived of liberty.

Keywords: health management; prison health; primary health care; women deprived of liberty; PNAISP.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas da coleta de dados.....	38
Figura 2 – Resultado da seleção dos artigos.....	40
Figura 3 – Etapas do procedimento de análise de dados.....	41
Figura 4 - Perfil da literatura selecionada.....	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Artigos selecionados.....	43
Quadro 2 - Categorias de Análise: condições estruturais e organizacionais das Unidades Básicas de Saúde Prisionais.....	47
Quadro 3 - Categorias de Análise: estratégias de gestão em saúde adotadas nas Unidades Básicas de Saúde Prisionais.....	54
Quadro 4 - Categorias de Análise: barreiras e potencialidades no acesso aos serviços de saúde no contexto do sistema prisional feminino.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTPP	Comissão Tripartite Paritária Permanente
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
eAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESP	Equipe de Saúde Prisional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IA	Inteligência Artificial
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IA	Inteligência Artificial
LEP	Lei de Execução Penal
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAMPE	Política Nacional de Atenção às Mulheres Privadas de Liberdade e Egressas
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UBSP	Unidade Básica de Saúde Prisional
UBSPs	Unidades Básicas de Saúde Prisionais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	13
1.2 JUSTIFICATIVA	17
1.3 PROBLEMA DE PESQUISA	18
1.4 OBJETIVOS	18
1.4.1 Objetivo geral.....	18
1.4.1.1 <i>Objetivos específicos</i>	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 GESTÃO EM SAÚDE.....	20
2.1.1 Estratégia em saúde	22
2.1.2 Gestão em saúde no contexto prisional	24
2.2 SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO.....	26
2.2.1 A saúde e o sistema prisional.....	28
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE (PNAISP).....	30
2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO PRISIONAL.....	32
2.4.1 Saúde da mulher privada de liberdade: demandas para a atenção primária	34
3 METODOLOGIA.....	37
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA.....	37
3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	38
3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISES DE DADOS.....	42
3.4 ÉTICA NA PESQUISA.....	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	44
4.1 AS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS E ORGANIZACIONAIS DAS UBSs PRISIONAIS.....	48
4.2 AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO EM SAÚDE UTILIZADAS NAS UBSs PRISIONAIS.....	55
4.3 AS BARREIRAS E POTENCIALIDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CONSIDERANDO AS ESPECIFICIDADES DE GÊNERO E O CONTEXTO DO SISTEMA PRISIONAL FEMININO.....	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS.....	69

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O sistema prisional pode ser compreendido como o conjunto de instituições, normas e práticas estatais destinadas à custódia, punição e possível ressocialização de pessoas privadas de liberdade. Segundo Rodrigues e Cavalcanti (2020), o sistema prisional brasileiro constituiu-se como o espaço físico e institucional onde se executam as penas privativas de liberdade, tendo como finalidade, além da punição, a reintegração social do interno.

Historicamente, de acordo com Queiroz et al (2025), o sistema prisional brasileiro enfrenta sérios desafios estruturais e sociais, marcados pela forte relação entre desigualdade social, falta de oportunidades e exclusão educacional. Tais condições contribuem para o aumento da criminalidade e dificultam a reinserção social dos indivíduos após o cumprimento da pena. O encarceramento em massa reflete um modelo que prioriza a punição invés da reabilitação, deixando em segundo plano as ações que poderiam promover a recuperação e o retorno digno dos detentos à sociedade.

Neste sentido, Santos e Carvalho Filho (2023) apontam que, dentre os desafios vivenciados pelo sistema prisional brasileiro, destacam-se a superlotação e a falta de higiene e escassez de recursos, tornando o ambiente prisional um espaço de exclusão e sofrimento. Embora existam leis e garantias institucionais, a realidade das prisões demonstra um grande distanciamento entre o que está previsto na legislação e o que de fato é aplicado.

Além disso, quando se trata das políticas de ressocialização, observa-se que são insuficientes e pouco eficazes, com a ausência de programas consistentes de educação, trabalho e apoio psicológico dentro das instituições, ocorrendo, assim, a alta possibilidade de retorno dos egressos ao crime. Visto isso, torna-se essencial repensar o sistema prisional, direcionando os esforços para políticas que garantam condições humanas, oportunidades reais e a efetiva reintegração social das pessoas privadas de liberdade (Queiroz et al, 2025).

No contexto da saúde o cenário não é diferente. O ambiente prisional exerce uma influência direta e profunda sobre a saúde física e mental das pessoas privadas de liberdade, pois fatores como a superlotação, ventilação inadequada, má

alimentação e falta de acesso a serviços médicos básicos aumentam significativamente a incidência de doenças infectocontagiosas, respiratórias e dermatológicas, além de agravarem quadro de sofrimento psíquico. Dessa maneira, a precariedade das condições de vida nos presídios viola o princípio constitucional do direito à saúde e contribui para a perpetuação do ciclo de exclusão social. Sendo assim, o sistema acaba funcionando como um ambiente de produção e agravamento de doenças e não de recuperação e reintegração (Minayo, Ribeiro, 2016).

Nesse encaminhamento, nota-se que as condições precárias presentes nas prisões geram impactos diretos e indiretos profundos na saúde das pessoas privadas de liberdade. De forma direta, favorecem a disseminação de doenças infectocontagiosas, como a tuberculose e infecções respiratórias, dificultando o controle de enfermidades crônicas devido à carência de diagnóstico e acompanhamento médico. Já indiretamente, o ambiente insalubre, estresse e violência afetam a saúde mental, acarretando índices de ansiedade, depressão e comportamentos autodestrutivos (Damas, 2012).

No que tange à perspectiva feminina sobre as condições de saúde nas prisões, ressalta-se que a falta de higiene, o acesso limitado a atendimento médico e ausência de políticas de saúde voltadas às especificidades das mulheres é preocupante. Nesse caso, a falta de atendimentos como acompanhamento ginecológico, comprometem gravemente sua saúde física e emocional. Além disso, as condições insalubres e o descaso institucional intensificam sentimentos de abandono e desumanização, gerando impactos psicológicos duradouros que reduzem as possibilidades de ressocialização (Nascimento et al, 2020).

Quando trata-se do coletivo, os impactos ultrapassam os muros das unidades prisionais e refletem-se em toda a sociedade. Diante de todos os desafios enfrentados, o ambiente prisional transforma-se em um foco de disseminação de enfermidades, podendo atingir profissionais, visitantes e a comunidade externa. Além disso, a negligência na atenção à saúde dos presos gera custos altos para o sistema público, pois muitos dos internos retornam ao convívio social com condições agravadas, exigindo tratamentos mais complexos no Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, o descaso com a saúde prisional não é apenas uma violação de direitos humanos mas também um problema de saúde pública que compromete a

segurança sanitária e o processo de reintegração social dos indivíduos (Damas, 2012).

É relevante destacar que, no contexto do direito, “saúde para todos” expressa o princípio de que todas as pessoas, independentemente de sua condição social, econômica, cultural ou geográfica, devem ter acesso equitativo aos meios necessários para que se alcance o mais alto nível possível de bem estar, compreendendo a saúde como um direito humano fundamental e coletivo que depende não apenas da oferta dos serviços médicos mas também de condições e vida digna. Dessa forma o princípio da saúde requer a implementação de políticas públicas integradas capazes de promover justiça social e reduzir desigualdades, garantindo que nenhum indivíduo seja excluído do acesso ao cuidado e promoção de uma vida saudável (Brasil, 2013).

Quando se trata da população privada de liberdade, que está sob custódia do Estado, torna-se responsabilidade deste não apenas a garantia da segurança mas também o acesso à saúde como direito fundamental, incluindo atenção médica, psicológica, odontológica e social. Para que essa obrigação seja cumprida é necessário a estruturação dos serviços de saúde dentro das unidades prisionais, mantendo equipes multiprofissionais capacitadas e a integração com a rede pública de saúde. A implementação de políticas públicas que assegurem prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento contínuo é fundamental, reforçando que a atenção à saúde nesse contexto é questão de dignidade humana, mesmo em situação de privação de liberdade (Brasil, 2025).

Nesse cenário, as Unidades Básicas de Saúde Prisionais apresentam-se como o principal meio de acesso das pessoas privadas de liberdade ao Sistema Único de Saúde (SUS). Santos et al (2023) evidenciam que essas unidades devem ir além do atendimento clínico básico, atuando de forma integral, contínua e humanizada, por meio de equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais capacitados para lidar com as complexas demandas físicas, mentais e sociais dos detentos.

Dessa forma, tais unidades têm como missão não apenas tratar doenças, mas, também, desenvolver um conjunto articulado de ações voltadas a prevenção, promoção e recuperação da saúde, abrangendo desde o acompanhamento clínico regular até atividades educativas e de reabilitação física e psicológica, buscando, assim, estimular hábitos saudáveis, reduzir riscos de contaminação e agravos dentro

do ambiente prisional e fortalecer o cuidado integral aos internos. Além do atendimento às demandas imediatas, as Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSPs) devem contribuir para a melhoria da qualidade de vida, reconstrução da autonomia e o processo de ressocialização, atuando como instrumento de dignidade humana e inclusão social dentro do sistema carcerário (Santos et al, 2023).

As UBSPs, de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), devem dispor de equipes multiprofissionais. Além disso, a estrutura física deve contemplar consultórios, sala de enfermagem, espaço para atendimento odontológico e área para armazenamento de medicamentos, respeitando normas sanitárias e de segurança. Estas UBSPs são cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que formaliza sua inserção na rede pública de saúde (Brasil, 2014).

Dessa forma, a estruturação das Unidades Básicas de Saúde Prisional está diretamente ligada a sua integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), uma vez que o funcionamento eficaz dessas unidades depende de articulação com os demais níveis do SUS. Essa integração é essencial para garantir continuidade de cuidado, permitindo que pessoas privadas de liberdade sejam encaminhadas para exames, consultas especializadas ou internações hospitalares quando necessário. Tendo como objetivo assegurar o cuidado à saúde no sistema prisional seguindo os princípios do SUS e evitando a segregação de serviços (Costa et al, 2022).

Nesse contexto, o presente estudo investigou os principais aspectos da gestão em saúde nas Unidades Básicas de Saúde Prisionais com foco nas estratégias adotadas e nos limites enfrentados para garantir a efetividade das ações e a humanização do atendimento para as mulheres privadas de liberdade. Sendo assim, será importante verificar as estratégias, os desafios, o papel dos gestores e das equipes multiprofissionais na implementação deste serviço no contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

1.2 JUSTIFICATIVA

A identificação da temática surgiu a partir da observação direta realizada em visitas ao ambiente prisional, que permitiram reconhecer aspectos relevantes sobre a realidade da saúde no sistema prisional brasileiro, especialmente no que se refere às condições vivenciadas por mulheres privadas de liberdade. Essas observações evidenciaram desigualdades e situações de negligência presentes no sistema, destacando a importância de ampliar a compreensão sobre o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde Prisional e os desafios enfrentados por esses serviços.

Além disso, a motivação para o desenvolvimento da pesquisa também está em aprofundar o estudo sobre a gestão em saúde nas unidades básicas de saúde prisional, com ênfase no acesso ao cuidado para mulheres privadas de liberdade, afinal, as mulheres em condição de encarceramento enfrentam demandas específicas, como cuidados voltados à saúde reprodutiva e mental, que muitas vezes não recebem a devida atenção.

A temática tem relevância social, pois o contexto do sistema prisional brasileiro está em volta de severos obstáculos e dados preocupantes. Nesse sentido, Nascimento (2024) apresenta dados retirados de um relatório publicado pelo governo no ano de 2024, onde aponta que o sistema penitenciário brasileiro enfrenta um déficit de mais de 170 mil vagas, abrigando uma população de mais de 660 mil pessoas com espaços com capacidade muito inferior. Embora a grande maioria dessa população seja composta por homens, há também uma parcela significativa de mulheres, incluindo gestantes, lactantes e mães que convivem com seus filhos nas unidades prisionais.

Já Aquino e Cruz (2023) apontam no estudo “Encarceramento feminino e bases legais da atenção à saúde da mulher privada de liberdade no Brasil” o crescimento de 656% entre os anos 2000 e 2016, o que faz com que a população feminina egressa em prisões brasileiras ultrapasse 42 mil, o que representa 6% de toda essa população.

Portanto, este estudo mostra-se relevante por abordar um tema que exige preocupação e comprometimento do estado e da sociedade. Pretende-se, assim, gerar importante impacto social, já que as detentas enfrentam vulnerabilidades

significativas como a falta de estrutura e políticas públicas adequadas às suas especificidades. Estudar a gestão em saúde nas unidades prisionais permite identificar falhas e propor estratégias que possam garantir um atendimento digno, promovendo os direitos dessas mulheres e a melhoria do sistema prisional.

Dessa forma, o presente projeto de pesquisa é importante por abordar uma lacuna existente na atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade e ao estudar a gestão em saúde nas unidades prisionais permite identificar como as políticas são aplicadas, os desafios enfrentados pelas detentas e como a precariedade estrutural impacta seu bem estar físico e emocional.

Outra contribuição relevante é a possibilidade de contribuir com o debate deste tema na formação na área da gestão hospitalar e, assim, apoiando a capacitação de profissionais, visando a promoção de práticas mais humanizadas e comprometidas com o direito à saúde e, conseqüentemente, com o Sistema Único de Saúde (SUS).

1.3 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais são as principais estratégias e os desafios da gestão em saúde nas Unidades Básicas de Saúde prisionais para garantir a efetividade e humanização no atendimento das mulheres privadas de liberdade?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo geral

Analisar os principais aspectos da gestão em saúde nas Unidades Básicas de Saúde Prisionais com foco nas estratégias adotadas e nos desafios enfrentados para garantir a efetividade das ações e a humanização do atendimento para as mulheres privadas de liberdade.

1.4.1.1 Objetivos específicos

1. Descrever as condições estruturais e organizacionais das UBSs prisionais, identificando fatores que influenciam a oferta de serviços básicos de saúde à população feminina privada de liberdade.

2. Identificar as principais estratégias de gestão em saúde utilizadas nas UBSs prisionais, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da mulher.
3. Avaliar as barreiras e potencialidades no acesso aos serviços de saúde, considerando as especificidades de gênero e o contexto do sistema prisional feminino.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo está destinado a apresentar os principais fundamentos teóricos que embasam esse estudo e está organizado a partir dos seguintes tópicos: Gestão em Saúde, Sistema Prisional Brasileiro e o Direito à Saúde, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), Atenção Primária no Sistema Prisional.

2.1 GESTÃO EM SAÚDE

A gestão pode ser entendida de diferentes maneiras, dependendo da abordagem adotada. Para Chiavenato (2000), gestão é o ato de planejar, organizar, dirigir e controlar os recursos para alcançar objetivos. Ele destaca que, hoje, a gestão deve focar em resultados e nas pessoas, já que os profissionais são o principal recurso das organizações. Assim, uma boa gestão exige não só técnicas administrativas, mas também liderança, trabalho em equipe e capacidade de lidar com mudanças. Ele defende uma visão integrada, onde todas as áreas da organização trabalham juntas em direção a um mesmo propósito.

Por sua vez, Peter Drucker (2001) vê a gestão como uma atividade que torna as organizações eficientes por meio de ações planejadas e bem coordenadas. Para ele, gerir é “fazer as coisas certas”, ou seja, definir os objetivos corretos e garantir que sejam cumpridos com ética e eficiência. Drucker valoriza a liderança e a estratégia como partes essenciais da gestão e criou o conceito de “administração por objetivos”, que busca alinhar as metas individuais com as metas da organização. Nesse caso, tanto Chiavenato (2000) quanto Drucker(2001) consideram a gestão uma atividade fundamental que envolve planejamento, liderança e decisões estratégicas para garantir o sucesso das organizações.

Já a gestão/administração em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abrange três grandes dimensões altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral,

equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (Lorenzetti et al, 2014)

A gestão em saúde é um campo multifacetado que envolve tanto aspectos técnicos e administrativos quanto elementos políticos, sociais e subjetivos das práticas em saúde. Nesse sentido, a gestão em saúde deve ser compreendida como uma prática política e institucional, na qual o exercício do poder está presente em todos os níveis, ou seja, a “gestão” é mais do que uma atividade organizacional; é também uma arena de disputas e negociações, articulando a racionalidade técnica com os interesses sociais e políticos dos atores envolvidos no processo de trabalho em saúde (Campos; Onocko Campos, 2025).

Em outra perspectiva, Souza e Athayde (2011) propõem um olhar ampliado sobre a gestão em saúde, inspirando-se na ergologia para afirmar que “trabalhar é gerir”. Segundo os autores, a gestão está presente na própria atividade cotidiana dos profissionais, pois ela exige tomada de decisão constante, adaptação às condições reais de trabalho e negociação de sentidos. Assim, a gestão não é apenas uma função exercida por cargos de chefia, mas está diluída no fazer coletivo dos trabalhadores da saúde.

Complementando essas abordagens, o estudo realizado por Bedin et al (2014) traz uma concepção de gestão em saúde que integra os níveis macro e micropolíticos do sistema. A partir da experiência de um município do sul do Brasil, as autoras argumentam que a gestão precisa contemplar não apenas o planejamento estratégico, mas também a escuta dos trabalhadores, o envolvimento das equipes e a articulação com as necessidades locais. Nessa perspectiva, a gestão torna-se um espaço de mediação entre diretrizes nacionais e o cotidiano dos serviços, sendo fundamental para a efetivação dos princípios do SUS, como a integralidade e a equidade.

É certo que, a gestão em saúde é um componente estratégico e indispensável para um bom funcionamento do sistema público de saúde, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo planejamento, coordenação, supervisão de recursos humanos, financeiros e materiais visando a eficiência do serviço e a melhoria contínua do atendimento aos usuários. O gestor em saúde precisa ter uma visão ampla do contexto social e institucional em que atua, tendo capacidade de tomar decisões assertivas, definir prioridades e implementar políticas que atendam as necessidades locais baseadas em dados e evidências (Vieira, Silva, 2022).

Além disso, a atuação qualificada do gestor contribui diretamente para o fortalecimento da rede de atenção à saúde, promovendo organização, integração entre os níveis de cuidado e melhor desempenho das equipes. Gestores preparados tecnicamente não apenas resolvem problemas operacionais, mas também impulsionam inovação, a fiscalização das metas e o aprimoramento das políticas públicas, assim, investir na formação e capacitação desses profissionais torna-se fundamental para a garantia de um sistema de saúde justo, eficiente e resolutivo (Vieira, Silva, 2022).

Diante das múltiplas abordagens apresentadas, é possível compreender que a gestão em saúde vai muito além de um conjunto de técnicas administrativas, configurando-se como uma prática estratégica, política e coletiva, essencial para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A articulação entre planejamento, liderança, escuta ativa, participação dos trabalhadores e compreensão das realidades locais é indispensável para que os serviços de saúde sejam mais eficientes, humanos e equitativos. Nesse cenário, o gestor ocupa um papel central, sendo responsável por mediar interesses, implementar políticas públicas com base em evidências e garantir a qualidade do cuidado ofertado à população.

2.1.1 Estratégia em Saúde

Pereira, Silva e Lopes (2014) apresentam a estratégia como um processo dinâmico de tomadas de decisão voltado à adaptação ao ambiente e a busca por vantagem competitiva. Para esses autores, a estratégia envolve a definição de objetivos, a alocação de recursos e o ajuste contínuo das ações em resposta às mudanças contextuais. Eles também ressaltam que a estratégia pode assumir a forma de um plano deliberado ou emergir de padrões de comportamento organizacional ao longo do tempo. Assim, compreender essas múltiplas dimensões é essencial para a aplicação adequada do conceito e para fortalecimento da atuação estratégica das organizações (Pereira, Silva e Lopes, 2014).

Nesse mesmo encaminhamento, Oliveira, Grzybovski e Sette (2011) discutem a evolução do conceito de estratégia, evidenciando que o termo deixou de ser empregado de forma ampla e imprecisa para assumir o significado de um conjunto de decisões que orientam a organização diante das mudanças e da competição. Os referidos autores destacam que a estratégia pode envolver tanto ações planejadas

quanto respostas adaptativas, variando conforme o contexto e as necessidades organizacionais. Essa perspectiva reforça que a estratégia não se limita a um plano estático, mas constitui um processo em constante construção.

Dessa maneira, não existe uma definição única de estratégia, o que torna fundamental compreender a diversidade de interpretações existentes. Essa compreensão crítica permite aplicar o conceito de maneira mais precisa e evita distorções nas análises organizacionais, contribuindo para escolhas estratégicas mais coerentes com a realidade estudada (Oliveira, Grzybovski e Sette, 2011).

Ampliando essa discussão, o artigo “Estratégia como prática social: recomendações teórico-metodológicas para pesquisas futuras”, analisa a estratégia como um conjunto de práticas realizadas no cotidiano das organizações. Nessa perspectiva, a estratégia não é apenas um plano formal, mas o resultado das ações e interações diárias das pessoas que compõem a organização, influenciadas pelo contexto e pelas estruturas sociais em que estão inseridas. Nesse sentido, o estudo enfatiza que essa visão prática da estratégia precisa ser integrada a dimensões organizacionais mais amplas. A proposta é que a combinação de diferentes abordagens teóricas permita compreender como as práticas estratégicas se formam e se transformam, reforçando que a estratégia é um processo social, construído e ajustado continuamente dentro das organizações (Coraiola, Mello e Jacometti, 2012).

Considerando os estudos anteriormente citados, observa-se que a estratégia deve ser compreendida como um processo dinâmico que envolve tanto o planejamento quanto a adaptação contínua às mudanças do ambiente. Além das decisões formalmente estruturadas, a estratégia se expressa nas práticas e interações cotidianas dentro das organizações. Assim, reconhecer essa natureza multifacetada permite uma compreensão mais precisa e aplicada da atuação estratégica, integrando intenção, ação e prática como elementos essenciais para o desenvolvimento organizacional.

Já no contexto da saúde, a gestão estratégica deve ser entendida como um processo dinâmico que busca garantir qualidade, eficiência e sustentabilidade na prestação de serviços, especialmente em um contexto marcado por alta complexidade e demandas crescentes da população. Nessa perspectiva, a estratégia envolve a definição de objetivos claros, o alinhamento da missão, visão e valores institucionais com as necessidades dos usuários, a identificação de fatores

críticos de sucesso, bem como a análise de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Além disso inclui planejamento e a implementação de ações que promovam maior engajamento da equipe, comunicação eficiente, otimização de recursos e adaptação contínua perante desafios, garantindo assim a melhoria constante da qualidade dos serviços prestados e sustentabilidade organizacional (Silva, Santos, 2024).

Por fim, Roque (2015) destaca a importância da gestão estratégica em saúde para planejar, implementar e avaliar ações que promovam a qualidade de vida, enfatizando as necessidades prioritárias através de diagnóstico situacional. Portanto o monitoramento contínuo e a avaliação dos resultados permitem ajustes estratégicos, reforçando que uma abordagem estruturada e participativa é fundamental para a efetividade das políticas de saúde e o impacto das intervenções.

2.1.2 Gestão em saúde no contexto prisional

Quando se refere a gestão do sistema prisional brasileiro, segundo Nunes et al (2025), é regulamentada pela Lei de Execução Penal e é guiada pelos princípios da administração. Além da coordenação e articulação interna e externa, que são funções atribuídas ao diretor geral, abrange ainda as áreas administrativa, de segurança e atendimento. Dessa forma, a gestão é compartilhada, sendo responsabilidade do Poder Executivo administrar os presídios, enquanto o Judiciário e o Ministério Público são responsabilizados pela fiscalização e execução da pena, requerendo harmonia entre as esferas para que o sistema tenha efetividade (Nunes et al, 2025).

Nesse cenário, embora os gestores reconheçam o direito das pessoas privadas de liberdade ao acesso à saúde, ainda existe um notável desconhecimento e limitações quando trata-se dos princípios, diretrizes e a forma de funcionamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, o que compromete sua efetiva implantação em unidades prisionais. Ainda é possível identificar uma discrepância entre os direitos humanos e as práticas cotidianas que realmente são aplicadas nos serviços, trazendo em evidência a necessidade de uma capacitação mais efetiva dos profissionais ali alocados e uma maior articulação entre a saúde e o sistema prisional (Florencio, Oliveira, Salvador, 2021).

Nesse caso, quando se trata da gestão em saúde no contexto prisional, entende-se que precisa ser intersetorial e estruturada a partir de estratégias de planejamento que envolvam não somente a área da saúde, mas também segurança pública e justiça. O fortalecimento da governança, qualificação de profissionais e adoção de práticas de prevenção configuram-se como medidas fundamentais para, assim, diminuir os impactos das condições adversas do cárcere. Sendo assim, a saúde nesse contexto exige uma gestão mais eficiente, pautada na prevenção, integração entre políticas públicas e garantia de recursos adequados para que o ambiente carcerário transforme-se em um local de promoção da saúde e proteção social (Ferreira, Silva, Godinho, 2020).

Segundo Barsaglini, Kehrig, Arruda (2015), é possível identificar que a política de saúde penitenciária ainda enfrenta vários desafios, dentre todos destacam-se a superlotação das unidades, falta de autonomia da gestão e a tensão constante que paira sobre o ambiente, mantendo uma linha tênue entre o cuidado com a saúde e as exigências de segurança que são indispensáveis dentro da prisão.

Por mais que haja esses entraves, ainda assim é possível observar avanços e pontos positivos, como a adesão do Estado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional desde o ano de 2004, possibilitando a existência de Equipes de Saúde Prisional em algumas instituições com a capacidade de solucionar uma parte significativa de demandas, evitando o deslocamento do preso até uma unidade de saúde externa. Um outro ponto relevante e positivo é a adaptação e a criação de protocolos adaptados aos prestadores de serviço atuantes no ambiente prisional e, quando trata-se de casos agravados, a possibilidade de transferência para um nível mais complexo de saúde (Barsaglini, Kehrig, Arruda, 2015).

Do ponto de vista da gestão da saúde, os principais desafios estão na articulação entre o SUS e o sistema prisional, por conta da falta de coordenação dos níveis de atenção somada a barreiras administrativas e logísticas, resultando em diagnóstico tardio, tratamento inadequado e baixa efetividade das políticas públicas, bem como a falta de monitoramento e avaliação contínua das ações de saúde impede ajustes necessários e melhoria na qualidade dos serviços (Ferreira, Silva, Godinho, 2020).

As demandas para a gestão são desafiadoras e incluem estratégias como a busca ativa de doenças no ingresso e o acompanhamento contínuo dos casos,

associado às práticas humanizadas, possibilitam não apenas o controle de agravos, mas também a promoção de um ambiente mais justo e equitativo, no qual o direito à saúde seja de fato assegurado (Viana, 2024)

Dessa maneira, somente por meio de uma gestão integrada e eficaz será possível ressignificar o espaço prisional, convertendo-o em um ambiente voltado ao cuidado em saúde, a garantia de proteção social e a preservação da integridade da pessoa privada de liberdade. Para tanto, é necessário conhecer como o sistema prisional brasileiro está configurado, como pode ser visto no tópico a seguir.

2.2. SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO

O sistema prisional brasileiro está relacionado às questões históricas, sociais e políticas que acabam impactando diretamente em sua configuração e funcionamento até a atualidade. Ele tem sua origem no período colonial, quando a prisão era vista mais como um instrumento de punição física do que como uma forma de reintegração social. As penas eram corporais e a prisão apenas uma medida de isolamento (Brasil, 2018).

Com o início da República e a aprovação da Lei de Execução Penal em 1984, o sistema prisional passou a ser regulado de maneira clara e detalhada, estabelecendo normas sobre a forma como as penas deveriam ser cumpridas, visando a ressocialização, preocupando-se com os direitos e condições em que vivem os presos, para sua reintegração à sociedade (Brasil, 2018).

O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) é o principal órgão responsável pelo sistema penitenciário brasileiro e cuida de todas as atividades relacionadas à avaliação, a execução e o controle da execução penal e das normas penitenciárias brasileiras, juntamente com o Ministério da Justiça, Secretarias de Segurança, Ministérios Públicos, Tribunais, Organizações da Sociedade Civil e outros (Oliveira, 2023).

O DEPEN desempenha um papel importante na implementação de políticas públicas que visam garantir os direitos humanos dos presos. Sua atuação vai além da gestão de unidades federais, também exercendo uma função de coordenação nacional para a integração das ações no sistema prisional estadual e municipal (Brasil, 2020).

O sistema prisional brasileiro organiza-se de três formas a partir do que se conhece como Sistema Progressivo de Liberdade, que significa basicamente que o preso começa a cumprir sua pena de forma mais grave (regime fechado) para que, com o passar do tempo e o cumprimento de certa parte da tal, ele tenha direito a progressão de regime, assim sucessivamente até o livramento condicional (Oliveira, 2023). Sendo assim, as principais características do sistema penitenciário no Brasil consistem em cumprimento de pena e ressocialização, focando tanto em fazer valer a lei quanto em uma busca de reconciliação do preso com a sociedade (Oliveira, 2023).

Os indivíduos privados de liberdade no sistema prisional brasileiro estão dispostos em celas físicas, distribuídas em distintos estabelecimentos penais, como Penitenciárias, destinadas aos condenados a pena de reclusão em regime fechado, as Colônias Agrícolas, Industriais ou similar para os apenados do regime semiaberto. Já para os apenados em regime aberto ou com limitação de final de semana existem as Casas de Albergados, os Hospitais de Custódia e o Tratamento Psiquiátrico para presos inimputáveis e semi-imputáveis e, por fim, as Cadeias Públicas destinadas ao recolhimento de presos provisórios (Ramm, Machado, Bergmann, Santos, 2024).

Nos estabelecimentos prisionais ainda há uma subdivisão, principalmente em cadeias públicas e penitenciárias, que se trata das alas femininas, existindo também em certas regiões instituições específicas para essa população carcerária (Ramm et al, 2024). Sabe-se que as prisões no Brasil encontram-se em situações desumanas, são definidos como locais de tortura, tanto física quanto psicológica, estão carregadas de violência e superlotação, apresentam péssimas condições sanitárias e de ventilação, má alimentação, abandono, proliferação de doenças, maus tratos e analfabetismo (Prudente, 2023).

Um fator importante que impacta negativamente o sistema penitenciário é a má alocação dos recursos financeiros, a insuficiência de investimentos e gestão inadequada de orçamentos resultam em condições precárias, acarretando na falta de recursos para reabilitação e assistência aos internos, assim comprometendo a efetividade do sistema e destacando a necessidade de mais eficiência e transparência na utilização de recursos para que assim seja possível a promoção de melhorias reais tanto nas estruturas quanto no tratamento dos presos (Rudnicki, Costa, Bitencourt, 2020).

Além desses desafios, ainda há a questão da desproporcionalidade em aplicações de pena, falta de uma Defensoria Pública eficiente, pois uma boa parte da superlotação é ocasionada por presos que se encontram privados de liberdade sem necessidade, com a pena já extinta (Prudente, 2023).

Entretanto, nos presídios e alas femininas as condições, quando comparadas, são ainda piores pelo fato delas não terem suas especificidades atendidas pelo Estado, quando se refere principalmente a gestação, sem acomodações corretas e assistência médica necessária, falta de berçários e creches (Prudente, 2023).

Diante das diversas fragilidades do sistema mostra-se a urgência da necessidade de uma atuação mais eficaz da parte do Estado, a distância entre o previsto na legislação e a prática é grande e escancara a importância de medidas garantidoras de dignidade e direitos fundamentais das pessoas. No caso específico da saúde o cenário não é muito diferente.

2.2.1 A saúde e o sistema prisional

O direito à saúde da pessoa privada de liberdade é garantido por um conjunto de normativas legais e políticas públicas que reconhecem a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos, independente do seu status jurídico ou situação de liberdade. Direito esse, assegurado na Constituição Federal de 1988 em harmonia com a Lei nº 8.080/1990, que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), amplia esse direito quando define que o acesso à saúde é obrigação do Estado (Brasil, 2020).

A Lei nº 8.080/1990 é a base das políticas públicas de saúde no Brasil e vem para estabelecer princípios fundamentais como universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde, tais devem ser aplicados de forma igual no contexto prisional, o que significa que o preso tem direito a receber cuidados médicos, psicológicos, odontológicos e sociais da mesma forma que qualquer outro cidadão (Brasil, 2020).

Outro instrumento fundamental para a garantia do direito à saúde no sistema prisional é a Lei nº 7.210/1984, a Lei de Execução Penal, além de disciplinar a execução das penas privativas de liberdade ela também afirma que o preso tem direito a assistência à saúde, incluindo serviços médicos e hospitalares, conforme a gravidade das suas necessidades (Brasil, 2020).

Além disso, o Brasil adota políticas públicas específicas para a saúde no sistema prisional, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), criada em 2014 visando um atendimento de saúde adequado (Brasil, 2020).

Entretanto, a realidade da saúde no sistema prisional brasileiro é marcada por condições de extrema precariedade, reflexo direto da superlotação, da infraestrutura deficiente e da negligência histórica com os direitos fundamentais da população privada de liberdade. O Brasil possui atualmente a terceira maior população carcerária do mundo, com mais de 850 mil pessoas encarceradas, sendo que aproximadamente 40% delas ainda aguardam julgamento. O crescimento vertiginoso do número de presos desde os anos 2000 não foi acompanhado pela devida expansão das estruturas de saúde dentro das unidades prisionais, gerando um cenário de vulnerabilidade sanitária crítica (Brasil, 2025a).

Portanto, a realidade da saúde no sistema prisional brasileiro revela uma profunda desconexão entre o que determinam os marcos legais, que garantem o direito à saúde como universal e integral, e o que de fato é ofertado nas unidades prisionais. A superação desses desafios exige investimentos estruturais, ampliação do acesso aos serviços de saúde, valorização dos profissionais atuantes nas prisões, além de um compromisso político e social que reconheça as pessoas privadas de liberdade como sujeitos de direitos (Lima et al., 2024).

Junqueira (1997) defende que, para a superação dos desafios colocados para a saúde prisional, a descentralização e a intersetorialidade são fundamentais para melhorar a qualidade dos serviços prestados. Transpondo essa ideia para o sistema prisional, a descentralização significa fortalecer a atuação das UBSPs, com autonomia para planejar e executar ações que atendam as demandas específicas da população encarcerada, respeitando as peculiaridades de cada unidade, evitando que decisões fiquem restritas apenas a níveis centrais de governo, distante da realidade do cárcere.

É fundamental compreender a intersetorialidade na saúde prisional se torna indispensável, considerando que os determinantes do processo de saúde-doença vão além do setor sanitário, envolvendo aspectos como alimentação, saneamento, educação, trabalho, segurança e assistência social. Dessa forma a gestão somente se torna efetiva quando há articulação entre saúde, administração penitenciária, justiça, assistência social e educação, consolidando uma rede integrada de

enfrentamento das vulnerabilidades. Essa abordagem torna os serviços mais resolutivos, fortalece a vigilância epidemiológica e viabiliza ações permanentes de promoção, prevenção e ressocialização, garantindo cuidado mais justo e equitativo à população em privação de liberdade (Junqueira, 1997).

Nesse encaminhamento, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) apresenta-se como um importante instrumento para alicerçar o fazer profissional do gestor no contexto do sistema profissional, bem como todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento, como se vê na sequência.

2.3. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE (PNAISP)

O Ministério da Saúde, sob a ótica de superação das dificuldades impostas pelo confinamento e visando facilitar o acesso aos serviços de saúde de forma integral e efetiva, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com intuito de ampliar as ações do SUS para a população privada de liberdade (Brasil, 2025).

Sabe-se que os ambientes prisionais são complexos e desafiadores para a prestação de cuidados à saúde, apresentando altas taxas de doenças. Nesse cenário, a PNAISP desempenha um papel essencial ao superar essas barreiras e assegurar o acesso à saúde em seu nível mais alto possível. Afinal, o direito à saúde é fundamental e não pode ser negado a ninguém, incluindo as pessoas privadas de liberdade. Nesses casos o Estado assume uma responsabilidade ainda maior, garantindo o acesso a cuidados de saúde adequados e de qualidade para essa população (Brasil, 2023).

A PNAISP é uma política de saúde pública que foi implementada para garantir e promover a saúde integral da população carcerária, embasada no princípio universal da saúde como um direito previsto na Constituição de 88, tendo como diretrizes a integralidade, a intersetorialidade, a descentralização, a hierarquização e a humanização, assim reconhecendo as unidades prisionais como porta de entrada e ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Barbosa et al, 2022).

Para que a política seja colocada em prática, além do espaço físico, torna-se necessário o desenvolvimento de Equipes de Saúde Prisional (ESP), as quais devem ser multiprofissionais e capacitadas a prestar atenção integral à saúde para os apenados. Devendo, assim, realizar as suas atividades em unidades prisionais ou na UBS destinada. Algo que impacta bastante no perfil das ESPs, tanto no número de funcionários para prestar essa assistência quanto na carga horária que os mesmos terão que cumprir, é o quantitativo de custodiados e as doenças predominantes na instituição (Brasil, 2023).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Prisional (PNAISP) estabelece o custeio mensal com mecanismo de viabilização de ações de promoção da saúde dentro de estabelecimentos prisionais, proporcionando, assim, a implementação das ações propostas. A adesão ao programa ocorre por meio de um Termo de Acordo, formulado pelos Grupos Condutores estaduais. Estes grupos são compostos pelas secretarias de saúde e pelas secretarias responsáveis pela instituição prisional e pela elaboração de um Plano de Ação. Sendo que cabe a este Plano detalhar as condições de saúde presentes nas unidades prisionais, ações previstas e, também, resultados esperados, configurando-se como o instrumento central para a implementação da PNAISP (Bernardes, 2024).

Portanto, destacam-se atribuições institucionais para os Estados e Distrito Federal coordenados pela Secretaria de Saúde elaborar Plano de Ação em parceria com a Secretaria de Justiça e Administração penitenciária, alinhando-se com prioridades da região, ao Plano de Saúde estadual/DF e aos instrumentos do SUS. Já aos municípios, quando adeptos a PNAISP, esta a função de elaboração de Plano de Ação juntamente com a Secretaria de Saúde estadual e de Justiça, integrando-o aos Planos Estaduais e Regionais de Saúde e também aos instrumentos de pactuação e planejamento do Sistema Unico de Saude (Bernardes, 2024).

Nesse encaminhamento, a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) demanda uma ação articulada entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O nível federal, por intermédio do Ministério da Saúde, é responsável por normatizar, financiar e coordenar a política, garantindo apoio técnico e monitoramento nacional. Aos Estados e ao Distrito Federal compete a gestão descentralizada da assistência, incluindo a articulação intersetorial, a supervisão das ações e a execução de serviços que não tenham sido pactuados com os Municípios.

Já os Municípios, ao aderirem formalmente à PNAISP, assumem a responsabilidade direta pela execução das ações de saúde no âmbito prisional, devendo constituir equipes, garantir o registro em sistemas de informação e integrar os serviços prisionais à rede local de saúde, em consonância com os princípios do SUS (Brasil, 2014a; Brasil, 2014b).

No entanto, há de se observar que, em termos de estrutura, embora políticas públicas tenham sido instituídas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), a implementação tem sido marcada por desigualdades regionais e dificuldades operacionais. Em 2019, de um total de 1.412 estabelecimentos prisionais no Brasil, apenas 856 possuíam consultório médico e 785 contavam com alguma estrutura básica de enfermagem (Brasil, 2025b). A cobertura de equipes de atenção básica varia enormemente entre os estados, com algumas unidades federativas, como o Amapá, registrando índices próximos a zero (Brasil, 2025).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade surge como instrumento essencial ao propor repasses financeiros e diretrizes para a organização das Unidades Básicas de Saúde Prisional, ainda que os recursos se mostrem insuficientes diante da magnitude e complexidade das demandas (Viana, 2024).

Nesse contexto, o trabalho desenvolvido pelas Unidades Básicas de Saúde Prisional contribui significativamente para o fortalecimento das redes de atenção primária nos territórios, promovendo impactos positivos nas políticas sociais voltadas ao cuidado local. Ao promover a municipalização da assistência à população privada de liberdade, consolida a gestão municipal como coordenadora do cuidado em rede e responsável pelo acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2025).

Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde no ambiente prisional destaca-se como uma ferramenta estratégica para viabilizar a assistência básica às pessoas privadas de liberdade, contribuindo para a ressocialização, inclusão e reparação social. Além disso, reforça a importância de políticas públicas que integrem saúde, justiça e direitos humanos, conforme será discutido no próximo tópico.

2.4. ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO PRISIONAL

A Atenção Primária é conhecida como a principal porta de entrada do acesso dos usuários ao SUS e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. É o centro de comunicação de toda a rede e funciona como um filtro, que organiza todo o fluxo dos serviços do Sistema Único de Saúde, desde o mais simples até o de mais alta complexidade (Fundação Oswaldo Cruz, 2025).

Nesse sentido, a Atenção Primária é desenvolvida com um alto nível de descentralização e uma ampla abrangência territorial, normalmente localiza-se mais próximo do dia a dia e da vida das pessoas. Existem diversas estratégias ligadas à atenção primária, sendo uma das principais a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que contempla serviços interdisciplinares através das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), como consultas, exames, vacinas, dentre outros serviços oferecidos à população (Fundação Oswaldo Cruz, 2025).

As UBSFs são fundamentais na promoção do bem estar, é onde inicia-se o cuidado com a saúde e tem como seu principal objetivo promover a saúde e prevenir doenças, além de acompanhar no controle de condições de saúde já existentes (Viana, 2023).

Em conformidade com o Plano Nacional de Saúde, que prevê a inclusão do sistema carcerário no SUS e garante que o direito a cidadania se consuma, há a inserção de Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSP), com a ideia de estruturar a assistência para que todos tenham acesso a um tratamento justo e adequado às suas necessidades, com cuidado amplo e contínuo e garantia de efetiva resolução dos problemas de saúde (Brasil, 2014).

Com a efetivação das UBSP tem-se como objetivo o alinhamento dos cuidados entre as pessoas privadas de liberdade nas instituições prisionais, a fim realizar toda assistência necessária referente a doenças, agravos e transtornos que prejudicam a vida dos apenados dentro das unidades (Barbosa et al, 2022).

As UBSPs são estruturadas por equipes multiprofissionais conhecidas como equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), formadas por uma união entre equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Saúde Bucal (eSB) , com composição mínima de um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem e um técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal (Brasil,2021).

Entretanto, para atender com eficiência e de acordo com o número de presos em cada instituição, o tamanho das equipes podem variar, como na equipe de Atenção Primária Prisional Essencial que deve ser composta com um quantitativo funcional mínimo de um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista e um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem. Já a equipe de Atenção Primária Prisional Ampliada é a mais robusta e tem sua composição mínima baseada em um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem e um profissional selecionado dentre enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional (Brasil, 2021).

Além das equipes citadas anteriormente ainda é possível ter outra voltada especialmente para a saúde mental, denominada equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional formada minimamente por um médico psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental, um profissional selecionado dentre psicólogo e assistente social ou então um enfermeiro e dois profissionais selecionados dentre psicólogo e assistente social. Por fim, ainda pode-se incluir um profissional complementar de saúde bucal da equipe de Atenção Primária Prisional Essencial ou Ampliada (Brasil, 2021).

Entende-se assim que a Atenção Primária, principalmente dentro das prisões, é o guia do cuidado de saúde no sistema carcerário, garantindo acesso contínuo, ligando serviços e focado em prevenção, promoção e atendimento completo, quando se trata da saúde da mulher privada, que requer cuidados e atendimentos específicos é necessário o incremento de obstetrícia, parto e cuidados com o recém nascido, saúde mental, sexual e doenças prevalentes. Portanto, na sequência, aborda-se as particularidades que envolvem a saúde da mulher na atuação da atenção primária inserida no sistema prisional.

2.4.1 Saúde da mulher privada de liberdade: demandas para a atenção primária

No ano de 2014 foi publicada a Política Nacional de Atenção às Mulheres Privadas de Liberdade e Egressas (PNAMPE), instituída pela Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, com objetivo de adequar normas e procedimentos as especificidades das mulheres quando se refere a gênero, idade, sexualidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, dentre outros aspectos relevantes.

Entretanto, embora a política contribua para mudança de diversos padrões históricos, ainda é vulnerável e enfrenta desafios como barreiras institucionais, superlotação e discriminação à população presa, afetando assim, diretamente o direito a saúde (Araújo et al, 2020) .

A dinâmica e estruturação do cárcere não foi pensada e nem projetada para abrigar mulheres, seus princípios, predominantemente masculinos, não ofertam o mínimo de dignidade as presas, indo em direção contrária ao atual conceito de saúde, que vai além de ausência de doença e passa a significar um bem estar completo, englobando físico, mental e social. Na realidade, sabe-se que é quase impossível encontrar mulheres saudáveis no sistema prisional feminino, por mais que não tenham as doenças comuns do ambiente, elas vivem em condições insalubres dentro das celas e pavilhões da cadeia aumentando a possibilidade de doenças de pele e respiratórias, por exemplo (Souza et al, 2021).

Assim, diversas demandas de saúde que emergem nas instituições ou alas masculinas podem ser pontuadas também nas femininas como as doenças infecciosas, a prevalência de doenças crônicas, transtornos mentais e problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas que também é elevada. Sabe-se que mulheres privadas de liberdade apresentam um quadro ainda mais delicado, com maiores índices de sífilis, hipertensão, transtornos ansiosos e depressivos, além de alta incidência de violência física anterior ao encarceramento (Lima et al., 2024). Apesar disso, muitas unidades não contam com equipes mínimas de atenção à saúde, e os poucos serviços existentes enfrentam escassez de insumos, falta de medicamentos, ausência de protocolos de atendimento e insegurança para os profissionais (Fonseca et al., 2021).

Além disso, ainda que haja múltiplos fatores e doenças existentes no sistema prisional feminino, o índice das patologias do trato gineco-urinário segue sendo predominante, seguidas das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) com destaque para a sífilis, HIV e herpes genital. É importante ressaltar que, em sua grande maioria, as mulheres ingressam no sistema portando as doenças por recorrência de abuso sexual sofrido, historico de prostituição e pouco acesso a informação antes do cárcere (Costa et al, 2024).

Nesse contexto, a saúde mental ganha especial relevância, pois o descaso com a população feminina encarcerada pode ocasionar desequilíbrios psíquicos devido a adaptação e aceitação do novo lugar habitado, também há um alto nível de

abandono familiar, provocando sentimento de solidão nas internas. O encarceramento provoca distanciamento de familiares e amigos, término de relacionamento, falta de disponibilidade quando referido a criação dos filhos, o que acaba causando tristeza, quadros depressivos e ansiedade (Souza et al, 2021).

Sabe-se que o quantitativo de mulheres egressas em instituições carcerárias tem aumentado a cada ano e pelo fato de elas, assim como os homens, terem direito a visitas conjugais, o índice de gestantes nas prisões femininas tem se elevado, o que tem impactado no aumento de necessidades referentes a gestação, como pré natal, parto e puerpério (Leal et al, 2016).

Na grande maioria dos estados brasileiros essas internas grávidas são transferidas para unidades com capacidade de comportar mães e filhos por volta do terceiro trimestre da gestação, já na hora do parto são transferidas para um hospital público com capacidade de acolhimento e, após, retornam à unidade onde estavam. Sendo que, as detentas têm o direito de ficar com seus filhos nos primeiros meses de vida, em média de 6 a 12 meses, após isso, o bebê é entregue para a família materna/paterna, ou em casos mais sensíveis para assistência social e é levado para um abrigo, enquanto a mãe retorna a sua unidade prisional de origem (Leal et al, 2016) .

Tratando-se do puerpério, período delicado marcado por intensas alterações hormonais e físicas na vida da mulher, torna-se essencial a realização de cuidados específicos, como a primeira consulta pós-parto, que deve ocorrer até sete dias após o nascimento da criança. Nesse atendimento, a puérpera deve passar por uma avaliação física para verificar a presença de sinais de alerta, como sangramento vaginal excessivo, febre, dores ou indícios de infecção. Além disso, devem ser abordados aspectos relacionados ao planejamento reprodutivo, com orientações sobre métodos contraceptivos, incluindo sua eficácia, forma de uso e possíveis efeitos colaterais. Também é fundamental oferecer orientações sobre amamentação e os cuidados com o recém-nascido (Provenzi et al, 2025).

Considerando esse contexto, observa-se que as condições de saúde das mulheres privadas de liberdade retratam um contexto de exposição a múltiplas fontes de risco, marcado pela sobreposição de doenças crônicas, infecciosas e ginecológicas, aliadas a agravos mentais e emocionais que se intensificam na vivência carcerária. Quadro este que requer atenção do estado, dos gestores e profissionais de saúde.

3 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o tipo de pesquisa, a abordagem adotada e os procedimentos utilizados, detalhando como serão coletadas e analisadas as informações para alcançar os objetivos do estudo.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Quanto a sua natureza, trata-se de uma pesquisa básica, cujo objetivo principal é aprofundar a compreensão teórica do tema, ou seja, a gestão em saúde nas Unidades Básicas de Saúde Prisionais com foco nas estratégias adotadas para a saúde das mulheres. Dessa forma, é possível estruturar conceitos, consolidando o conhecimento já produzido e promovendo a sistematização das informações já existentes. Além disso, este tipo de pesquisa busca gerar novas perguntas e hipóteses, estimulando o avanço do conhecimento e a superação das limitações ou lacunas presentes nas investigações anteriores, contribuindo, assim, para o desenvolvimento científico de forma contínua e fundamentada (Minayo, 2001).

Referente a abordagem, caracteriza-se como qualitativa. Este tipo de abordagem, segundo Gil (2021), tem foco nas realidades e perspectivas dos indivíduos e considera a interação entre o pesquisador e seu objeto de estudo. Já Minayo (2001) descreve a pesquisa qualitativa como uma abordagem que se concentra na interpretação e subjetividade, com objetivo de explorar a complexidade dos fenômenos sociais, utilizando o pesquisador como instrumento principal para a obtenção de uma compreensão mais aprofundada e contextualizada, através de resultados numéricos generalizáveis

No que se refere aos objetivos trata-se de uma pesquisa descritiva. Para Triviños (1987, p. 110), “o estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade”. Sendo assim, a pesquisa descritiva busca descrever a situação em detalhe, especialmente o fenômeno, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos.

Além disso, a pesquisa classifica-se, no que tange aos procedimentos técnicos, como bibliográfica. De acordo com Oliveira (2011), a pesquisa bibliográfica é

desenvolvida a partir de materiais já existentes, como livros e artigos científicos, sendo essencial para reunir informações sobre o tema estudado. Sua principal vantagem consiste em oferecer uma base analítica que apoia outros tipos de pesquisa, embora também possa constituir um estudo completo por si só.

As pesquisas bibliográficas podem ser conduzidas de diversas formas: narrativa, integrativa ou sistemática. No caso deste estudo, foi adotada a forma sistemática de revisão da literatura. Quando trata-se da pesquisa sistemática, Rodrigues e Neubert (2023) a descrevem como um tipo de estudo baseado em dados secundários obtidos de outras pesquisas, com o objetivo de sintetizar as evidências sobre um tema específico, geralmente controverso. Diferencia-se das revisões tradicionais pelo rigor metodológico, uso de protocolos validados por empregar métodos precisos de análise e síntese das informações.

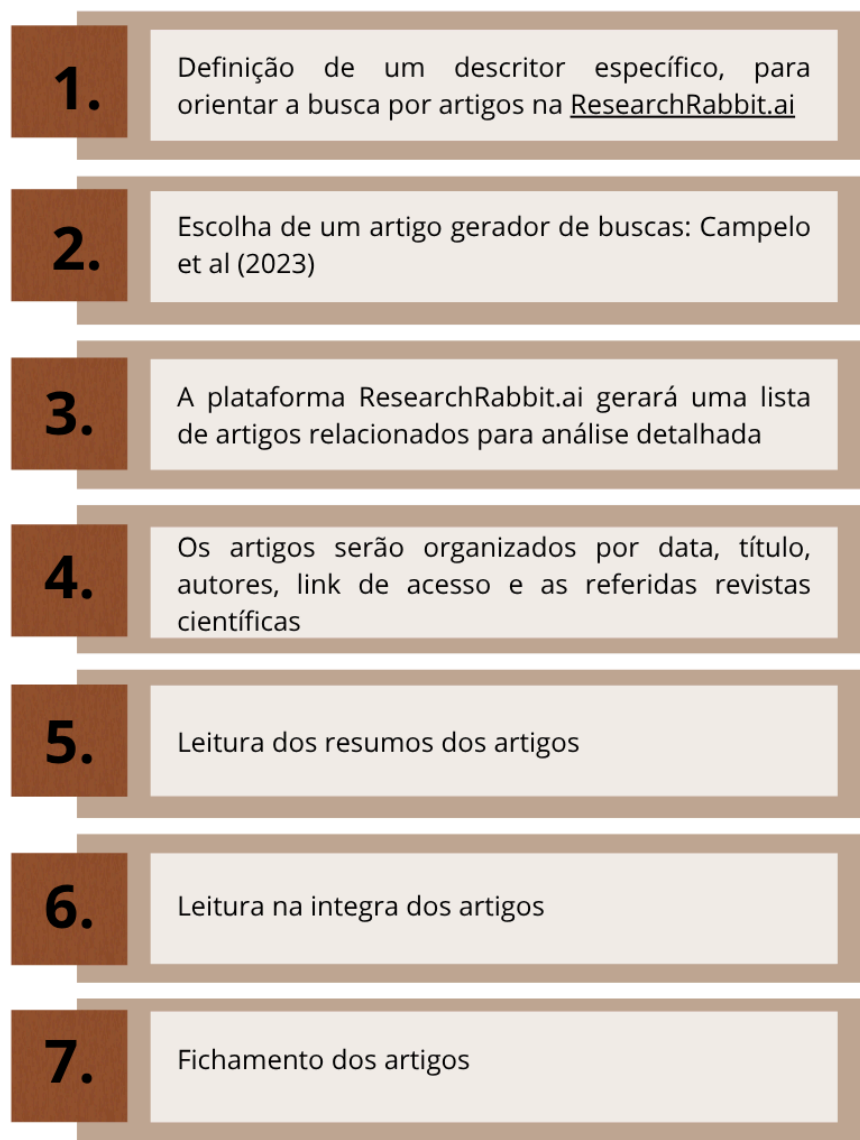
3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para realizar o estudo com o tema “a Gestão em Saúde nas Unidades Básicas de Saúde Prisional: Acesso ao Cuidado para as Mulheres Privadas de Liberdade”, foi utilizado um procedimento de coleta de dados baseado na revisão de literatura, utilizando a ferramenta *ResearchRabbit.ai*. De acordo com a Universidade Federal do Paraná (2023), a ferramenta *ResearchRabbit.ai* é gratuita para a análise de rede de artigos e nela é “possível criar coleções de artigos e a partir dessa coleção, realizar análises e conexões entre autores e temas”.

Nesse caso, todo o trabalho de coleta dos artigos é feito por IA e “cabe ao pesquisador utilizar os filtros e compreender as relações”. Sendo que, algumas das relações possíveis são: recomendações de artigos, trabalhos do mesmo tema em anos anteriores ou anos posteriores. Para autores, é possível analisar a relação de autores na coleção, até a relação individual de autores, e conferir trabalhos escritos sobre o mesmo tema. A funcionalidade da ferramenta *ResearchRabbit.ai* permite, assim, um mapeamento eficiente da produção acadêmica mais recente, fornecendo uma base sólida para a análise das tendências e desafios emergentes em diversos temas (Universidade Federal do Paraná, 2023).

O processo de coleta de dados seguiu o modelo adotado por Mattozo e Cardozo (2024) que consiste nas etapas dispostas na figura 1:

Figura 1: Etapas da coleta de dados



Fonte: adaptado de Mattozo e Cardozo (2024)

Sendo assim, o percurso seguido para coletar os dados necessários para atender o objetivo proposto neste estudo são os seguintes:

1-Definição de um descritor específico, para orientar a busca por artigos na [ResearchRabbit.ai](#): “Gestão de UBS Prisional e a saúde da mulher”. A escolha deste descritor visa capturar uma amostra representativa de estudos que abordam esta temática.

2- **Escolha de um artigo gerador de buscas:** Neste caso, o artigo escolhido pelas suas características atenderem ao objetivo deste estudo foi:

CAMPELO, Isabella Lima Barbosa; BEZERRA, Antônio Diego Costa; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar; FERREIRA, Regina Glaucia Lucena Aguiar; MEYER, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira. Acesso e cuidado à saúde de mulheres privadas de liberdade na penitenciária cearense. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 1189-1199, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mppkG7nQmkG43fXnv9rvTMp/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2025.

3- Após a definição do descritor, **a plataforma *ResearchRabbit.ai* gerou uma lista de artigos relacionados para análise detalhada**, considerando a relevância dos tópicos e a atualidade das publicações, conforme figura 2.

Figura 2: Resultado da seleção dos artigos



Fonte: a autora (2026)

4- Os artigos selecionados foram organizados por data, título, autores, *link* de acesso e as referidas revistas científicas.

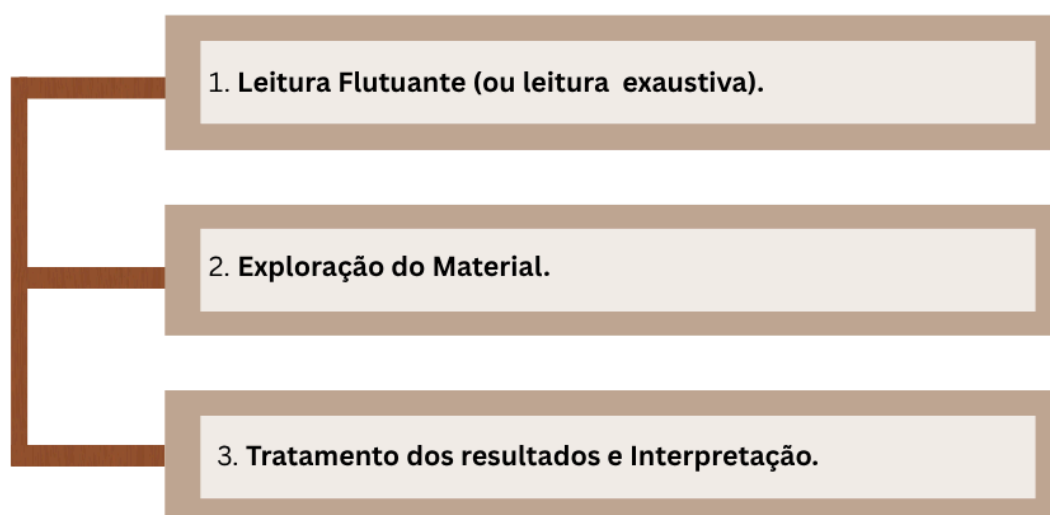
5- Após essa organização, foi realizada a leitura dos artigos para uma avaliação prévia tendo em vista o objetivo desta pesquisa e, se validado, teve a **leitura na íntegra**. Os dados coletados durante o fichamento foram os seguintes: As estratégias de gestão em saúde adotadas nas UBSs Prisionais para garantir a oferta de serviços básicos de saúde à população feminina privada de liberdade; O papel dos gestores e equipes multiprofissionais na implementação das diretrizes da PNAISP dentro das UBSs prisionais femininas; Os principais limites enfrentados na

gestão das Unidades Básicas de Saúde instaladas em unidades prisionais femininas.

3.3 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISES DE DADOS

Análise de dados é o processo de organizar, **interpretar e extrair informações úteis** a partir de conjuntos de dados levantados na etapa anterior. Para este estudo o procedimento de análise dos dados adotado foi o modelo de Minayo (2014), que compreende as etapas apresentadas na Figura 3.

Figura 3: Etapas do procedimento de análise de dados



Fonte: Adaptado Minayo (2014)

Dessa forma, na etapa 1, referente à Leitura Flutuante (ou leitura exaustiva), realizou-se o primeiro contato com os textos, ou seja, com os artigos. Essa leitura foi feita de maneira livre e repetida, com o objetivo de compreender o conteúdo de forma geral, formando impressões iniciais e identificando ideias recorrentes.

A etapa 2 correspondeu à exploração do material, que envolve a codificação dos dados, com a marcação de trechos relevantes e a identificação de categorias ou unidades de sentido. Ressalta-se que, para a codificação dos dados coletados, utilizou-se o software ATLAS.ti.

Por fim, na etapa 3, foi realizado o tratamento dos resultados e a respectiva interpretação dos dados, por meio da organização das informações em categorias temáticas, apresentadas em quadros. Nessa fase, também ocorreu uma interpretação crítica com base nos objetivos da pesquisa e no referencial teórico, buscando analisar os conteúdos identificados e relacioná-los ao contexto estudado. As publicações analisadas serão identificadas pela letra **A**, correspondente a “artigo”, seguida do número em sua ordem, como **A1**, **A2**, **A3**, e assim sucessivamente.

3.4 ÉTICA NA PESQUISA

A pesquisa bibliográfica, de acordo com a Resolução CNS nº 510/2016, não requer apreciação prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Contudo, mesmo não envolvendo participantes humanos de forma direta, esse tipo de pesquisa exige atenção cuidadosa a princípios éticos fundamentais, como a integridade acadêmica, a honestidade científica e o respeito à propriedade intelectual, os quais estão sendo rigorosamente observados ao longo do estudo (Brasil, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo apresenta os resultados e as discussões decorrentes da pesquisa bibliográfica realizada, à luz do objetivo geral de analisar os principais aspectos da gestão em saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) prisionais, com ênfase nas estratégias adotadas e nos desafios enfrentados para assegurar a efetividade das ações e a humanização do atendimento às mulheres privadas de liberdade. Para este estudo, conforme metodologia descrita anteriormente, os artigos selecionados estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Artigos selecionados

IDENTIFIC AÇÃO	TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA	LOCAL ESTUDADO
A1	A assistência em saúde de mulheres privadas de liberdade em um presídio do Rio Grande do Norte	Fernanda Thayná Cruz da Costa Renata Romeika Braga Aureliano Pétala Tuani Cândido de Oliveira Salvador Glauber Weder dos Santos Silva Lannuzya Veríssimo e Oliveira	2024	Trabalho, Educação e Saúde	Rio Grande do Norte
A2	Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde	Águida Luana Veriato Schultz Renata Maria Dotta Bárbara Sordi Stock Míriam Thais Guterres Dias	2020	Revista de Saúde Coletiva	
A3	Encarceramento feminino e bases legais da atenção à saúde da mulher privada de liberdade no	Lidiane Castro Duarte de Aquino Danielle Teles da Cruz	2021	Cadernos Saúde Coletiva	

	Brasil				
--	--------	--	--	--	--

(continua)

Quadro 1: Continuação

IDENTIFIC AÇÃO	TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA	LOCAL ESTUDADO
A4	Acesso e cuidado a saúde de mulheres privadas de liberdade na penitenciária cearense	Isabella Lima Barbosa Campelo Antônio Diego Costa Bezerra José Maria Ximenes Guimarães Ana Patrícia Pereira Morais Grayce Alencar Albuquerque Regina Glaucia Lucena Aguiar Ferreira Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer	2023	Ciencia e Saúde Coletiva	Ceará
A5	O Acesso das Mulheres Privadas de Liberdade ao Direito Fundamental à Saúde	Gabryella Sousa Silva Clóvis Marques Dias Júnior	2025	Lumen Et Virtus	
A6	Modelo de atenção à saúde prestado no sistema carcerário feminino	Jéssica Kelly Alves Machado da Silva Amuzza Aylla Pereira dos Santos Nathalya Anastacio dos Santos Silva Dayse Carla Alves Pereira Sales Ana Carolyn da Silva Rocha André Veras Costa	2021	Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento	Alagoas
A7	Assistência de Enfermagem à Saúde de Mulheres Privadas de Liberdade	Letícia Soares da Silva Maria Micaele Alves de Morais Álamy Danilo Moura e Silva	2021	Recima21 - Revista Científica Multidisciplinar	
A8	Situação de Saúde das Mulheres Privadas de Liberdade em um Município do Sul de Minas Gerais	Elaine Aparecida Rocha Domingues Lilian Reis Evaristo Maiume Rona Ferreira de Carvalho Ranile Santos Silva Aline Ferreira Souza de Carvalho	2018	Revista da Universidade Vale do Rio Verde	Minas Gerais

(continua)

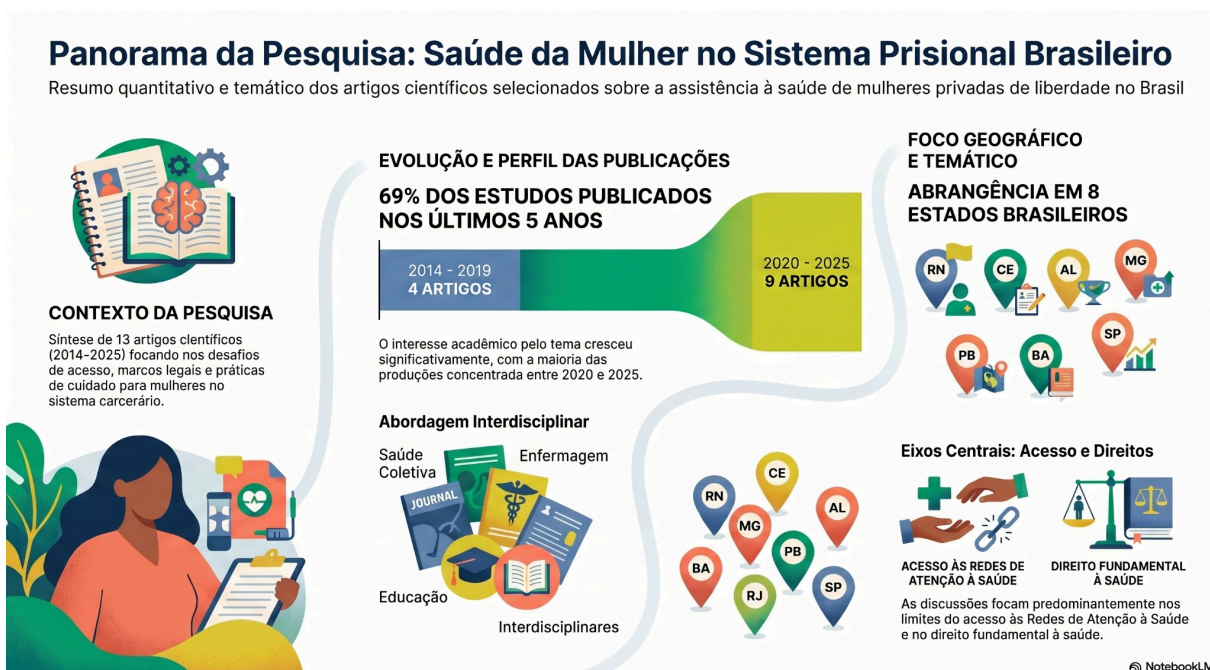
Quadro 1: Conclusão

IDENTIFIC AÇÃO	TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA	LOCAL ESTUDADO
A9	Mulheres privadas de liberdade: experiências e as condutas em saúde no presídio	Dayze Djanira Furtado de Galiza Francisca Tereza de Galiza Maria Marlene Marques Ávila Helena Alves de Carvalho Sampaio	2022	Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento	Paraíba
A10	Saúde da Mulher Encarcerada: uma proposta de intervenção, amor e vida	Marlene Menezes de Souza Teixeira Sebastiana Micaela Amorim Lemos Elizangela Beneval Bento Diogo Onofre Gomes de Souza Maria Rosa Chitolina Schetinger	2017	RIAAE - Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação	
A11	Vivências de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário	Michelle Araújo Moreira Hozana Santos Souza	2014	O Mundo da Saúde	Bahia
A12	Acesso aos Serviços de Saúde: o que dizem as mulheres privadas de liberdade?	Márcia Vieira dos Santos Valdecyr Herdy Alves Audrey Vidal Pereira Diego Pereira Rodrigues Giovanna Rosário Soanno Marchiori Juliana Vidal Vieira Guerra	2018	Revista Enfermagem Atual	Rio de Janeiro
A13	Percepção de uma equipe de atenção primária à saúde sobre a assistência à mulher privada de liberdade	Ana Clara Cardoso de Oliveira Carolina Machado Mariana Oliveira Alves da Silveira Aidê Amábele Coelho dos Santos Gaspar Lilian Donizete Pimenta Nogueira Lauren Suemi Kawata	2024	Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação	São Paulo

Fonte: A autora (2026)

Observa-se na figura 4 que a literatura selecionada é bastante diversificada, abrangendo estudos de diversos estados brasileiros, contemplando o período de 2014 à 2025 e publicados em diferentes revistas e áreas.

Figura 4: Perfil da literatura selecionada



Fonte: Gerada por IA NotebookLM (2026) com dados coletados pela autora para esse estudo (2026)

A partir da análise crítica da literatura selecionada, são discutidas as condições estruturais e organizacionais dessas unidades, evidenciando fatores que impactam a oferta de serviços de saúde, bem como as estratégias de gestão voltadas à promoção, prevenção e assistência à saúde da mulher no contexto prisional. Além disso, o capítulo aborda as principais barreiras e potencialidades relacionadas ao acesso aos serviços, considerando as especificidades de gênero e as particularidades do sistema prisional feminino, buscando articular os achados teóricos com as implicações práticas para a qualificação da gestão e do cuidado em saúde nesse cenário.

4.1. AS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS E ORGANIZACIONAIS DAS UBSS PRISIONAIS

Nesta seção apresenta-se os resultados da pesquisa referentes às condições estruturais e organizacionais das Unidades Básicas de Saúde Prisionais, com foco na análise dos elementos que influenciam a oferta de serviços básicos de saúde à população feminina privada de liberdade. A partir da sistematização dos dados, busca-se compreender como aspectos como infraestrutura física, disponibilidade de insumos, composição das equipes de saúde, organização dos processos de trabalho e articulação com a rede de atenção impactam a efetividade, a integralidade e a qualidade do cuidado ofertado. As principais evidências que emergiram da literatura selecionada para esse estudo estão apresentadas no quadro 2.

Quadro 2: Categorias de Análise: condições estruturais e organizacionais das Unidades Básicas de Saúde Prisionais

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	ARTIGOS CITADOS
Precariedade estrutural e condições ambientais	Superlotação, insalubridade e ambientes inadequados Estrutura física insuficiente para atendimentos de saúde Impactos negativos sobre o processo saúde-doença	A1, A4, A6
Insuficiência de recursos materiais e assistenciais	Escassez de medicamentos, insumos e equipamentos Baixa oferta de exames clínicos, laboratoriais e preventivos Limitação de ações de promoção e prevenção em saúde	A1, A9, A13
Fragilidade na organização dos serviços e fluxo assistencial	Limitação de atendimentos e cobertura Dificuldade de encaminhamento para outros níveis de atenção Fragilidade na articulação com a Rede de Atenção à Saúde Burocratização do acesso aos serviços	A1, A3, A5, A11
Recursos humanos e qualificação profissional	Número insuficiente de profissionais de saúde Ausência de equipe multiprofissional completa Necessidade de capacitação e educação permanente Insegurança dos profissionais no contexto prisional	A3, A8, A12
Interferência da dinâmica prisional na assistência	Dependência da segurança (escolta e autorização) Influência de agentes penitenciários e lideranças internas Restrição do acesso aos serviços de saúde	A3, A5, A7

(continua)

Quadro 2: Continuação

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	ARTIGOS CITADOS
Inadequação às especificidades da saúde da mulher	Falta de estrutura para atenção ao ciclo gravídico-puerperal Fragilidade na assistência ginecológica e reprodutiva Sistema prisional estruturado sob lógica masculina	A2, A4, A10, A14
Condições básicas de vida e impacto na saúde	Deficiência em alimentação, higiene e condições sanitárias Violação de necessidades humanas básicas Agravamento das condições de saúde	A4, A6, A16

Fonte: geradas pela ferramenta de IA Atlas ti (2026) com base nos dados coletados pela autora (2026)

A primeira categoria, definida como precariedade estrutural e condições ambientais, evidencia que a superlotação, a insalubridade e a inadequação dos espaços impactam diretamente o processo de saúde e doença. Os estudos A1, A4 e A6 reforçam esses achados ao demonstrarem que a convivência em ambientes superlotados favorece a disseminação de doenças infecciosas, como tuberculose, escabiose e infecções respiratórias, além de aumentar a exposição a situações de violência, estresse e sofrimento psíquico. A ausência de ventilação adequada, iluminação insuficiente, higiene precária e limitação no acesso à água potável e saneamento também agravam os riscos à saúde, comprometendo a dignidade e a qualidade de vida das pessoas privadas de liberdade.

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), os determinantes sociais da saúde, como moradia, renda, escolaridade e ambiente, exercem influência direta sobre os níveis de adoecimento da população. Assim, o espaço prisional não pode ser compreendido apenas como local de cumprimento de pena, mas também como um ambiente produtor de vulnerabilidades e agravos à saúde. Quando as condições estruturais são inadequadas, o cárcere deixa de ser apenas um cenário de privação de liberdade e passa a atuar como um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de doenças físicas e mentais.

Nesse sentido, entende-se que o ambiente onde a pessoa está inserida interfere diretamente em seu processo de saúde e adoecimento, evidenciando que condições inadequadas potencializam vulnerabilidades, ampliam desigualdades e comprometem tanto a qualidade de vida quanto o acesso a cuidados adequados. Além disso, tais condições dificultam a efetivação dos princípios da integralidade,

equidade e universalidade no cuidado em saúde, especialmente em contextos de maior exclusão social, como o sistema prisional.

A insuficiência de recursos materiais e assistenciais, apontada nos estudos A1, A9 e A13, demonstra a escassez de medicamentos, exames diagnósticos, insumos básicos e ações preventivas de saúde. Essa limitação compromete não apenas o atendimento imediato das demandas dos indivíduos, mas também a capacidade de identificação precoce de agravos, o acompanhamento contínuo de condições crônicas e a realização de ações educativas e preventivas. Em contextos de maior vulnerabilidade, a ausência desses recursos tende a ampliar riscos, agravar quadros clínicos e aumentar a incidência de doenças evitáveis.

Segundo Starfield (2002), a qualidade da atenção em saúde está relacionada à capacidade do sistema em garantir acesso, continuidade, coordenação e resolutividade do cuidado. Quando esses elementos não são assegurados, ocorre o comprometimento da integralidade da assistência, um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde. Isso significa que a população deixa de receber um cuidado amplo e articulado, passando a ter acesso apenas a intervenções pontuais, muitas vezes insuficientes para responder às suas necessidades reais.

Além disso, a escassez de recursos interfere diretamente na prevenção, na promoção da saúde e na recuperação dos usuários. A falta de medicamentos pode interromper tratamentos, a ausência de exames dificulta diagnósticos oportunos e a limitação de ações preventivas impede o controle de doenças transmissíveis e crônicas. Dessa forma, a insuficiência de recursos materiais e assistenciais não representa apenas um problema operacional, mas também uma importante barreira para a efetivação do direito à saúde e para a consolidação de um cuidado humanizado, contínuo e de qualidade.

A categoria fragilidade na organização dos serviços e do fluxo assistencial também se mostra bastante relevante, pois, de acordo com os estudos A1, A3, A5 e A11, existem dificuldades nos encaminhamentos entre os diferentes níveis de atenção, além de entraves burocráticos que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Em muitos casos, a ausência de fluxos bem definidos, a demora na autorização de consultas e exames, a falta de comunicação entre as equipes e a insuficiência de vagas em serviços especializados acabam prolongando o tempo de

espera e impedindo que as necessidades de saúde sejam atendidas de forma oportuna.

De acordo com Mendes, (201), a organização em redes de atenção é fundamental para garantir a continuidade, a integralidade e a resolutividade do cuidado. Quando há desarticulação entre os diferentes pontos da rede, o usuário passa a enfrentar múltiplas barreiras para acessar o atendimento adequado, sendo frequentemente submetido a deslocamentos desnecessários, repetição de procedimentos e interrupções no acompanhamento clínico. Essa fragmentação compromete a efetividade da assistência prestada, pois impede que o cuidado ocorra de maneira integrada e contínua. Além disso, a falta de articulação entre os serviços pode gerar agravamento de quadros clínicos, aumento da demanda por atendimentos de urgência e maior sobrecarga para os profissionais e instituições de saúde. Assim, mais do que ampliar a oferta de serviços, é necessário fortalecer a coordenação do cuidado, qualificar os fluxos assistenciais e garantir mecanismos de referência e contrarreferência que favoreçam um atendimento mais ágil, humanizado e resolutivo.

Na narrativa sobre as categorias referentes aos recursos humanos e à qualificação profissional, os estudos A3, A8 e A12 apontam insuficiência de profissionais, ausência de equipes multidisciplinares e necessidade de capacitação específica para atuação no contexto prisional. A limitação no número de trabalhadores disponíveis compromete a oferta regular de atendimentos, sobrecarrega as equipes e reduz a capacidade de resposta diante das múltiplas demandas de saúde existentes nesse cenário. Além disso, a ausência de profissionais de diferentes áreas, como psicologia, serviço social, enfermagem, odontologia e saúde mental, dificulta a construção de um cuidado integral e interdisciplinar.

Na perspectiva de Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação em saúde deve estar articulada com a realidade dos serviços, sendo a educação permanente fundamental para qualificar o cuidado e fortalecer as práticas profissionais. Nesse sentido, não basta apenas ampliar o número de trabalhadores; é necessário investir em processos contínuos de formação que permitam aos profissionais compreender as especificidades do ambiente prisional, incluindo questões relacionadas à vulnerabilidade social, saúde mental, violência, uso de substâncias, doenças transmissíveis e garantia de direitos.

No contexto prisional, essa necessidade torna-se ainda mais evidente devido à complexidade do ambiente e às particularidades da população atendida. Profissionais sem preparo adequado podem encontrar dificuldades para lidar com situações de conflito, sofrimento psíquico, barreiras institucionais e limitações estruturais, o que compromete a qualidade da assistência. Assim, a valorização das equipes, a ampliação do quadro de profissionais e a oferta de capacitações permanentes são estratégias essenciais para promover um cuidado mais humanizado, resolutivo e alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde.

A categoria relacionada à interferência da dinâmica prisional na assistência evidencia que a organização e as regras próprias do ambiente carcerário exercem forte influência sobre o acesso e a continuidade do cuidado em saúde. Os estudos A3, A5 e A7 demonstram que a realização de consultas, exames, encaminhamentos e atendimentos externos muitas vezes depende de autorização institucional, disponibilidade de escolta e definição de prioridades relacionadas à segurança. Dessa forma, as necessidades de saúde acabam subordinadas à lógica de funcionamento prisional, o que pode atrasar ou até impedir o atendimento adequado.

A dependência da segurança para viabilizar deslocamentos internos e externos representa uma importante barreira de acesso, especialmente quando há número insuficiente de agentes penitenciários ou indisponibilidade de escoltas. Em muitos casos, mesmo quando existe necessidade clínica identificada, o atendimento é adiado em razão de limitações operacionais da unidade prisional. Essa situação pode agravar quadros de saúde, aumentar o sofrimento e dificultar a continuidade de tratamentos, sobretudo nos casos que exigem acompanhamento especializado ou consultas fora do ambiente prisional.

Além disso, os estudos indicam que agentes penitenciários e lideranças internas também podem influenciar o acesso aos serviços de saúde, seja pela priorização de determinadas demandas, seja pela mediação das solicitações feitas pelas pessoas privadas de liberdade. Esse cenário pode gerar desigualdades no acesso, favorecendo alguns indivíduos em detrimento de outros e comprometendo o princípio da equidade. Dependendo da dinâmica institucional e das relações de poder estabelecidas, algumas demandas podem ser invisibilizadas, minimizadas ou não encaminhadas de forma adequada.

Conforme enfatiza Bonato et al (2024), a dinâmica prisional faz com que o acesso aos serviços de saúde dependa frequentemente de questões relacionadas à

segurança, à disponibilidade de escolta e à organização institucional, o que pode dificultar a continuidade do cuidado e ampliar situações de vulnerabilidade entre a população privada de liberdade. Assim, a lógica da segurança frequentemente se sobrepõe às necessidades de saúde, tornando o atendimento dependente de fatores institucionais que fogem ao controle das equipes assistenciais.

A categoria relacionada à inadequação às especificidades da saúde da mulher evidencia que o sistema prisional ainda apresenta dificuldades significativas para atender às demandas femininas de forma integral e adequada. Os estudos A2, A4 e A10 mostram que há insuficiência de estrutura, recursos e organização voltados às necessidades específicas das mulheres privadas de liberdade, especialmente no que se refere à saúde sexual, reprodutiva e materna.

A falta de estrutura para a atenção ao ciclo gravídico-puerperal é uma das fragilidades mais evidentes. Muitas unidades prisionais não dispõem de acompanhamento pré-natal regular, espaços adequados para gestantes, acesso facilitado a exames, orientações sobre amamentação e cuidados no pós-parto. Além disso, a dependência de escolta e autorização para atendimentos externos pode dificultar consultas, exames obstétricos e o acesso oportuno a serviços especializados, aumentando os riscos para a saúde materna e neonatal.

Também se observa fragilidade na assistência ginecológica e reprodutiva, marcada pela limitação de exames preventivos, dificuldades de acesso a métodos contraceptivos, baixa oferta de acompanhamento para infecções sexualmente transmissíveis e insuficiência de ações educativas voltadas à saúde da mulher. Essas lacunas comprometem a prevenção de agravos, o diagnóstico precoce e a promoção da autonomia feminina sobre o próprio corpo e sua saúde.

De acordo com o artigo “Condição de saúde das mulheres no sistema carcerário brasileiro: uma revisão de literatura”, elaborado por Braga et al (2021), as prisões brasileiras ainda são organizadas sob uma lógica predominantemente masculina, o que faz com que as necessidades femininas sejam frequentemente invisibilizadas. Nesse contexto, questões relacionadas à maternidade, à saúde reprodutiva, ao cuidado ginecológico e ao acompanhamento gestacional acabam recebendo menor atenção, contribuindo para a ampliação das vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres privadas de liberdade.

Assim, a inadequação às especificidades da saúde da mulher não se restringe à ausência de serviços, mas reflete um modelo institucional que ainda não

reconhece plenamente as necessidades femininas no cárcere. Para superar esse cenário, é necessário fortalecer políticas específicas para mulheres privadas de liberdade, ampliar o acesso a cuidados ginecológicos e obstétricos e garantir que a assistência em saúde seja organizada de forma equitativa, humanizada e sensível às questões de gênero.

No que diz respeito a categoria relacionada às condições básicas de vida e seu impacto na saúde, evidencia-se que a deficiência em alimentação, higiene e condições sanitárias constitui um dos principais fatores de agravamento do adoecimento no sistema prisional. Os estudos A4 e A6 demonstram que a precariedade no acesso à água potável, a insuficiência de produtos de higiene, a alimentação inadequada e a ausência de ambientes salubres comprometem diretamente a saúde física e mental das pessoas privadas de liberdade.

A limitação de itens básicos, como sabonete, creme dental, papel higiênico, absorventes e roupas adequadas, favorece o surgimento de doenças dermatológicas, infecções, problemas bucais e sofrimento psíquico. Da mesma forma, a insuficiência de alimentação em quantidade e qualidade adequadas pode provocar desnutrição, perda de peso, fraqueza, agravamento de doenças crônicas e maior vulnerabilidade imunológica. Em ambientes marcados pela superlotação e pela precariedade sanitária, esses fatores se potencializam, favorecendo a disseminação de doenças e aumentando a exposição a situações de risco.

De acordo com o estudo de Pontes et al (2026) colaboradores, a ausência ou superficialidade no planejamento e controle das ações de alimentação e nutrição no sistema prisional compromete o processo de cuidado e revela fragilidades na atuação da atenção primária nesse contexto. Os autores destacam que a superlotação, a insalubridade, a má alimentação e a higiene precária refletem diretamente nas condições de saúde da população privada de liberdade.

Além disso, a privação de condições mínimas de higiene, alimentação e saneamento representa não apenas um problema de saúde pública, mas também uma violação de necessidades humanas básicas e do princípio da dignidade da pessoa humana. Quando essas condições não são asseguradas, o ambiente prisional passa a produzir e intensificar agravos, dificultando a prevenção, a recuperação e a manutenção da saúde. Nesse contexto, a restrição de acesso à água e à alimentação adequada ainda se configura como uma problemática recorrente em diversas unidades prisionais brasileiras.

De forma geral, as categorias analisadas demonstram que as fragilidades presentes nas UBSs prisionais não se restringem a problemas isolados de infraestrutura ou de gestão, mas refletem um contexto marcado por múltiplas vulnerabilidades, limitações institucionais e barreiras estruturais ao cuidado. A precariedade dos espaços, a escassez de recursos, a desarticulação da rede, a insuficiência de profissionais, a influência da dinâmica prisional, a invisibilização das necessidades femininas e as deficiências nas condições básicas de vida comprometem diretamente a efetividade, a integralidade e a humanização da assistência em saúde. Nesse cenário, compreender como as equipes e os gestores têm buscado enfrentar esses desafios torna-se fundamental, o que conduz à próxima seção, voltada à análise das principais estratégias de gestão em saúde utilizadas nas UBSs prisionais.

4.2 AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO EM SAÚDE UTILIZADAS NAS UBSs PRISIONAIS

Este tópico apresenta os resultados da pesquisa bibliográfica acerca das principais estratégias de gestão em saúde adotadas nas Unidades Básicas de Saúde Prisionais, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência voltadas à saúde da mulher privada de liberdade. A partir da análise da literatura selecionada, busca-se identificar como essas estratégias têm sido estruturadas e implementadas, evidenciando práticas relacionadas ao cuidado integral, à atenção às especificidades de gênero e à organização dos serviços no contexto prisional. No quadro 3, apresentam-se as principais categorias encontradas nesta temática.

Quadro 3: Categorias de Análise: estratégias de gestão em saúde adotadas nas Unidades Básicas de Saúde Prisionais

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	ARTIGOS CITADOS
Estratégias de promoção da saúde	Realização de ações educativas em saúde Orientações sobre autocuidado, higiene e saúde sexual Atividades coletivas voltadas à conscientização em saúde	A1, A9, A13

(continua)

Quadro 3: Continuação

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	ARTIGOS CITADOS
Estratégias de prevenção de agravos	Prevenção de ISTs (testagem rápida e orientações) Rastreamento de câncer do colo do útero (Papanicolau) Ações de imunização e controle de doenças transmissíveis Prevenção de agravos crônicos e infecciosos	A1, A9, A10, A13
Estratégias assistenciais na atenção básica	Consultas de enfermagem e atendimento clínico Acompanhamento de condições agudas e crônicas Atendimento às demandas espontâneas Ações básicas de cuidado contínuo	A1, A3, A8, A11, A12
Atenção à saúde sexual e reprodutiva	Planejamento reprodutivo e acesso a métodos contraceptivos Assistência ao pré-natal e acompanhamento gestacional Ações relacionadas ao puerpério Cuidado ginecológico básico	A2, A10
Estratégias de organização do cuidado e gestão do serviço	Planejamento das ações de saúde dentro da unidade prisional Organização da agenda e priorização de atendimentos Articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) Encaminhamentos para serviços especializados	A3, A5, A7, A11
Atuação da equipe de enfermagem como estratégia central	Protagonismo da enfermagem na assistência Acolhimento e vínculo com as usuárias Coordenação do cuidado dentro das UBSs prisionais Desenvolvimento de ações educativas e preventivas	A3, A8, A12
Limitações nas estratégias de gestão em saúde	Descontinuidade das ações de promoção e prevenção Cobertura insuficiente das estratégias implementadas Restrição das ações devido à estrutura prisional Dificuldade de efetivação da integralidade do cuidado	A4, A6

Fonte: geradas pela ferramenta de IA Atlas ti (2026) com base nos dados coletados pela autora (2026)

A categoria referente às estratégias de promoção à saúde evidencia que as ações educativas constituem um dos principais recursos utilizados no contexto prisional. Conforme os estudos A1, A9 e A13, destacam-se orientações sobre autocuidado, higiene e saúde sexual, além da realização de atividades coletivas voltadas à conscientização em saúde. Iniciativas essas que contribuem para o fortalecimento da autonomia dos indivíduos e para a construção de conhecimentos que favorecem práticas mais saudáveis. Nesse sentido, a promoção da saúde deve ser compreendida como um processo que envolve não apenas a transmissão de informações, mas também o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1986), por meio da Carta de Ottawa, a promoção da saúde está relacionada à capacitação dos indivíduos para o controle sobre sua própria saúde, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade, como o sistema prisional.

De modo complementar, a categoria referente às estratégias de prevenção de agravos evidencia a adoção de ações voltadas ao controle e à redução de riscos à saúde no contexto prisional. Conforme os estudos A1, A9, A10 e A13, destacam-se a realização de testagens rápidas para infecções sexualmente transmissíveis, o rastreamento do câncer do colo do útero através do exame papanicolau, ações de imunização e medidas de controle de doenças, além da prevenção de agravos crônicos. Tais estratégias são fundamentais para reduzir a incidência de doenças e possibilitar o diagnóstico precoce, principalmente em ambientes marcados por maior vulnerabilidade epidemiológica.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1986), a prevenção de agravos constitui um dos pilares fundamentais da saúde pública, envolvendo ações de promoção, proteção e diagnóstico, com o objetivo de reduzir a carga de doenças e evitar complicações. No contexto prisional, essas ações assumem papel ainda mais relevante devido a superlotação, as condições insalubres e a maior exposição a doenças transmissíveis, fatores que potencializam os riscos à saúde e exigem estratégias preventivas mais efetivas e contínuas.

Além disso, segundo o Brasil (2012), as ações de prevenção devem ser desenvolvidas de forma contínua na atenção primária, incluindo vigilância em saúde, imunização, rastreamento e acompanhamento de condições crônicas. No entanto, no sistema prisional, essas estratégias frequentemente enfrentam limitações estruturais e organizacionais, comprometendo sua efetividade e cobertura. Nesse sentido, a prevenção de agravos não deve ser compreendida como um conjunto de ações pontuais, mas como uma estratégia integrada ao cuidado em saúde, cuja fragilidade pode resultar no aumento de doenças evitáveis, agravamento de quadros clínicos e maior demanda por atendimentos de urgência.

A categoria referente às estratégias assistenciais na atenção básica evidencia que o cuidado em saúde no contexto prisional se estrutura a partir de ações clínicas e de acompanhamento contínuo das condições de saúde das pessoas privadas de liberdade. Conforme os estudos A1, A3, A8, A11 e A12, destacam-se as consultas de enfermagem, o atendimento clínico, o acompanhamento de condições agudas e

crônicas, além da atenção às demandas espontâneas. Essas práticas demonstram a centralidade da atenção básica às demandas, mesmo diante das limitações impostas pelo ambiente prisional.

Do ponto de vista teórico, a atenção básica é compreendida como eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde, sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela garantia da integralidade das ações em saúde (Brasil, 2012). Nesse sentido, suas diretrizes envolvem o acompanhamento contínuo, responsabilização sanitária e a articulação com outros níveis de atenção. No entanto, no contexto prisional, a efetivação desses princípios encontra desafios relacionados à superlotação, escassez de recursos e organização institucional, o que pode comprometer a continuidade e a resolutividade da assistência (Assis, Constantino, Pinto, 2016). Dessa forma, embora as estratégias assistenciais estejam presentes, sua efetividade depende diretamente das condições estruturais e organizacionais do sistema.

A análise da atenção à saúde sexual reprodutiva no contexto prisional revela a presença de ações direcionadas ao cuidado integral das mulheres privadas de liberdade, conforme os estudos A2 e A10, destacam-se iniciativas como o planejamento reprodutivo, o acesso a métodos contraceptivos, a assistência ao pré natal, o acompanhamento gestacional, as ações voltadas ao puerpério e o cuidado ginecológico básico. Essas práticas evidenciam uma tentativa de contemplar as especificidades da saúde feminina, articulando dimensões preventivas e assistenciais. Contudo, observa-se que tais ações nem sempre são desenvolvidas de forma contínua ou adequada, sendo frequentemente impactadas por limitações estruturais e organizacionais próprias do sistema prisional.

No campo teórico a saúde da mulher deve estar fundamentada nos princípios da integralidade, equidade e no reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, assegurando acesso universal e qualificado aos serviços de saúde (Brasil, 2011). Além disso, estudos apontam que mulheres em situação de privação de liberdade se encontram em condições de maior vulnerabilidade, o que demanda políticas públicas específicas e sensíveis às suas necessidades Diuana et al (2014). Dessa forma a fragilidade na implementação dessas ações pode comprometer a qualidade da assistência ofertada e ampliar desigualdades já existentes, reforçando a importância do fortalecimento das estratégias de cuidado no sistema prisional.

A organização do cuidado e a gestão dos serviços de saúde no sistema prisional emergem como elementos centrais para efetivação das práticas assistenciais. Nesse sentido, os estudos A3, A5, A7 e A11 evidenciam a importância do planejamento das ações de saúde, da organização da agenda, da priorização dos atendimentos, da articulação com a Rede de Atenção à Saúde e dos encaminhamentos para serviços especializados. Tais aspectos demonstram que a estruturação do serviço é fundamental para garantir a continuidade do cuidado e o funcionamento adequado do fluxo assistencial, especialmente em um contexto marcado por alta demanda e complexidade.

Nessa perspectiva, a organização dos serviços de saúde deve ocorrer de forma integrada, garantindo a comunicação entre os diferentes níveis de atenção e a coordenação do cuidado. Conforme aponta Mendes (2011), a constituição das Redes de Atenção à Saúde depende da articulação entre os serviços e da manutenção do acompanhamento ao longo do tempo. No entanto, no sistema prisional, fatores como dificuldades logísticas, barreiras institucionais e a fragmentação da rede podem comprometer essa integração, dificultando o acesso a serviços especializados e a continuidade do tratamento. Dessa forma, embora existam estratégias de gestão, sua efetividade ainda é limitada pelas condições estruturais do sistema.

A atuação da equipe de enfermagem no sistema prisional configura-se como um elemento fundamental para a organização e execução das ações de saúde. Conforme os estudos A3, A8 e A12, observa-se o protagonismo desses profissionais na assistência, envolvendo práticas como acolhimento, construção de vínculo com as usuárias, coordenação do cuidado e desenvolvimento de ações educativas e preventivas. Além disso, a enfermagem exerce acompanhamento contínuo das condições de saúde, sendo, em muitos casos, a principal referência assistencial dentro das unidades.

Nesse contexto, a enfermagem exerce papel essencial na garantia da integralidade do cuidado, atuando de forma direta na promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência clínica (Backes et al, 2012). A valorização do acolhimento e da escuta qualificada também se destaca como componente importante para a humanização da assistência. Contudo, no ambiente prisional, esse protagonismo pode ter associação com a sobrecarga de trabalho e a insuficiência de profissionais, fatores que podem comprometer a qualidade do cuidado ofertado.

Assim, torna-se fundamental investir na melhoria das condições de trabalho e na valorização de profissionais.

As fragilidades presentes nas estratégias de gestão em saúde no sistema prisional evidenciam limitações que comprometem diretamente a efetividade das ações desenvolvidas, conforme os estudos A4 e A6, destacam-se a descontinuidade das ações de promoção e prevenção, a cobertura insuficiente das estratégias implementadas, restrições impostas pela estrutura prisional e as dificuldades na efetivação da integralidade do cuidado, tais aspectos indicam que, apesar das iniciativas voltadas à organização dos serviços, estas ainda não são suficientes para responder de forma adequada as demandas de saúde dessa população.

Diante disso, a efetivação do cuidado integral requer a articulação entre gestão, serviços e políticas públicas, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (Brasil, 2014). Entretanto, o sistema prisional apresenta entraves estruturais significativos, como superlotação, condições insalubres e limitações de acesso aos serviços de saúde, fatores que dificultam a implementação efetiva das diretrizes estabelecidas. Nesse contexto, a fragilidade na gestão em saúde pode contribuir para o agravamento de doenças evitáveis e para o aumento da demanda por atendimentos de maior complexidade, reforçando a necessidade de fortalecimento das políticas públicas e da organização dos serviços (Sanchez, Larouze, 2016).

Diante do exposto, observa-se que, embora existam diversas estratégias voltadas à promoção, prevenção e assistência à saúde no contexto prisional, sua efetividade ainda se mostra condicionada a limitações estruturais, organizacionais e institucionais que atravessam esse cenário. A complexidade do cuidado em saúde nesse contexto exige não apenas a ampliação e qualificação das ações, mas também a compreensão das especificidades que cruzam a vivência das mulheres privadas de liberdade, especialmente no que se refere às desigualdades de gênero e as condições de vulnerabilidade. Nesse sentido, torna-se fundamental avançar na análise dos fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde, destacando tanto os obstáculos quanto as potencialidades presentes no processo, com intuito de compreender de forma mais profunda como se configuram as barreiras e possibilidades de acesso no sistema prisional.

4.3. AS BARREIRAS E POTENCIALIDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CONSIDERANDO AS ESPECIFICIDADES DE GÊNERO E O CONTEXTO DO SISTEMA PRISIONAL FEMININO

Nesta seção, são apresentados os resultados da pesquisa bibliográfica referentes às barreiras e potencialidades no acesso aos serviços de saúde no contexto do sistema prisional feminino, considerando as especificidades de gênero. A partir da análise dos estudos selecionados, busca-se compreender como fatores estruturais, institucionais, sociais e culturais influenciam o acesso e a continuidade do cuidado em saúde para mulheres privadas de liberdade. As categorias que emergiram nesta temática estão no quadro 4.

Quadro 4: Categorias de Análise: barreiras e potencialidades no acesso aos serviços de saúde no contexto do sistema prisional feminino

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	ARTIGOS CITADOS
Barreiras estruturais e organizacionais	Insuficiência de serviços de saúde e baixa cobertura assistencial Dificuldade de acesso a exames e atendimentos especializados Fragilidade na articulação com a Rede de Atenção à Saúde Descontinuidade do cuidado	A1, A4, A5, A6, A11
Barreiras relacionadas às especificidades de gênero	Invisibilidade das necessidades de saúde da mulher Falta de assistência adequada ao ciclo gravídico-puerperal Ausência de políticas efetivas voltadas à saúde feminina no cárcere Sistema prisional estruturado sob lógica masculina	A2, A4, A10
Vulnerabilidades sociais e condições de saúde	Alta prevalência de ISTs e doenças crônicas Agravos relacionados à saúde mental Condições de vida precárias que agravam o adoecimento Baixo acesso à informação em saúde	A4, A6, A9, A13
Potencialidades na organização do cuidado em saúde	Existência das UBSs prisionais como porta de entrada do cuidado Presença de ações básicas de saúde (consultas, prevenção, educação) Estratégias de acolhimento e vínculo com as usuárias Atuação da equipe de enfermagem como facilitadora do acesso	A1, A3, A8, A11, A12

(continua)

Quadro 4: Continuação

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	ARTIGOS CITADOS
Estratégias que favorecem o acesso e a integralidade	Ações de promoção e prevenção em saúde Encaminhamentos para outros níveis de atenção Tentativas de articulação com a rede externa de saúde Iniciativas de humanização do cuidado	A1, A9, A10, A13

Fonte: geradas pela ferramenta de IA Atlas ti (2026) com base nos dados coletados pela autora (2026)

A categoria barreira institucional e de segurança que foi apresentada em A3, A5, A7, evidencia que a dinâmica organizacional do sistema prisional interfere diretamente no acesso aos serviços de saúde. As subcategorias apontam que a necessidade de escolta e autorização para atendimentos, a interferência de agentes penitenciários e as priorizações internas relacionadas à segurança limitam a efetivação do cuidado. Observa-se que essas exigências institucionais frequentemente resultam em atrasos ou impedimentos no acesso a consultas, exames e tratamentos, subordinando as demandas de saúde à lógica da segurança. Nesse contexto, ocorre também restrição da autonomia das mulheres privadas de liberdade, que passam a depender de decisões institucionais para acessar serviços básicos.

De acordo com Souza et al. (2024) e Campelo et al. (2024), a assistência em saúde no sistema prisional é fortemente influenciada por fatores institucionais e organizacionais, nos quais a lógica da segurança frequentemente se sobrepõe às necessidades assistenciais. Tal dinâmica compromete princípios fundamentais como a equidade e a integralidade do cuidado tornando o acesso desigual e insuficiente.

No que se refere a categoria barreiras estruturais e organizacionais, identificam-se limitações importantes na oferta e na organização dos serviços de saúde, emergiram em A1, A4, A5, A6, A11. Observa-se a insuficiência de serviços, baixa cobertura assistencial, dificuldades de acesso a exames e atendimentos especializados, além de fragilidade nas articulações com a Rede de Atenção à Saúde e descontinuidade do cuidado. Esses fatores evidenciam que, mesmo quando há oferta de serviço, ela não é suficiente para atender as demandas da população.

Nessa direção, Ramos et al (2023) aponta que a organização do cuidado em saúde para mulheres privadas de liberdade ainda apresenta fragilidades

relacionadas a continuidade e a integração dos serviços. Quando há falhas na articulação entre os níveis de atenção, o usuário enfrenta dificuldades no acesso, interrupções no tratamento e perda da resolutividade da assistência, o que contribui para o agravamento das condições de saúde.

Quanto às barreiras relacionadas às especificidades de gênero, evidencia-se a invisibilidade das necessidades de saúde das mulheres presas. Os estudos A2, A4 e A10 apontam a insuficiência de assistência à gestação e no puerpério, a ausência de políticas efetivas voltadas à saúde feminina e a organização do sistema prisional sob uma lógica predominantemente masculina. Tais limitações comprometem o acesso a cuidados ginecológicos, obstétricos e reprodutivos adequados, repercutindo negativamente na qualidade da assistência prestada e na garantia de direitos à saúde.

Nesse caso, à luz das discussões sobre gênero, Saffioti (2004) compreende o gênero como uma categoria central para a análise das desigualdades estruturais, especialmente nas relações de poder entre homens e mulheres. Nessa perspectiva, estudos recentes mostram que mulheres privadas de liberdade enfrentam barreiras específicas no acesso à saúde, reforçando a necessidade de políticas públicas sensíveis às suas particularidades (Braga et al, 2020).

Em relação às vulnerabilidades sociais e condições de saúde observa-se que a população privada de liberdade apresenta alta prevalência de infecções sexualmente transmissíveis, doenças crônicas e agravos relacionados à saúde mental. Além disso, as condições de vida precárias e o baixo acesso a informação contribuem para o agravamento do adoecimento e dificultam ações de prevenção e promoção da saúde. Esta categoria se intensificou de maneira mais clara e evidente em A4, A6, A9 e A13.

Nesse cenário é importante refletir que o processo saúde-doença é profundamente influenciado pelos determinantes sociais, diretamente relacionados às vulnerabilidades vivenciadas por mulheres reclusas, com baixa escolaridade, pobres, com histórico de violência e acesso limitado aos serviços de saúde, fatores que contribuem para o agravamento do adoecimento, além disso, o contexto prisional, marcado por condições precárias e restrições na assistência, intensifica essas vulnerabilidades, destacando a necessidade de uma abordagem onde seja considerada os aspectos biológicos, sociais e institucionais (Minayo, 2008).

A penúltima categoria a ser analisada diz respeito a potencialidades na organização do cuidado em saúde, especialmente por meio da atuação das Unidades Básicas de Saúde Prisionais (UBSs prisionais) como porta de entrada do cuidado. A presença dessas unidades favorece o acesso inicial aos serviços de saúde e possibilita o desenvolvimento de ações, como consultas, acompanhamento clínico, vacinação, prevenção de doenças e atividades de educação em saúde. Essas iniciativas contribuem para a identificação precoce de agravos, promoção da saúde e fortalecimento da atenção integral, aproximando o cuidado prisional dos princípios organizativos do SUS, como afirmam os artigos selecionados A1, A3, A8, A11, A12.

É importante observar, também, às estratégias de acolhimento e construção de vínculo com as usuárias, fundamentais em um ambiente marcado por vulnerabilidades sociais, emocionais e institucionais. Nesse cenário, a equipe de enfermagem destaca-se como facilitadora do acesso e da continuidade do cuidado, devido a sua presença constante nas unidades e à proximidade estabelecida com as mulheres privadas de liberdade. A atuação da enfermagem favorece a escuta qualificada, o acompanhamento contínuo e a mediação entre as necessidades das usuárias e os demais serviços da rede de saúde, fortalecendo práticas mais humanizadas e contribuindo para a ampliação da resolutividade da atenção em saúde prisional.

Nesse sentido, Soares Filho e Bueno (2016), ressaltam que a atuação da enfermagem possui papel estratégico na organização do cuidado, na escuta qualificada e na mediação do acesso aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para práticas mais integrais e humanizadas no sistema prisional feminino

Por fim, a categoria denominada estratégias que favorecem o acesso e a integralidade, conduzem a uma análise relevante como, por exemplo, fragilidade do cuidado. Embora existam políticas públicas voltadas à assistência em saúde no sistema prisional, muitas mulheres privadas de liberdade ainda enfrentam dificuldades para acessar consultas, exames, atendimento especializado e acompanhamento contínuo. As ações de promoção e prevenção em saúde frequentemente são limitadas pela falta de estrutura, escassez de profissionais, superlotação e restrições impostas pela dinâmica de segurança das unidades prisionais. Além disso, questões específicas da saúde da mulher, como saúde

sexual e reprodutiva, gestação, saúde mental e histórico de violência, nem sempre recebem atenção adequada, comprometendo a qualidade da assistência prestada. Tais evidências foram percebidas em A1, A9, A10, A13.

Outro desafio significativo refere-se aos encaminhamentos para outros níveis de atenção e à articulação com a rede externa de saúde, que muitas vezes ocorre de forma fragmentada e insuficiente. A demora para realização de consultas especializadas, a ausência de contra referência e as dificuldades logísticas para deslocamento comprometem a continuidade do cuidado e agravam as condições de saúde já existentes. Nesse contexto, as iniciativas de humanização do cuidado tornam-se fundamentais para promover acolhimento, escuta qualificada e respeito à dignidade das mulheres privadas de liberdade. Entretanto, práticas ainda marcadas por estigma, preconceito e condições inadequadas de atendimento dificultam a efetivação de um cuidado verdadeiramente humanizado e integral.

De acordo com Minayo e Ribeiro (2016), Além disso, barreiras estruturais, preconceitos institucionais e limitações operacionais dificultam o acesso a serviços especializados e a construção de práticas de cuidado mais acolhedoras e integrais, evidenciando a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde no sistema prisional feminino.

Finalmente, a análise das categorias evidenciou que o acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade é atravessado por múltiplas barreiras institucionais, estruturais, organizacionais e de gênero, que comprometem a efetivação dos princípios da integralidade, equidade e universalidade do SUS. Observou-se que a lógica da segurança ainda prevalece sobre as necessidades assistenciais, dificultando o acesso oportuno a consultas, exames, tratamentos e serviços especializados. Além disso, a fragilidade na articulação entre o sistema prisional e a Rede de Atenção à Saúde, associada à insuficiência de recursos, à descontinuidade do cuidado e à invisibilidade das especificidades femininas, contribui para o agravamento das vulnerabilidades já vivenciadas por essa população, especialmente no que se refere à saúde sexual, reprodutiva e mental.

Os resultados também revelaram potencialidades importantes na organização do cuidado em saúde no contexto prisional feminino. A presença das Unidades Básicas de Saúde Prisionais, o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, bem como as estratégias de acolhimento e vínculo, demonstram avanços na construção de práticas mais humanizadas e integrais. Destaca-se,

nesse cenário, a atuação da equipe de enfermagem como elemento central na mediação do cuidado e na facilitação do acesso aos serviços de saúde, além da equipe assistencial, que também representa a gestão no cotidiano das práticas de cuidado. Assim, conclui-se que o fortalecimento das políticas públicas, da articulação intersetorial e das práticas sensíveis às questões de gênero é fundamental para garantir atenção à saúde mais qualificada, resolutiva e humanizada às mulheres privadas de liberdade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou compreender os principais aspectos relacionados à gestão em saúde nas Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSPs), com ênfase em estratégias adotadas para garantir o acesso ao cuidado das mulheres privadas de liberdade. A partir da revisão sistemática da literatura, foi possível identificar que a gestão em saúde no contexto prisional feminino envolve múltiplos desafios estruturais, administrativos, sociais e políticos, que exija atuação integrada, planejamento estratégico e fortalecimento das políticas públicas voltadas à população encarcerada.

Os estudos analisados demonstraram que, embora existam avanços normativos importantes, especialmente com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e da Política Nacional de Atenção às Mulheres Privadas de Liberdade e Egressas (PNAMPE), ainda persiste uma significativa distância entre o que é previsto legalmente e a realidade vivenciada nas instituições prisionais femininas brasileiras. A precariedade estrutural, a superlotação, a insuficiência de profissionais, a limitação de recursos materiais e financeiros e a fragilidade na articulação entre saúde e sistema prisional comprometem a efetividade das ações de cuidado e dificultam a garantia do direito à saúde dessa população.

Além disso, evidenciou-se que as mulheres privadas de liberdade apresentam demandas específicas de saúde que exigem atenção diferenciada por parte da gestão e das equipes multiprofissionais. Questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, gestação, puerpério, saúde mental, violência, uso de substâncias psicoativas, doenças infectocontagiosas e agravos ginecológicos aparecem de forma recorrente nos estudos analisados, demonstrando a necessidade de políticas e práticas assistenciais mais humanizadas, integrais e sensíveis às especificidades femininas no contexto do cárcere.

Outro aspecto relevante identificado refere-se ao papel estratégico da Atenção Primária à Saúde dentro das unidades prisionais. As UBSPs e as equipes de Atenção Primária Prisional constituem importantes instrumentos para ampliação do acesso aos serviços de saúde, promoção de ações preventivas,

acompanhamento contínuo das pessoas privadas de liberdade e fortalecimento da articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Entretanto, os resultados apontam que a efetividade dessas ações ainda encontra limitações relacionadas à ausência de estrutura adequada, dificuldades operacionais, insegurança institucional e insuficiência de capacitação profissional.

A pesquisa também permitiu compreender que a gestão em saúde no sistema prisional não se restringe a aspectos administrativos, mas envolve dimensões políticas, sociais e humanas que impactam diretamente na qualidade da assistência ofertada. Nesse sentido, a atuação dos gestores torna-se fundamental para o planejamento das ações, organização dos serviços, integração intersetorial e implementação de estratégias capazes de promover cuidado integral, humanizado e alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante desse cenário, torna-se evidente a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde prisional feminina, com ampliação dos investimentos em infraestrutura, qualificação das equipes, garantia de recursos materiais e fortalecimento da articulação entre saúde, justiça, segurança pública e assistência social. Além disso, faz-se necessária a construção de práticas de gestão mais participativas e sensíveis às vulnerabilidades sociais e de saúde vivenciadas pelas mulheres privadas de liberdade.

Como contribuição, este estudo amplia as discussões sobre a gestão em saúde no sistema prisional feminino, evidenciando a importância da Atenção Primária enquanto estratégia fundamental para promoção do cuidado integral e garantia de direitos. Espera-se que os resultados apresentados possam subsidiar futuras pesquisas, bem como contribuir para reflexões acadêmicas e institucionais acerca da formulação de políticas públicas mais efetivas, humanizadas e comprometidas com a dignidade da população feminina privada de liberdade.

Por fim, destaca-se que a efetivação do direito à saúde no sistema prisional feminino depende não apenas da existência de legislações vigente e novas políticas públicas, mas, sobretudo, do compromisso ético, político e institucional em reconhecer as mulheres privadas de liberdade como sujeitos de direitos, garantindo-lhes acesso digno, integral e humanizado aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Lidiane Castro Duarte de; CRUZ, Danielle Teles da. **Encarceramento feminino e bases legais da atenção à saúde da mulher privada de liberdade no Brasil**. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, e31040071, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/JTL47GRcLwk83LCRHpnjLk/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 24 out. 2025.

ANÁLISE DA REALIDADE DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO SOB A PERSPECTIVA SOCIAL DOS DETENTOS. Revista Jurídica do Nordeste Mineiro, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 1–15, 2025. DOI: 10.61164/rjnm.v1i1.3455. Disponível em:

<https://jrnmojsbr.com/juridica/article/view/3455>. Acesso em: 16 out. 2025.

ARAÚJO, Moziane Mendonça de; MOREIRA, Aparecida da Silva; CAVALCANTE, Edilma Gomes Rocha; DAMASCENO, Simone Soares; OLIVEIRA, Dayanne Rakelly de; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou. **Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas**. Escola Anna Nery, fev. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/QHkfskQfG88yTr3yWBPfcMs/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 12 set. 2025.

ATLAS.ti. Survey data analysis software. Disponível em:

<https://atlasti.com/survey-data-analysis-software>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BACKES, Dirce Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas. **Evidenciando o cuidado de enfermagem como prática social**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 988-994, nov./dez. 2009. Disponível em: https://revistas.usp.br/rlae/pt_BR/article/view/4075/4915. Acesso em: 28 maio 2026.

BARBOSA, Mayara Lima; SALVADOR, Pétala Tuani Cândido de Oliveira; COGO, Ana Luísa Petersen; FERREIRA JUNIOR, Marcos Antonio; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. **Equipe de saúde penitenciária: a realidade do processo de trabalho**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, jul. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2022.v27n12/4397-4405/pt>. Acesso em: 12 set. 2025.

BARBOSA, Mayara Lima; CELINO, Suely Deysny de Matos; OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. **Avaliação do impacto das políticas públicas na saúde mental: uma análise crítica**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 41, n. 8, e00234521, 2025. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/NbFdnavfx5vk9Sd4cXn7Kwgp/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 10 out. 2025.

BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger; MARTINEZ, Helena Aspesi; MATOS, Izabella Barison. **Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1397–1407, 2014. DOI: 10.1590/S0104-12902014000400022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gvMmdF54M5RyGKmRcpVqGCv/>. Acesso em: 07 out. 2025.

BERNARDES, Sônia Rafaella Santos. **O (des)cumprimento das necessidades de saúde no encarceramento feminino alagoano**: uma análise da aplicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). 2024. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) — Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2024. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/123456789/14548/1/O%20%28des%29cumprimento%20das%20necessidades%20de%20sa%C3%BAde%20no%20encarceramento%20feminino%20alagoano%20%20uma%20an%C3%A1lise%20da%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20da%20pol%C3%ADtica%20nacional%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20integral%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20das%20pessoas%20privadas%20de%20liberdade....pdf>. Acesso em: 10 out. 2025.

BONATO, Patrícia de Paula Queiroz; VENTURA, Carla Aparecida Arena; AMARAL, Claudio do Prado; BERNARDO, Silvia Maria Martins. **As prisões enquanto locais de permanência**: atenção à saúde de policiais penais durante a pandemia de covid-19. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 24, n. 1, e0013, 2024. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/es/article/view/197597/215882>. Acesso em: 28 maio 2026.

BRAGA, Gabriele de Brito; TAVARES, Diogo Henrique; HERREIRA, Lieni Fredo; JARDIM, Vanda Maria da Rosa; FRANCHINI, Beatriz. **Condição de saúde das mulheres no sistema carcerário brasileiro**: uma revisão de literatura. SANARE - Revista de Políticas Públicas, Sobral, v. 20, n. 1, 2021. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1556/790>. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASILa. **Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, 3 jan. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 24 set. 2025.

BRASILb. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional — PNAISP**. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf. Acesso em: 24 out. 2025.

BRASILc. **Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014.** Redefine as regras para adesão, habilitação e financiamento da PNAISP. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, 15 dez. 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2765_12_12_2014.html.

Acesso em: 24 set. 2025.

BRASIL. **Direito à saúde da pessoa privada de liberdade.** Secretaria Nacional de Política Penitenciária, 2020. Disponível em:

<https://www.gov.br/senappen/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-tecnicas/assistencia/direito-a-saude-no-sistema-prisional/direito-a-saude-da-pessoa-privada-de-liberdade.pdf>. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASILa. **Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 12 set. 2025.

BRASILb. **Portaria GM n.º 2.298, de 10 de setembro de 2021.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2298_10_09_2021.htm.

Acesso em: 12 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa:** Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view>. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

https://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Depen — Senapen. **Senappen divulga levantamento de informações penitenciárias referente ao primeiro semestre de 2024.** Secretaria Nacional de Política Penitenciária. Governo Federal, 11 out. 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/senappen/pt-br/assuntos/noticias/senappen-divulga-levantamento-de-informacoes-penitenciarias-referente-ao-primeiro-semester-de-2024>. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASILa. Depen. **Depen divulga nota técnica sobre acesso à saúde no sistema prisional. Secretaria Nacional de Políticas Penais.** Brasília: 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/senappen/pt-br/assuntos/noticias/depen-divulga-nota-tecnica-sobre-acesso-a-saude-no-sistema-prisional>. Acesso em: 09 set. 2025.

BRASILb. Observatório Nacional dos Direitos Humanos. **Observatório Nacional dos Direitos Humanos divulga dados sobre o sistema prisional brasileiro.** Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Brasília: fev. 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>. Acesso em: 09 set. 2025.

BRASILc. **Saúde Prisional.** Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnaisp>. Acesso em: 12 set. 2025.

BRASILd. **Biblioteca Virtual em Saúde.** Ministério da Saúde, Brasília, 2025. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bv>. Acesso em: 12 set. 2025.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2026.

CAMPELO, Isabella Lima Barbosa; BEZERRA, Antônio Diego Costa; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar; FERREIRA, Regina Glaucia Lucena Aguiar; VIEIRA-MEYER, Anya Pimentel Gomes Fernandes. **Acesso e cuidado à saúde de mulheres privadas de liberdade na penitenciária cearense.** Ciência & Saúde Coletiva, ago. 2023 (publicação v.2024.v29n6/e09172023). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n6/e09172023>. Acesso em: 09 set. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. **Gestão em saúde.** Educação Profissional em Saúde: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Disponível em: <https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>. Acesso em: 07 out. 2025.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hZLwpVCM8N4ySDF5BNkKcgD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2026.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000. Disponível em: https://www.google.com/books/edition/Introdu%C3%A7%C3%A3o_%C3%A0_teorias_gerais_da_administra%C3%A7%C3%A3o/yipkDwAAQBAJ. Acesso em: 07 out. 2025.

COLE, Victoria; BOUTET, Mish. **ResearchRabbit** (product review). Journal of the Canadian Health Libraries Association, v. 44, n. 2, p. 43–47, ago. 2023. DOI: 10.29173/jchla29699. Disponível em: <https://doi.org/10.29173/jchla29699>. Acesso em: 07 nov. 2025.

CONSTANTINO, Patrícia; ASSIS, Simone Gonçalves de; PINTO, Liana Wernersbach. **O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro**, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2089-2100, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n7/2089-2100/pt>. Acesso em: 28 maio 2026.

CORAIOLA, Diego M.; MELLO, Cristiane Marques de; JACOMETTI, Márcio. **Estruturação da estratégia-como-prática organizacional**: possibilidades analíticas a partir do institucionalismo organizacional. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, v. 13, n. 5, p. 204–223, 2012. DOI:10.1590/S1678-69712012000500008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ram/a/WjXJBddYyknwmLTRTkfBWmm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2026.

COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti; ANDRADE, Israel Martins de; CELINO, Suely Deysny de Matos; MENDONÇA, Ana Elza Oliveira de; SOUTO, Rafaella Queiroga. **Funcionamento do prontuário eletrônico do cidadão no sistema prisional**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 4381–4388, dez. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n12/4381-4388/pt/>. Acesso em: 24 out. 2025.

COSTA, Fernanda Thayná Cruz da; AURELIANO, Renata Romeika Braga; SALVADOR, Pétala Tuani Cândido de Oliveira; SILVA, Glauber Weder dos Santos; OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo e. **A assistência em saúde de mulheres privadas de liberdade em um presídio do Rio Grande do Norte**. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/BqDzjJQ9f7TJTqcgjXpc4f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2025.

DAMAS, Fernando Balvedi. **Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil**. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 6–22, dez. 2012. Disponível em: <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina38377.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.

DIUANA, Vilma; VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; LAROUZÉ, Bernard; CORRÊA, Marilena Cordeiro Dias Villela. **Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário**: tensões e desafios na transformação da realidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2041-2050, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RvQTNVx7QgtrWDM5WwqWNBh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2026.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Desafios da Gestão no Século XXI**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001. Disponível em: https://www.google.com/books/edition/Desafios_da_gest%C3%A3o_no_s%C3%A9culo_XXI/NuEdvQAACAAJ. Acesso em: 07 out. 2025.

GADELHA, Hugo Sarmiento; CASTRO FILHO, Hiran Mendes; MARQUES, Agílio Tomaz; GASPERINI, Arthur Mendes; MONTEIRO, Auzenir de Oliveira Abrantes; SANTOS, Suzana Araújo dos; ALMEIDA, Rosana Santos de; SILVA, Matheus Matos

Ferreira. **Análise do direito constitucional à saúde no sistema prisional brasileiro em tempos de pandemia.** Revista RSD, dez. 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/20730/22637>. Acesso em: 09 set. 2025.

GIL, Antônio Carlos. **Pesquisa qualitativa básica.** São Paulo: Atlas, 2021. Disponível em: https://www.google.com.br/books/edition/Pesquisa_qualitativa_b%C3%A1sica/cTc_EQAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=1. Acesso em: 31 out. 2025.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Unidade básica de saúde: um pilar essencial da atenção primária.** Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/unidade-b%C3%A1sica-de-sa%C3%BAdem-pilar-essencial-da-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria>. Acesso em: 12 set. 2025.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Cartilha: pré-natal, parto e puerpério para mulheres privadas de liberdade e parceiros(as).** Secretaria Estadual da Saúde. Porto Alegre: SES/RS, 2023. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202303/23171609-cartilha-pre-natal-parto-e-puerperio-para-mulheres-privadas-de-liberdade-e-parceiros-as-organizador-grafico-1.pdf>. Acesso em: 12 set. 2025.

IMPORTÂNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS. Research, Society and Development, [S. l.], v. 12, n. 4, p. e16712441057, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i4.41057. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/41057>. Acesso em: 23 out. 2025.

LEAL, Maria do Carmo; AYRES, Barbara Vasques da Silva; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; SÁNCHEZ, Alexandra Roma; LAROUZÉ, Bernard. **Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, mai. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PpqmzBJWf5KMTfzT37nt5Bk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMbYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 28 maio 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. **Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 7, p. 2031–2040, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015217.08552016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tRXJDPpwf6s6sf5xDBmS94f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. 2001. Disponível em: https://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf. Acesso em: 29 out. 2025.

NASCIMENTO, Silmaria Bandeira do; SOUZA, Antônio Tiago da Silva; PEREIRA, Marianne dos Santos; CARVALHO, João Rodrigo de Moura; SILVA, Antonio Vladimir Félix da. **Além das grades: percepção de mulheres encarceradas acerca das condições de saúde**. SANARE – Revista de Políticas Públicas, v. 18, n. 2, 2020. DOI: 10.36925/sanare.v18i2.1374. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1374>. Acesso em: 17 out. 2025.

NUNES, Alessandro da Silva; NOGUEIRA, Eliézer Vaz; HENNEMANN, Francielle da Silveira Delgau; NOGUEIRA, Jerônimo da Cunha; SOARES, Luciano Barbosa; CARVALHO NETO, Joaquim Carlos da Silva. **Uma síntese do sistema prisional e seus desafios: ressocialização e o papel do gestor público prisional**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], p. 23–78, 2025. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/17923>. Acesso em: 02 out. 2025.

OLIVEIRA, Hugo. **Sistema prisional brasileiro: entenda como funciona**. Gran Cursos Online, 11 out. 2023. Disponível em: <https://faculdade.grancursosonline.com.br/blog/sistema-prisional-brasileiro/>. Acesso em: 10 set. 2025.

OLIVEIRA, Jussara Maria Silva Rodrigues; GRZYBOVSKI, Denise; SETTE, Ricardo de Souza. **Origens e fundamentos do conceito de estratégia: de Chandler a Porter**. Conexão Ciência (Online), [S. l.], v. 5, n. 1, p. 35–48, 2011. DOI: 10.24862/cco.v5i1.57. Disponível em: <https://revistas.uniformg.edu.br/conexaociencia/article/view/57>. Acesso em: 12 fev. 2026.

PEREIRA, Clara Aparecida Rodrigues de Freitas; SILVA, Jussara Goulart da; LOPES, Evandro Luiz. **Estratégia: uma revisão teórica**. In: III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) e II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS), São Paulo – SP, Brasil, 09 a 11 nov. 2014. Anais... São Paulo: (organizadores), 2014. p. 1-13. Disponível em: <https://singep.org.br/3singep/resultado/465.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2026.

PESSOA, Débora Luana Ribeiro; RAMOS, Aline Sharlon Maciel Batista; DIAS, Aíla Maria Castro; SOUZA, Isabela Bastos Jácome; REGO, Adriana Sousa; GONZAGA, Lucas; JESUS, Bezerra. **Os principais desafios da gestão em saúde na atualidade: revisão integrativa**. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 3413–3433, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/8949>. Acesso em: 10 out. 2025.

PONTES, Gabriela de Sousa; MELO, Meggie Adriele de Albuquerque; SILVA, Luís Augusto Pereira; COELHO, Ardigleusa Alves; SILVA, Cícera Renata Diniz Vieira; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. **Ações de alimentação e nutrição no sistema prisional: uma análise a partir de instrumentos de gestão do SUS**. Ciência & Saúde

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2026. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acoes-de-alimentacao-e-nutricao-no-sistema-prisional-uma-analise-a-partir-de-instrumentos-de-gestao-do-sus/19901?id=19901>. Acesso em: 28 maio 2026.

PRUDENTE, Neemias Moretti. **Sistema prisional brasileiro: desafios e soluções.** Revista do Ministério Público Militar, v. 10, n. 3, p. 45–68, 2024. Disponível em: <https://revista.mpm.mp.br/rmpm/article/view/321/312>. Acesso em: 10 set. 2025.

RAMOS, Maria Eduarda Kegler; DALBOSCO, Ana Katharina; BEGNINI, Marciele; SANTOS, Letícia Lirio dos; ALMEIDA, Maria Eduarda de; ORLANDI, Gabriel. **O cuidado em saúde e sua relação com aspectos sociodemográficos das mulheres privadas de liberdade no Brasil: uma revisão integrativa.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 3412, 2023. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3412/1845>. Acesso em: 28 maio 2026.

RAMM, Elias Vargas; MACHADO, Tiago Ferreira; BERGMANN, Claudio Emir; SANTOS, Cleidson Ferreira dos. **A separação de presos nos estabelecimentos penais brasileiros.** REASE – Revista Eletrônica de Administração Social e Educacional, v. 15, n. 3, p. 45–67, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/12839/6107>. Acesso em: 10 set. 2025.

REDDITOR. **Brasil soma 17 mil mortes em presídios nos últimos 10 anos, e situação tende a piorar.** Reddit, 25 set. 2024. Disponível em: https://www.reddit.com/r/brasilnoticias/comments/18k86h8/brasil_soma_17_mil_mortes_em_pres%C3%ADdios_nos/. Acesso em: 09 set. 2025.

ROGERO, Tiago. **Aumento da tuberculose na América Latina está ligado às taxas de encarceramento.** The Guardian, 25 dez. 2024. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2024/dec/25/latin-america-tuberculosis-imprisonment-el-salvador-brazil-colombia-mexico-argentina-peru>. Acesso em: 09 set. 2025.

RODRIGUES, Rafaela da Silva; NEUBERT, Patricia da Silva. **Introdução à pesquisa bibliográfica.** Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 2023. E-book (PDF). Disponível em: <https://doi.org/10.5007/978-65-5805-082-7>. Acesso em: 31 out. 2025.

RODRIGUES, Valéria F. S. Ricarte; CAVALCANTI, Sabrinna Correia. M. **O sistema prisional e a ressocialização do preso através do trabalho.** Revista FACISA, v. 6, n. 1, p. 1–15, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unicathedral.edu.br/index.php/revistafacisa/article/view/220>. Acesso em: 17 out. 2025.

ROQUE, Zandra Victoria Machado. **Promoção à saúde na Atenção Básica: estratégias para melhorar a qualidade de vida.** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Universidade Aberta do SUS, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família). Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/8789/1/Zandra%20Victoria%20Machado%20Roque.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2026.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. Disponível em: https://fpabramo.org.br/wp-content/uploads/2021/10/5-genero_web.pdf. Acesso em: 28 maio 2026.

SÁNCHEZ, Alexandra; LAROUZÉ, Bernard. **Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro**, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2071-2080, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Z5NKf8zWtfGtjLncjC3KHPQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2026.

SANTOS, Rayane Gabriela da Silva; CARVALHO FILHO, Gilson Ribeiro. **A realidade do sistema prisional do Brasil e a dignidade da pessoa humana**. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 9, n. 9, p. 1837–1847, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i9.11307. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11307>. Acesso em: 16 out. 2025.

SILVA, Ademir Santos da; COSTA, Elaine Cristina Pimentel; SILVA, Anderson Soares da. **O sistema prisional brasileiro e as políticas públicas em saúde para a população carcerária**. *Revista Eletrônica da Escola Superior da Magistratura de Alagoas (Esmal)*, 2025. Disponível em: https://revistadaesmal.tjal.jus.br/index.php/revistaEletronicaEsmal/article/view/266?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 12 set. 2025.

SILVA, Amanda Ferreira da; SANTOS, Diego da Guia. **Gestão estratégica em saúde: uma análise de elementos estratégicos da Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas**. *Revista Gestão e Organizações*, v. 8, n. 3, p. 90-112, out. 2023. DOI: <https://doi.org/10.18265/2526-2289v8n3p90-112>. Disponível em: <https://periodicos.ifpb.edu.br/index.php/rgo/article/view/7735>. Acesso em: 12 fev. 2026.

SILVA, Jéssica Mendes da; NASCIMENTO, Mariane Cordeiro do; AOYAMA, Elisângela de Andrade; LEMOS, Ludmila Rocha. **A atuação da equipe de saúde na assistência prestada ao sistema prisional brasileiro**. *Revista Rebis de Estudos Acadêmicos*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 23–40, mar. 2024. Disponível em: <https://revistateste2.rebis.com.br/index.php/revistarebis/article/view/151>. Acesso em: 12 set. 2025.

SOARES, Bruno da Silva Nascimento; NUNES, Gislaine Silveira; BORGES, Aline Andressa Trennepohl; SILVEIRA, Lucas Peixoto da; SCHWERTZ, Fábio Lopes; SANTOS, Carla Pilling dos. **Gestão das unidades prisionais: o desafio de punir, reeducar e ressocializar**. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 390–399, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i2.4185. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4185>. Acesso em: 02 out. 2025.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. **Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1999-2010, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/MztrXvhhdHyWD8GNn8hfT4h/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 28 maio 2026.

SOUZA, Laura Caldeira; ALCURE, Anna Henriques; BERNARDO, Bianca Perim; GONÇALVES, João Luís Magalhães Albuquerque; PINTO, João Pedro Miguez; FIGUEIRA, Laura Fernandes Comelli; FERREIRA, Thâmella Barbosa; DAMASCENO, Vanda Carolina Gomes; CORRÊA, Mônica Isaura. **Atenção primária à saúde para mulheres privadas de liberdade**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, São Paulo, 2024. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7388/4653>. Acesso em: 12 set. 2025.

SOUZA, Wladimir Ferreira; ATHAYDE, Milton. **Com quantos gestos se faz uma gestão em saúde?** Tempus – Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 5, n. 1, p.

161–173, 2011. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v5i1.923>. Disponível em:

<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/923>. Acesso em: 07 out. 2025.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 28 maio 2026.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação – o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**.

São Paulo: Atlas, 1987. Disponível em:

https://www.hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em_Ciencias-Sociais.pdf. Acesso em: 31 out. 2025.

VIEIRA, Cícera Kassiana Rodrigues; SILVA, Érika Sobral da. **A importância da gestão na saúde pública: uma revisão de literatura**. Revista Multidisciplinar em Saúde, [S. l.], 2019. DOI: 10.51161/ii-conbrasp/12764. Disponível em:

<https://ime.events/ii-conbrasp/pdf/12764>. Acesso em: 10 out. 2025.

VIEIRA, Sonia. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 2019.