

Prisão-território, cela-domicílio: o cuidado de Pessoas Privadas de Liberdade no Complexo Penitenciário da Papuda – DF

Prison-territory, cell-home: Caring for People Deprived of their Liberty at the Papuda Penitentiary Complex – Federal District

Jorge Esteves Teixeira Junior¹, Ana Paula de Melo Dias², Bruno Pereira Stelet², Marcia Silveira Ney¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910709P

RESUMO Este artigo discute a prisão como território de saúde a partir de uma pesquisa qualitativa realizada nas Unidades Básicas de Saúde Prisionais do Complexo Penitenciário da Papuda, no Distrito Federal. A metodologia articulou referenciais da territorialização em saúde às práticas cotidianas das equipes que atuam sob a lógica da Atenção Primária à Saúde (APS) em contexto de privação de liberdade. Utilizaram-se observação participante, entrevistas, grupos focais, análise documental e narrativas de campo. Identificaram-se estratégias de cuidado que tensionam a lógica punitiva predominante e afirmam a saúde como direito em contextos de exceção. Os resultados indicam que o território prisional é marcado por circulação controlada, restrições institucionais, múltiplas territorialidades e intensa produção de subjetividade. Destacam-se iniciativas como o uso de bilhetes (“catataus”), o reconhecimento da cela como domicílio e ações voltadas à saúde mental. Conclui-se que, embora o ambiente prisional imponha desafios à atuação da APS, há potência nas práticas micropolíticas desenvolvidas pelas equipes. A prisão como território de saúde configura-se, assim, como uma proposta ética, política e técnica para qualificar o cuidado no sistema prisional e ampliar a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) junto a populações vulnerabilizadas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Prisões. Território sociocultural. Determinantes Sociais da Saúde. Populações vulneráveis.

ABSTRACT This article examines prison as a health territory based on a qualitative study conducted in the Prison Primary Health Care Units of the Papuda Penitentiary Complex, in the Federal District, Brazil. The methodology articulated theoretical perspectives of health territorialization with the everyday practices of teams operating under the logic of Primary Health Care (PHC) in contexts of deprivation of liberty. Data were produced by means of participant observation, interviews, focus groups, document analysis, and field narratives. The study identified care strategies that challenge the dominant punitive logic and affirm health as a right in contexts of exception. The findings reveal that the prison territory is characterized by controlled circulation, institutional restrictions, multiple territorialities, and an intense production of subjectivity. Initiatives such as the use of written notes called ‘catataus’ the recognition of prison cells as a form of domicile, and practices related to mental health care are highlighted. It is concluded that, although the prison environment imposes significant challenges to the implementation of PHC, there is considerable potential in the micropolitical practices developed by health teams. Understanding prison as a health territory therefore constitutes an ethical, political, and technical proposal to strengthen care within the prison system and to expand the role of Brazil’s Unified Health System (SUS) in addressing the needs of vulnerable populations.

KEYWORDS Primary Health Care. Prisons. Sociocultural territory. Social Determinants of Health. Vulnerable populations.

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
jorge.estevest@gmail.com

²Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.

Introdução

O Brasil figura entre os países com as maiores populações privadas de liberdade do mundo, somando cerca de 909 mil pessoas sob custódia do Estado no ano de 2024¹. A maior parte desse contingente é formada por homens jovens, negros e pobres, evidenciando a seletividade penal e o papel estruturante do racismo na composição do sistema prisional². O encarceramento em massa se consolidou como política de controle social diante da fragilidade das estratégias de proteção e promoção da cidadania, revelando a face punitiva do Estado frente aos conflitos sociais³. Nesse cenário, a garantia do direito à saúde para a população encarcerada ainda é marcada por invisibilidade e negligência, exigindo uma abordagem crítica no campo da saúde coletiva.

O Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, é responsável pela atenção à saúde de toda a população, inclusive aquelas sob privação de liberdade, conforme previsto na Constituição Federal e na Lei de Execução Penal^{4,5}. A criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), em 2002, e a posterior consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014, representaram avanços na institucionalização do cuidado prisional como atribuição do SUS, sob a lógica da Atenção Primária à Saúde (APS)⁶. A partir dessas políticas, consolidou-se a presença das Unidades Básicas de Saúde Prisionais (UBSP) como estratégia de cuidado nos estabelecimentos penais.

No âmbito da área de saúde coletiva, o conceito de território é central para a organização das ações em saúde, especialmente na APS, sendo compreendido como espaço vivido, carregado de significados, marcado por condições econômicas materiais e relações sociais⁷. Tal conceito pretende superar uma mera noção de espaço para o olhar de dinâmicas, interações e determinantes sociais: as

hierarquias sociais que definem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, as relações existentes de violência, as condições de vida e outros processos que influenciam o ciclo saúde-doença-morte^{8,9}.

Nesse contexto, propõe-se refletir sobre a prisão como território de saúde: um espaço institucional delimitado, mas que abriga uma dinâmica complexa de produção de vida, sofrimento, cuidado e controle. A prisão, como território, desafia os pressupostos da territorialização tal como concebida na APS tradicional, por estar marcada pela heteronomia, pelo enclausuramento e pela lógica disciplinar.

A territorialização compulsória imposta pela pena contrasta com a adscrição territorial baseada no vínculo e no pertencimento comunitário. As Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) têm sua circulação estritamente controlada, seu cotidiano regulado por normas disciplinares e seu acesso à saúde mediado por burocracias e sistemas de segurança. Foucault¹⁰ descreveu a prisão como um dos instrumentos do 'disciplinamento dos corpos', ao passo que Goffman¹¹ classificou-a como uma instituição total, onde a vida cotidiana dos indivíduos é regulada por regras rígidas e centralizadas. Nesse ambiente, o cuidado em saúde é atravessado por relações de poder, controle e estigmatização.

A atuação das UBSP no Complexo Penitenciário da Papuda, no Distrito Federal, oferece uma oportunidade concreta de análise sobre as potencialidades e os limites da APS no território prisional. As equipes, compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas, enfrentam o desafio de ofertar cuidado integral a uma população privada da autonomia cotidiana, com dificuldades de acesso à rede externa e sob constante vigilância institucional. Os pedidos de atendimento para profissionais da equipe de Atenção Primária Prisional são feitos por escrito, em bilhetes dirigidos aos profissionais, chamados de 'catataus'. Assim, estratégias como os 'catataus', o uso criativo dos espaços e a construção de vínculos por

meio da escuta qualificada revelam práticas inventivas no interior desse território¹².

Ao mesmo tempo, o território prisional impõe limites severos à efetivação dos atributos da APS, como o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. A comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fragmentada, os fluxos são instáveis e o cuidado muitas vezes se restringe à contenção clínica dos agravos, em detrimento da promoção da saúde¹². Ainda assim, as equipes constroem micropolíticas de cuidado que tensionam a lógica punitiva e afirmam a saúde como direito, mesmo em contextos de exceção.

A proposta deste artigo é discutir a prisão como território de saúde a partir dos achados de uma pesquisa qualitativa realizada nas UBSP da Papuda. Para isso, buscou-se articular os referenciais teóricos da territorialização em saúde às práticas cotidianas das equipes que atuam sob duplo pertencimento, ao SUS e ao sistema penitenciário. Interessa refletir sobre as estratégias de cuidado desenvolvidas nesse cenário e sobre como a APS se reorganiza em um espaço atravessado por múltiplas formas de violência institucional e social.

Ao reconhecer a prisão como território de saúde, afirmamos a importância de superar o isolamento das ações de saúde prisional e de integrar mais plenamente esse subsistema à lógica da equidade e da justiça social. A saúde no cárcere não é concessão nem privilégio: é direito. E, como tal, deve ser garantido em todas as suas dimensões, mesmo quando o território é hostil à vida.

Material e métodos

Este artigo é produto derivado da tese de doutorado intitulada ‘Unidades Básicas de Saúde Prisionais: estratégias e práticas no SUS para PPL no Complexo da Papuda – DF’. A pesquisa se propôs a investigar a organização do cuidado em saúde no contexto prisional, com foco na atuação das UBSP, à luz dos princípios da APS e da noção de território na saúde coletiva.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, com inspiração na micropolítica do trabalho em saúde e no reconhecimento da centralidade dos sujeitos e de suas práticas no cotidiano dos serviços. O campo empírico da pesquisa foi o Complexo Penitenciário da Papuda, localizado no Distrito Federal, onde atuam cinco unidades de saúde vinculadas à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), em articulação com a Secretaria de Administração Penitenciária (Seape-DF).

Para a construção dos dados, foram utilizadas diferentes técnicas de investigação: revisão bibliográfica de literatura nacional e internacional sobre saúde prisional; APS e trabalho em saúde nas bases de dados SciELO, PubMed, Google Acadêmico e Web of Science; incluindo documentos e tratados internacionais de acesso aberto que relacionam prisões, condições de vida e direitos humanos.

Foram também realizados: análise documental das políticas públicas aplicadas à saúde no sistema prisional; observação participante do cotidiano das equipes e atendimentos; grupos focais com profissionais das UBSP; entrevistas semiestruturadas com membros das equipes de saúde; e coleta de narrativas escritas em diários de campo. A pesquisa em questão foi iniciada no ano de 2022 e concluída em novembro de 2024.

As entrevistas e os grupos focais foram realizados entre setembro e outubro de 2024, com gravação e posterior transcrição integral. As observações participantes ocorreram durante o expediente de trabalho, com autorização institucional, consentimento verbal e assinatura do Termo de Consentimento pelos profissionais envolvidos na pesquisa. A produção das narrativas seguiu a perspectiva da escuta e da escrita sensível sobre as práticas de cuidado, buscando articular os sentidos produzidos no campo com os referenciais teóricos da saúde coletiva^{13,14}. A análise documental compreendeu portarias ministeriais, normativas locais, relatórios técnicos e fluxogramas institucionais.

Para o tratamento dos dados empíricos, foi utilizada a metodologia de Análise de Conteúdo, conforme proposta por Bardin¹⁵, com apoio do software Atlas.ti®, que auxiliou na construção de um ‘livro de códigos’ e na organização temática dos dados. As categorias analíticas emergiram da leitura flutuante e da codificação temática, organizadas em macrotemas alinhados aos atributos da APS (acesso, coordenação do cuidado, integralidade, longitudinalidade), além de temas transversais como território, cultura, comunidade, relações interpessoais, vínculo, saúde mental e relações familiares. A triangulação entre diferentes fontes de dados e técnicas de coleta permitiu enriquecer a análise e conferir maior densidade interpretativa aos achados. Essa abordagem foi escolhida por permitir sistematizar dados qualitativos provenientes de múltiplas fontes – entrevistas, grupos focais, observações participantes e narrativas –, de modo a construir categorias analíticas capazes de revelar sentidos produzidos no cotidiano do trabalho em saúde no sistema prisional. A fase de pré-análise envolveu uma leitura flutuante e a definição de um *corpus* textual a ser analisado.

As categorias analíticas emergiram da articulação entre os atributos da APS, os desafios específicos da saúde prisional e os elementos micropolíticos do processo de trabalho. Foram, então, criadas macrocategorias como: acesso, coordenação do cuidado, integralidade, longitudinalidade, família, vínculo, território, cultura, comunidade e saúde mental. Essa estrutura possibilitou mapear a tensão entre o trabalho prescrito pelas políticas públicas e o trabalho real vivido pelas equipes nas UBSP, dialogando com o referencial de Merhy sobre o ‘trabalho vivo em ato’¹³ e com as contribuições de Cecílio sobre as necessidades de saúde enquanto guia para a integralidade do cuidado¹⁴. A análise buscou, assim, compreender como os profissionais produzem cuidado em um território de exceção, tensionado pela lógica da segurança e pela negação de direitos.

Dada a complexidade ética desta pesquisa, foram necessárias aprovações em dois Comitês de Ética em Pesquisa, sob código CAAE

69755022.0.0000.5260, Parecer: 6.160.785 e CAAE 69755022.0.3001.5553, Parecer: 6.510.102, além dos pareceres favoráveis do Ministério Público, da Escola Penitenciária da Polícia Penal (Epen) bem como da aprovação da Vara de Execução Penal. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. De acordo com as diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012¹⁶, foram assegurados o anonimato dos participantes e o respeito à dignidade dos sujeitos envolvidos, especialmente considerando o contexto de vulnerabilidade que caracteriza o ambiente prisional.

A Papuda como território: descrição e contextualização

Reconhecer a prisão como território de saúde exige descrever e contextualizar algumas de suas particularidades sociopolíticas, institucionais e sanitárias. A territorialização, enquanto categoria analítica da saúde coletiva, remete a espaços habitados e utilizados por sujeitos, nos quais se produzem vínculos, conflitos, afetos e necessidades em saúde. Assim como ocorre em comunidades, favelas ou zonas rurais, o sistema prisional precisa ser compreendido como um território com dinâmica própria – marcado não apenas pelo enclausuramento físico, mas também pela trama relacional, simbólica e institucional que conforma o cotidiano das PPL e dos profissionais de saúde e segurança^{7,13}.

O Complexo Penitenciário da Papuda, localizado no Distrito Federal, abriga a maior parte da população encarcerada da capital federal e reúne, em uma mesma área, diferentes unidades prisionais, com regimes e perfis variados de cumprimento de pena. Em 2025, a estimativa de PPL no Distrito Federal ultrapassou 16 mil, das quais mais de 85% estavam custodiadas na Papuda. A taxa de ocupação do complexo ultrapassa a capacidade projetada, evidenciando um cenário de superlotação em unidades destinadas ao regime provisório, fechado e semiaberto¹.

A gestão da saúde no sistema prisional do DF é compartilhada entre a Secretaria de Saúde

e a Secretaria de Administração Penitenciária. No interior do complexo funcionam cinco UBSP, com equipes multiprofissionais vinculadas e responsáveis pelo cuidado em saúde de cerca de 14 mil internos. Essas equipes atuam em contextos distintos, com regimes e perfis populacionais diversos, incluindo pessoas em prisão provisória, em execução penal e aquelas que integram segmentos sociais mais vulnerabilizados. Embora a maior parte da população encarcerada seja constituída por um perfil de homens jovens, negros e de baixas renda e escolaridade, vale ressaltar a pluralidade desse grupo: mulheres, idosos, estrangeiros, indígenas, lésbicas, gays, transexuais, pessoas com deficiência, entre outros.

Outro aspecto desse cenário é relacionado às características arquitetônicas e operacionais da Papuda, que influenciam diretamente a organização do cuidado em saúde. O deslocamento das PPL entre as celas, pátios e unidades de saúde depende da disponibilidade de escoltas e da autorização prévia da segurança, o que condiciona o acesso e a frequência aos serviços. A moradia coletiva, a rigidez disciplinar e a rotatividade restrita entre celas criam microterritorialidades com identidades e práticas próprias, configurando o que se pode nomear como territorialidade prisional. Nesse contexto, as práticas de cuidado se moldam às possibilidades e aos limites impostos pelo espaço, exigindo das equipes estratégias criativas e flexíveis para a construção do vínculo, a escuta qualificada e a efetivação do cuidado longitudinal.

Acesso à saúde e circulação no território-prisão

O acesso das PPL aos serviços de saúde dentro do sistema prisional não ocorre de maneira espontânea ou por demanda direta, como característico da APS em liberdade. No contexto do Complexo da Papuda, a circulação dos sujeitos no território é rigorosamente controlada por protocolos de segurança, o que impõe barreiras físicas, burocráticas e simbólicas à entrada nos serviços de saúde.

Essa lógica de ‘circulação controlada’ define o território prisional como um espaço de fluxos vigiados e seletivos, onde o deslocamento entre celas e unidades de saúde depende, como mencionado, da disponibilidade de escoltas, da configuração arquitetônica da unidade e da autorização do sistema penal.

Entre as estratégias mais comuns de acesso às UBSP, destaca-se o uso do chamado ‘catatau’, que consiste em bilhetes escritos pelas próprias PPL solicitando atendimento. Essa forma de acesso é mediada por diferentes fatores, como o letramento da pessoa presa, o acesso a papel e caneta, e as relações de poder dentro da cela. Em algumas situações os catataus são filtrados por figuras de liderança interna antes de chegarem à equipe de saúde, gerando barreiras adicionais ao cuidado: *“Eu acho que até por uma questão de organização ali dentro da cela mesmo, acaba que o João, por exemplo, não tem acesso ao catatau como o Francisco tem”* (GF2, P10).

Outra via essencial de entrada nos serviços é o ‘bonde’, que corresponde à chegada ou às transferências entre unidades prisionais. No momento do bonde, realiza-se o acolhimento inicial, com escuta ativa, avaliação clínica e levantamento das necessidades imediatas. Trata-se de uma oportunidade estratégica de identificar condições agudas e crônicas, agravos de saúde mental e riscos epidemiológicos. Um profissional relata: *“O primeiro contato com o interno é no bonde. A gente faz esse acolhimento e pergunta se tem alguma queixa de saúde, se está fazendo uso de medicamento, se tem alguma doença crônica...”* (GF3, P15).

Além do catatau e do bonde, o acesso à saúde pode ser mediado por agentes da segurança e por ordens judiciais. As chamadas ‘demandas por ofício’ vêm de solicitações feitas por defensores, advogados ou familiares às varas de execução penal, sendo muitas vezes priorizadas devido à obrigatoriedade de resposta formal. Um entrevistado revela: *“Eu mesclo, coloco 70% judicial e 30% catatau”* (ESE, P7). Essa priorização nem sempre se alinha com critérios clínicos, o que gera o risco de uma

lógica inversa de cuidado, favorecendo quem tem maior rede de apoio jurídico em detrimento de demandas mais urgentes do ponto de vista do cuidado.

A movimentação das PPL dentro das unidades de saúde também obedece a regras rígidas. Cada deslocamento interno – da cela de espera ao consultório, da sala de atendimento à sala de medicação – exige escolta policial. O tempo de consulta inclui não apenas o cuidado clínico, mas também a espera da liberação de corredores, a abertura de portas e a disponibilidade de escoltantes. Assim, uma agenda feita para consultas a cada 15 ou 30 minutos, por exemplo, deve considerar que parte desse tempo é utilizada com essa logística no itinerário prisional.

A configuração do território prisional, portanto, altera radicalmente os modos de acesso e circulação típicos da APS. A ideia de adscrição territorial, fundamental no modelo da Estratégia Saúde da Família extramuros, é marcada na prisão por um sistema altamente regulado, em que a presença no serviço de saúde depende tanto das percepções de demandas do sujeito quanto da autorização da instituição penal. O território prisional não é apenas um lugar onde o cuidado é ofertado, mas um espaço em que o cuidado precisa constantemente disputar lugar com a vigilância e o controle.

Restrição institucional na prisão e produção de cuidado em saúde

As UBSP operam sob vigilância e controle institucionais, compartilhando o território com a segurança das prisões, que interfere nas normas de circulação, agendamento e permanência de PPL nos serviços de saúde. Essa sobreposição de lógicas – cuidado e disciplina – molda diretamente o processo de trabalho das equipes, limitando a autonomia clínica e exigindo a negociação constante com agentes da segurança. Nesse território, a vigilância é, ao mesmo tempo, estrutural e simbólica, atravessando o cotidiano do trabalho em saúde com sentidos e prioridades nem sempre alinhados à lógica do cuidado.

O planejamento das consultas, a duração dos atendimentos e mesmo a presença do paciente em uma unidade de saúde dependem da disponibilidade de escolta e do apoio logístico e operativo do setor de segurança. Em alguns contextos, policiais penais chegam a participar informalmente da construção de planos de cuidado, dada a proximidade com os casos e com os profissionais da saúde. No entanto, essa cooperação, embora útil em certas circunstâncias, compromete a confidencialidade e desloca a centralidade do sujeito no processo de cuidado.

Um dos pontos críticos identificados pela pesquisa foi a tensão entre prescrições judiciais e demandas clínicas. Parte dos atendimentos é motivada por ofícios judiciais, que, por vezes, chegam com prazos rígidos e exigem resposta formal ao juiz ou promotor. Essas determinações, muitas vezes baseadas em solicitações de advogados ou familiares, concorrem com demandas identificadas pelas equipes ou solicitadas via ‘catatau’. Um profissional relata:

A meu ver, uma crítica que é também, a gente acaba tendo que rever prioridades com base em decisões judiciais. A decisão judicial com prazo faz passar à frente demandas que são, às vezes, biologicamente mais importantes para o nosso olhar técnico. Mas, às vezes, a gente vê demandas judiciais com prazo de 24 horas para serem respondidas (GF2, P10).

Essa questão das prioridades pode configurar uma nova forma da ‘lei dos cuidados inversos’, em que aqueles com maior apoio jurídico têm chance de ser atendidos com maior celeridade, tendo em vista o tensionamento da lógica judicial influenciando os efeitos de poder que emergem desse território.

A cela como domicílio

No contexto prisional, a cela se impõe como o espaço central da vida cotidiana das pessoas privadas de liberdade, onde essas irão dormir, alimentar-se, cuidar da higiene pessoal e

desenvolver atividades de trabalho e educação em ambientes regulados por normas institucionais, nos quais poderão permanecer por períodos que variam entre dias, meses ou até anos¹⁷. Esses espaços, apesar de restritivos e compartilhados, acabam por se configurar como sua moradia provisória ao longo do cumprimento da pena. Ainda que esse espaço não tenha sido idealizado como lugar de moradia, ele adquire, na prática, o status de domicílio compulsório. Essa leitura é respaldada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que reconhece o domicílio coletivo como aquele em que a convivência se dá sob normas de subordinação administrativa, como ocorre em presídios e casas de detenção¹⁸. Assim, a cela pode e deve ser considerada como território de moradia temporária, entendimento que tem implicações diretas na formulação de práticas de cuidado em saúde.

A cela como domicílio não se configura como um gesto de naturalização da prisão, mas de visibilidade e responsabilidade diante da realidade concreta vivida pelas PPL. Ao entender a cela como domicílio, é possível aplicar ferramentas da atenção domiciliar – como visitas *in loco*, escuta ampliada e observação direta das condições de vida – no planejamento e execução do cuidado. Essa abordagem permite deslocar o olhar técnico da clínica isolada para uma leitura ampliada do território, incluindo fatores como superlotação, ventilação, alimentação, saneamento e rede de apoio entre internos, todos determinantes fundamentais do processo saúde-doença. Durante este trabalho, como não ocorreram visitas no interior das celas, optou-se por chamar de visitas territoriais uma série dessas ações *in loco*.

Como observam Santos et al.¹⁷⁽¹⁴⁾, ao habitar a cela, a pessoa precisa se reorganizar psicológica e socialmente para dividir o espaço com desconhecidos, seguir regras de convivência e criar novas formas de proteção e solidariedade. A cela não apenas abriga, mas também disciplina e transforma. É um espaço de vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, de resistência e produção de vida. Em muitos casos, os vínculos

formados entre os internos nesse espaço se aproximam das noções de ‘família ampliada’ ou ‘comunidade circunstancial’, tornando essa perspectiva domiciliar ainda mais pertinente.

Exemplos disso são relações de ‘camaradagem’ que se tornam condição de sobrevivência, pela necessidade de estabelecimento de vínculos em um ambiente onde a relação com o mundo exterior é limitada. Por outro lado, essas relações também podem ser marcadas por violência, dominação e imposição, reproduzindo e perpetuando ciclos de agressão. As celas que mantêm a mesma composição de presos por períodos longos de tempo tendem a desenvolver crenças e valores identitários entre seus membros, como a criação de rituais religiosos, exemplificados por orações ou leituras coletivas da Bíblia.

O documento ‘Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde’¹⁹ destaca a relevância da atenção domiciliar no contexto da APS, detalhando atribuições, desafios e especificidades para diferentes grupos populacionais. No entanto, apesar de abordar populações em situação de rua e em áreas rurais, o texto não detalha a abordagem sobre a população privada de liberdade, evidenciando uma lacuna nas diretrizes voltadas ao cuidado em domicílios prisionais em protocolos e guias orientadores das autoridades do sistema de saúde.

As visitas territoriais das equipes de saúde aos blocos, alas e celas – prática que pressupõe acionamento de diversos dispositivos de segurança – são estratégias importantes para reconhecer as especificidades desse território, o que auxilia na observação de determinantes de processos de saúde-adoecimento e nos modos de vida dessa população. Nessas incursões, os profissionais conseguem perceber aspectos como ausência de colchões adequados, presença de vetores, abafamento do ambiente e acesso precário à água e a alimentos, fatores decisivos na manutenção da saúde e na prevenção de agravos^{11,20}. A observação direta permite a identificação de possíveis condições negligenciadas e o

reconhecimento de prioridades e possibilidades terapêuticas a partir do cotidiano vivido, não apenas da queixa referida.

Ao conceber a cela como domicílio, amplia-se a legitimidade da atuação da APS no interior das unidades prisionais. Os blocos, alas e celas se tornam, assim, *locus* de intervenções individuais e coletivas: vacinação em massa, busca ativa de sintomáticos respiratórios, distribuição de material educativo e orientação em saúde bucal ou mental. Como aponta Goffman¹¹, instituições totais como as prisões provocam uma espécie de ‘morte civil’ nos sujeitos, que perdem a autonomia sobre seus corpos e rotinas. Ao reconhecer a cela como domicílio, as equipes de saúde resistem a tal lógica, reafirmando o cuidado como direito e presença.

Essa perspectiva exige o deslocamento do olhar técnico-centrado para uma abordagem interseccional e territorializada. A cela-domicílio evidencia os determinantes sociais do adoecimento, permite intervenções preventivas e valoriza o vínculo entre equipe e população atendida. O cuidado passa a ser construído no e com o território, revelando as celas não como obstáculos, mas como espaços possíveis de escuta, acolhimento e promoção da saúde, ainda que em meio à brutalidade do encarceramento.

Território, cultura e comunidade

O território prisional não é homogêneo. Ao contrário, é marcado por múltiplas territorialidades que se entrecruzam e se impõem: gênero, etnia, religiosidade, redes de apoio sociais, tempo de cumprimento da pena e estrutura de poder interno. Cada cela, bloco ou galeria carrega uma configuração simbólica própria, onde hierarquias, alianças e conflitos se atualizam cotidianamente. Por isso, os autores sugerem o uso do termo território-prisão, que pode ser entendido como

aquele onde pessoas vivem de forma compulsória, durante um tempo definido, com regramento rígido, legitimado por leis,

normas e diretrizes, totalmente sob a tutela e responsabilidade do Estado¹².

As equipes de saúde, ao atuarem nesses espaços, precisam decifrar tais códigos e construir formas de cuidado que levem em conta essas dinâmicas. Um entrevistado relata:

Essa coisa de cultura e território é muito doida. Porque realmente não tem nada parecido lá fora. [...] A sensação que eu tenho é o topo do iceberg da vulnerabilidade (ESE, P8).

Essas territorialidades são atravessadas por determinantes sociais que potencializam o sofrimento psíquico. Superlotação, ausência de privacidade, violência institucional, ociosidade e precariedade das condições materiais impactam diretamente a saúde mental das pessoas privadas de liberdade. Junto a isso, a masculinidade compulsória vigente nos presídios atua como inibidora da expressão emocional, transformando o choro em tabu e a raiva em única válvula de escape. A expressão de emoções como choro e raiva torna-se um ato de resistência em um lugar onde a masculinidade rígida e a disciplina parecem se sobrepor às necessidades humanas básicas.

Diante desse cenário, as equipes de saúde desenvolvem práticas criativas e inventivas para romper com a lógica medicalizante e punitiva. Um exemplo é o projeto ‘Refletir’, que emergiu na pesquisa de campo, no qual livros com temas de saúde mental, espiritualidade e reflexão são ‘prescritos’ a pessoas com sofrimento psíquico. As rodas de leitura promovem escuta, diálogo e elaboração coletiva das dores do encarceramento: uma UBSP organizou uma pequena biblioteca com livros de autoajuda e saúde mental, adquiridos com recursos próprios, para pessoas com insônia, luto, falta de perspectiva ou ruptura de vínculos.

Outro exemplo de resistência micropolítica são os grupos com a população LGBTQIAPN+, que discutem temas como identidade de gênero, terapia hormonal, orgulho, religiosidade, infecções sexualmente transmissíveis

e violências. Uma das equipes chegou a organizar um seminário sobre LGBTfobia com policiais penais e profissionais da saúde e educação do presídio. Essas iniciativas tensionam as normas institucionais e afirmam o cuidado como prática de reconhecimento e escuta.

As ações culturais, espirituais e práticas de saúde integrativas também compõem o repertório das equipes no enfrentamento da dor e da desesperança. Projetos com hortas medicinais, práticas terapêuticas baseadas na Medicina Tradicional Chinesa, como Lian Gong e auriculoterapia, meditação e arteterapia foram encontradas em algumas unidades. Tais práticas não apenas aliviam sintomas, mas também criam brechas de subjetivação, permitindo que a vida reencontre sentido mesmo em territórios de exceção.

Compreender o sistema prisional como território vivido – e não apenas como espaço de confinamento – é fundamental para a construção de práticas de cuidado mais integrais e potentes. Ao reconhecer as múltiplas territorialidades, as equipes de saúde exercem uma clínica comprometida com a cultura, a dignidade e a vida das pessoas encarceradas, ainda que sob vigilância e em ambientes marcados pela dor e pelo estigma. O território-prisão, nesses termos, também é potencialmente lugar de comunidade, resistência e cuidado.

Conclusões

O reconhecimento da prisão como território de saúde constitui um avanço conceitual e político necessário para a consolidação do SUS como sistema universal e equitativo. Este estudo demonstrou que, mesmo em um contexto marcado pela vigilância, pela disciplina e pela negação sistemática de direitos, é possível construir práticas de cuidado orientadas pelos princípios da APS, destacando aqui a perspectiva territorial. Ao considerar a cela como domicílio compulsório e o espaço prisional como território sanitário, ampliam-se as possibilidades de

intervenção em saúde e se qualifica a presença do SUS em territórios de exceção.

As UBSP funcionam como dispositivos centrais nesse processo, operando entre os limites do controle institucional e as potências micro-políticas do cuidado. As estratégias inventivas das equipes – como a prescrição de livros, os grupos com a população LGBTQIAPN+, as visitas às celas e o uso criativo dos ‘catataus’ – evidenciam que a produção do cuidado em saúde ultrapassa o protocolo e a prescrição técnica, sendo profundamente atravessada pelas relações, pelo território e pela escuta qualificada. Essas práticas não apenas respondem aos agravos em saúde, mas também permitem outras produções de subjetividade em espaços marcados pela contenção.

Ainda permanecem desafios estruturais que limitam a efetividade da APS no sistema prisional. Os desafios do trabalho conjunto entre saúde e segurança, da consolidação de práticas voltadas para o trabalho multiprofissional compartilhado, do uso de projetos terapêuticos singulares e apoio matricial, da ampliação do uso de Práticas Integrativas e Complementares, a fragmentação da comunicação com a RAS e o volume de demandas judiciais para as equipes de saúde são expressões de uma política de encarceramento que fragiliza o cuidado. Para além das iniciativas locais, é necessária uma pactuação institucional e intersetorial que fortaleça a PNAISP, assegure financiamento adequado e promova a educação permanente dos profissionais envolvidos.

A prisão, enquanto território de múltiplas territorialidades, exige uma abordagem pautada pela integralidade que considere os determinantes sociais dos processos de saúde-adoecimento, a pluralidade cultural da população encarcerada e a complexidade das relações institucionais. O cuidado em saúde não se reduz à ausência de doença, mas envolve o reconhecimento, a escuta e o respeito à dignidade das pessoas privadas de liberdade. É nesse sentido que afirmar a prisão como território de saúde é também um ato

ético-político de promoção da equidade e dos direitos humanos.

Os achados desta pesquisa contribuem para a ampliação do debate sobre saúde prisional no campo da saúde coletiva, ao propor a articulação entre território, micropolítica e cuidado. Ao visibilizar as práticas das equipes de saúde no interior do sistema prisional, o estudo evidencia a necessidade de superar a fragmentação institucional e de garantir que a saúde, enquanto direito, seja efetivamente universal – mesmo nos espaços historicamente relegados à exclusão.

Por fim, reafirma-se que o cuidado em saúde nas prisões brasileiras não pode depender da criatividade individual ou da militância silenciosa de poucos profissionais. É urgente

consolidar a presença do SUS nas prisões como política pública integrada e orientada por justiça social. A prisão como território de saúde é, assim, tanto um diagnóstico quanto uma proposta ética e institucional de enfrentamento às desigualdades que se reproduzem nos espaços de privação de liberdade.

Contribuições de autoria

Teixeira Junior JE (0000-0002-9660-3548)*, Dias APM (0000-0001-7772-6668)*, Stelet BP (0000-0002-3274-0084)* e Ney MS (0000-0002-3262-565X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito.

Referências

1. Departamento Penitenciário Nacional (BR). SISDE-PEN: levantamento nacional de informações penitenciárias [Internet]. Brasília, DF: DEPEN; 2024 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/assuntos/noticias/senappen-divulga-levantamento-de-informacoes-penitenciarias-referente-ao-primeiro-semester-de-2024>
2. Wacquant L. As prisões da miséria. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.
3. Garland D. Mass imprisonment: social causes and consequences. London: Sage; 2001.
4. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
5. Presidência da República (BR). Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1984 jul 13; Seção 1:1.
6. Ministério da Saúde (BR); Ministério da Justiça (BR). Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 jan 3; Seção 1.
7. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad Saúde Pública. 2005;21(3):898-906.
8. Prado GAS, Caetano MVA. Apontamentos sobre a noção de território no campo da saúde coletiva: determinação, identidades e territorialidades. Saúde Debate. 2024;48(Esp 2):e8730. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E28730P>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*. 2017;41(Esp 2):264-275.
10. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 38ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
11. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 2007.
12. Teixeira Junior JE. Unidades básicas de saúde prisionais: estratégias e práticas no SUS para o cuidado de pessoas privadas de liberdade no Complexo Penitenciário da Papuda – DF [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro; 2024 [acesso em 2026 abr 6]. 242 p. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/23756>
13. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 35-67.
14. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006. p. 117-130.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção 1:59.
17. Santos AB, Teixeira Junior JE, Dias APM, et al. Atenção domiciliar à população prisional. In: Savassi LCM, organizador. Tratado de atenção domiciliar. Belo Horizonte: SBMFC; 2022. p. 1169-1176.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [acesso em 2022 maio 20]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>
19. Ministério da Saúde (BR). Atenção domiciliar na atenção primária à saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2025 maio 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
20. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1887-1896.

Recebido em 30/05/2025

Aprovado em 10/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5997468854789199> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – e-mail: jamilli.santos@ufba.br