06 SAÚDE PRISIONAL E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO: ANÁLISE DO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM PERNAMBUCO

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva
Merielly Mariano Bezerra de Araújo
Dayvson Silva dos Santos
Anna Beatriz Leite D'andrada
Maria Júlia de Souza Nascimento

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap6

RESUMO

A atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (PPL) constitui um dos campos mais complexos para os sistemas de saúde, especialmente em contextos marcados por desigualdades estruturais. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) institui a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado no sistema prisional, propondo sua articulação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, a implementação desse modelo ocorre em um cenário atravessado por restrições institucionais, disputas de racionalidade e limites operacionais. Este estudo analisa o Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade desenvolvido no estado de Pernambuco, com ênfase em seus fundamentos,

estrutura organizativa e processo de implementação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza analítico-interpretativa, orientada pela sistematização de experiências, com base em documentos normativos, registros institucionais e referencial teórico da Saúde Coletiva. Os resultados evidenciam um modelo estruturado a partir da determinação social da saúde, da centralidade do sujeito e da APS como coordenadora do cuidado, organizado por eixos assistenciais, dimensões de gestão e dispositivos operacionais. A análise crítica revela, contudo, que sua implementação é tensionada por condicionantes próprios do sistema prisional, como a centralidade da lógica securitária, a dependência intersetorial e as limitações de governabilidade do setor saúde. Conclui-se que, embora o modelo represente um avanço na organização do cuidado, sua efetividade é condicionada por contradições estruturais que ultrapassam o campo sanitário, evidenciando a necessidade de fortalecimento da governança intersetorial e de enfrentamento das desigualdades que marcam o encarceramento.

Palavras-chave: Saúde prisional, Atenção primária à saúde, Sistema prisional, Determinação social da saúde

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (PPL) configura-se como um dos campos mais desafiadores para os sistemas de saúde contemporâneos, especialmente em contextos marcados por profundas desigualdades sociais, como o brasileiro. A incorporação dessa população ao Sistema Único de Saúde (SUS) materializa o princípio da universalidade ao reconhecer o direito à saúde independentemente da condição jurídica dos sujeitos[1].

A criação da PNAISP, em 2014, institui a APS como ordenadora do cuidado no sistema prisional, em articulação com as RAS[2,3]. Contudo, a transposição desse marco normativo para a prática cotidiana revela limites persistentes, como fragmentação assistencial, baixa integração em rede e condicionantes institucio-

nais próprias do ambiente carcerário. Esses elementos indicam que a operacionalização da APS como ordenadora do cuidado, embora conceitualmente consistente, demanda adaptações específicas para contextos de privação de liberdade.

A literatura recente aponta que o cárcere não apenas concentra agravos, mas produz ativamente processos de adoecimento, especialmente no campo das doenças infecciosas, agravos de saúde mental e condições crônicas negligenciadas[4-6]. Tal configuração reforça que a saúde prisional não pode ser compreendida fora do marco da determinação social da saúde, que explicita o papel das desigualdades estruturais e da violência institucional na produção de iniquidades[7].

Além disso, o encarceramento em massa pode ser compreendido como expressão de transformações mais amplas nas formas de gestão da pobreza e da desigualdade, nas quais o sistema penal assume papel central na regulação de populações marginalizadas[8]. Essa compreensão amplia o olhar sobre a saúde prisional, situando-a para além do campo estritamente sanitário e evidenciando a necessidade de respostas articuladas entre diferentes políticas públicas.

Ao mesmo tempo, o sistema prisional opera como dispositivo de controle que regula corpos, tempos e acessos, tensionando diretamente a produção do cuidado em saúde[9]. Assim, a efetivação do direito à saúde no cárcere não se reduz à ampliação da oferta de serviços, mas envolve a disputa entre racionalidades distintas, sanitária e securitária, que atravessam o cotidiano institucional.

Diante desse cenário, o desenvolvimento de modelos organizativos exige não apenas coerência técnica, mas capacidade de operar em contextos de restrição e conflito. Este estudo analisa o Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade de Pernambuco, enfatizando seus fundamentos, sua implementação no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde e seus limites na garantia do direito à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza analítico-interpretativa, orientado pela sistematização de experiências como estratégia de produção de conhecimento a partir de práticas institucionais concretas. Essa abordagem permite não apenas descrever intervenções, mas analisá-las criticamente em seus contextos de produção, reconhecendo suas contradições, limites e potencialidades[10].

O objeto de análise é o processo de formulação e implementação do Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade no estado de Pernambuco, desenvolvido no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde. Parte-se do entendimento de que esse processo não se configura como uma intervenção acabada, mas como uma construção em curso, atravessada por disputas institucionais, condicionantes operacionais e diferentes racionalidades de gestão.

Foram utilizadas como fontes de análise:

- Documentos normativos nacionais e estaduais relacionados à PNAISP e à organização da saúde prisional;
- Materiais técnicos e instrumentos orientadores do modelo;
- Registros institucionais produzidos no âmbito da gestão estadual;
- Referencial teórico da Saúde Coletiva, com ênfase nos debates sobre determinação social da saúde, APS e RAS.

Os documentos e materiais foram selecionados com base em sua relevância para o processo de formulação e implementação do modelo, contemplando aqueles que orientaram decisões estratégicas, organização dos fluxos assistenciais e estruturação das ações no âmbito estadual.

A análise foi conduzida a partir de um conjunto de categorias teórico-analíticas previamente definidas: determinação social da saúde, centralidade do sujeito, coordenação do cuidado, integração em rede, intersetorialidade e tensões entre cuidado e controle.

Essas categorias foram utilizadas como eixos interpretativos para a leitura do material empírico.

O processo analítico ocorreu por meio da leitura aprofundada e organização temática dos conteúdos, buscando relacionar os elementos normativos e institucionais às condições concretas de implementação do modelo.

Mais do que organizar os elementos do modelo, buscou-se compreender como esses componentes se materializam (ou não) no contexto concreto do sistema prisional, considerando as mediações institucionais que condicionam sua implementação. Nesse sentido, o modelo foi analisado como um dispositivo técnico e político, cuja operacionalização depende de processos de negociação, adaptação e disputa no interior da gestão pública.

Reconhece-se, como limite e ao mesmo tempo como potencialidade do estudo, o fato de a análise estar situada no interior do processo de implementação, o que permite acesso privilegiado às dinâmicas institucionais, ao mesmo tempo em que exige exercício de constante reflexividade crítica sobre o lugar dos autores na produção e interpretação dos dados.

Assim, buscou-se conduzir a análise de forma a valorizar a experiência institucional, sem desconsiderar seus limites, contribuindo para o aprimoramento do modelo e para sua potencial replicabilidade em outros contextos.

RESULTADOS

Fundamentos do modelo

O Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade estrutura-se a partir de três fundamentos teórico-operacionais que orientam sua lógica de organização e funcionamento.

O primeiro refere-se à determinação social da saúde, que compreende o encarceramento como um processo ativo na produção de vulnerabilidades, atravessado por desigualdades sociais, insti-

tucionais e sanitárias[7]. Essa perspectiva desloca a análise do adoecimento de uma lógica individual para uma abordagem estrutural, permitindo reconhecer o cárcere como território produtor de riscos e agravos. Tal fundamento orienta a priorização de ações baseadas em necessidades coletivas e na leitura ampliada das condições de saúde da população privada de liberdade.

O segundo fundamento é a centralidade da PPL, reconhecida como sujeito de direitos e eixo organizador do cuidado, em consonância com os princípios da universalidade e equidade do SUS[1]. Essa diretriz orienta a superação de práticas fragmentadas e centradas exclusivamente na doença, incorporando dimensões como vínculo, escuta qualificada e singularidade dos sujeitos. Sua operacionalização implica reorganização dos processos de trabalho das equipes, com ênfase na continuidade do cuidado e na responsabilização sanitária.

O terceiro fundamento estabelece a APS como ordenadora do cuidado, responsável pela coordenação das ações, pelo acompanhamento longitudinal e pela articulação com os demais pontos da RAS[3,11]. No contexto prisional, essa função demanda estratégias específicas de articulação com outros setores e serviços, considerando as restrições institucionais que incidem sobre o acesso e a continuidade da atenção.

A articulação desses três elementos conforma uma base conceitual que sustenta a organização do modelo e orienta a produção do cuidado em uma perspectiva integral, contínua e equânime.

Estrutura organizativa do modelo

A partir desses fundamentos, o modelo organiza-se como um arranjo sistêmico composto por três componentes interdependentes: eixos estruturantes do cuidado, dimensões estruturantes da gestão e dispositivos operacionais.

Os eixos estruturantes do cuidado constituem o núcleo organizador das práticas assistenciais, sendo compostos pela vigilância em saúde, pelas linhas de cuidado e pela gestão e navegação do

cuidado. Esses elementos articulam-se de forma integrada, permitindo a identificação de necessidades, a organização das respostas assistenciais e a coordenação do cuidado ao longo do tempo, em consonância com a lógica das RAS[1]. Sob tal ótica, a organização do modelo favorece a superação de práticas fragmentadas.

As dimensões estruturantes da gestão e do sistema garantem as condições institucionais para a implementação do modelo, incluindo a integração com a RAS, a regionalização, a intersetorialidade e o apoio institucional. Essas dimensões expressam que a produção do cuidado no contexto prisional depende de arranjos organizativos complexos e de articulações interfederativas[9].

Por sua vez, os dispositivos operacionais do cuidado materializam o modelo no cotidiano das equipes, organizando o processo de trabalho e qualificando o acesso e a continuidade da atenção. Destacam-se o acolhimento, a busca ativa, a estratificação de risco, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares e o acompanhamento longitudinal, elementos centrais na organização da APS[3].

Essa estrutura permite articular, de forma integrada, análise da situação de saúde, planejamento e execução das ações, configurando um modelo orientado por necessidades e baseado em lógica de cuidado contínuo. Para tanto, sua consolidação depende da disponibilidade de recursos, da qualificação das equipes, do monitoramento sistemático e da organização efetiva da rede de atenção.

Representação do modelo e sua lógica de funcionamento

A organização do modelo pode ser compreendida a partir de sua representação gráfica (Figura 1), que sintetiza seus principais componentes e a lógica de articulação entre eles.

Figura 1. Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade de Pernambuco.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

No centro do modelo encontra-se a PPL, evidenciando sua posição como sujeito do cuidado. Como base estruturante, situa-se a determinação social da saúde, que orienta a leitura do território prisional e a compreensão dos processos de adoecimento[4].

A partir desse fundamento, organizam-se os eixos estruturantes do cuidado (vigilância em saúde, linhas de cuidado e gestão do cuidado) que constituem o núcleo operativo do modelo. Esses eixos são sustentados por dimensões estruturantes da gestão, responsáveis por viabilizar a integração em rede e a operacionalização das ações.

A representação evidencia a interdependência entre os componentes do modelo, indicando a necessária articulação entre as

dimensões assistenciais e de gestão. Bem como, que o modelo está orientado pelos princípios da integralidade, equidade e longitudinalidade do cuidado, e que sua efetividade depende da articulação permanente com a RAS[9].

Vigilância em saúde como eixo estruturante

A vigilância em saúde assume papel central no modelo, atuando como elemento estruturante para a identificação de necessidades, definição de prioridades e organização das ações de cuidado. Sua atuação baseia-se na análise sistemática de informações epidemiológicas, demográficas e assistenciais, permitindo a identificação de padrões de adoecimento e grupos prioritários. No contexto prisional, essa abordagem é particularmente relevante diante da elevada carga de doenças transmissíveis, como tuberculose e HIV, bem como da presença significativa de agravos crônicos e de saúde mental[4,5].

Para além de sua dimensão informacional, a vigilância em saúde orienta o planejamento das ações, subsidia a tomada de decisão e contribui para a organização do cuidado em base populacional, fortalecendo a atuação proativa das equipes[9]. Destaca-se, para tanto, a necessidade de ampliar a integração entre produção de dados e tomada de decisão no âmbito da saúde prisional, de modo a potencializar seu papel na reorganização das práticas assistenciais.

Linhas de cuidado prioritárias

A organização das respostas assistenciais no modelo se dá por meio da estruturação de linhas de cuidado, definidas a partir do perfil epidemiológico da PPL.

Destacam-se como prioritárias as linhas relacionadas à tuberculose, às infecções sexualmente transmissíveis, às doenças crônicas não transmissíveis, à saúde mental e à saúde da mulher e da pessoa com útero, conforme evidenciado na literatura sobre o perfil de saúde da população prisional[4,5,12].

Essas linhas orientam a definição de fluxos assistenciais, a organização de protocolos e a alocação de recursos, permitindo a superação de práticas episódicas e fragmentadas. Ao estruturar o cuidado a partir de condições prioritárias, o modelo contribui para a qualificação da atenção e para a garantia da integralidade[9].

Nesse sentido, para consolidação do modelo reforça-se à necessidade da pactuação entre serviços, da formalização de fluxos e do acesso oportuno aos diferentes pontos da rede.

Gestão e navegação do cuidado

A gestão e navegação do cuidado constituem um componente estratégico do modelo, voltado à coordenação das ações e à garantia da continuidade assistencial.

Esse eixo envolve o acompanhamento longitudinal dos usuários, a regulação do acesso aos diferentes níveis de atenção, a articulação intersetorial e o monitoramento sistemático dos casos. A navegação do cuidado atua como dispositivo ativo na mediação entre usuários, equipes e serviços, reduzindo barreiras de acesso e evitando descontinuidades no percurso assistencial[11,12].

No contexto prisional, marcado por restrições institucionais e logísticas, essa função assume papel ainda mais relevante, contribuindo para a efetivação dos itinerários terapêuticos[6].

Tecnologias do cuidado no contexto prisional

A análise dos componentes operacionais do modelo permite compreender que os dispositivos mobilizados no cotidiano das equipes configuram-se como tecnologias do cuidado, na medida em que organizam práticas, estruturam o processo de trabalho e viabilizam a produção da atenção à saúde no contexto prisional.

Essas tecnologias incluem o acolhimento, a busca ativa, a estratificação de risco, a construção de PTS, a navegação do cuidado e o acompanhamento longitudinal, atuando de forma integrada na organização do acesso, na definição de prioridades assistenciais e na coordenação do cuidado. Tais dispositivos articulam dimensões

clínicas, organizacionais e relacionais, permitindo a operacionalização das diretrizes da APS no interior das unidades prisionais.

Observa-se a predominância de tecnologias leves e leve-duras, expressas na centralidade da escuta qualificada, na construção de vínculo e na responsabilização das equipes pelo acompanhamento contínuo dos usuários. No contexto prisional, caracterizado por restrições de acesso e mediações institucionais, essas tecnologias assumem papel estratégico ao mediar a relação entre usuários, equipes e serviços, contribuindo para a redução de descontinuidades assistenciais e para a organização de fluxos mais resolutivos no interior do sistema.

DISCUSSÃO

A análise do Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade evidencia um esforço consistente de reorganização do cuidado no sistema prisional, particularmente ao articular a APS, vigilância em saúde e integração em rede. No entanto, sua implementação no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco revela que esse arranjo não se materializa de forma linear ou homogênea, sendo atravessado por condicionantes institucionais, disputas de poder e limites operacionais que tensionam sua efetividade. Nesse sentido, observa-se que a implementação do modelo ocorre de forma gradual, demandando ajustes contínuos e estratégias de adaptação às especificidades do contexto prisional.

A adoção da APS como ordenadora do cuidado, embora amplamente respaldada na literatura e nas normativas do SUS[3,11], encontra no contexto prisional um conjunto específico de obstáculos que relativizam sua capacidade de coordenação. Diferentemente de outros territórios, a APS no cárcere não detém governabilidade plena sobre o acesso dos usuários aos serviços, estando condicionada a dispositivos externos, como regras de segurança, disponibilidade de escolta e rotinas institucionais. Esse deslocamento de autonomia compromete atributos centrais da APS, como o acesso oportuno, a

longitudinalidade e a coordenação do cuidado, evidenciando uma tensão entre o modelo preconizado e sua viabilidade prática[12,13].

A incorporação da vigilância em saúde como eixo estruturante representa, uma tentativa de superar práticas reativas e fragmentadas, aproximando o cuidado de uma lógica territorial e populacional. Contudo, a análise do processo de implementação indica que a transformação da informação em ação permanece como um desafio significativo. A produção de dados epidemiológicos, embora necessária, não garante, por si só, a reorganização das práticas, sobretudo em contextos onde a capacidade de intervenção é limitada por fatores institucionais. Assim, a vigilância tende a oscilar entre seu potencial estruturante e sua redução a um instrumento informacional pouco integrado à gestão do cuidado[5,14]. Portanto, destaca-se a importância de fortalecer o uso das informações produzidas na vigilância como instrumento de planejamento e organização das práticas assistenciais.

Outro aspecto relevante refere-se à intersetorialidade, frequentemente apresentada como condição para a efetivação da atenção à saúde no sistema prisional. No entanto, no plano concreto, essa articulação se dá em um campo assimétrico, no qual o setor saúde não detém centralidade decisória. A relação com a administração penitenciária, embora indispensável, é marcada por racionalidades distintas, enquanto a saúde orienta-se pela produção do cuidado, o sistema prisional estrutura-se a partir da lógica do controle. Essa divergência não é meramente operacional, mas expressa projetos institucionais distintos, que se materializam em conflitos cotidianos na organização das ações[9,13].

Nesse contexto, a implementação do modelo pode ser compreendida como um processo de negociação permanente, no qual a produção do cuidado depende da capacidade de mediação entre diferentes atores institucionais. Tal dinâmica evidencia limites da governança do SUS em contextos de forte dependência intersetorial, nos quais a garantia de direitos não se realiza exclusivamente no interior do setor saúde. Nesse sentido, o fortalecimento da

gestão e da coordenação intersetorial configuram elementos estratégicos para a consolidação do modelo.

A análise também permite problematizar a incorporação da determinação social da saúde como fundamento do modelo. Embora essa perspectiva amplie a compreensão do processo saúde-doença e reconheça o encarceramento como produtor de vulnerabilidades[7], sua operacionalização enfrenta limites concretos. A dificuldade de intervir sobre determinantes estruturais, como desigualdade social, racismo e violência institucional, restringe a capacidade do modelo de produzir mudanças mais profundas nas condições de saúde da PPL. Essa dinâmica dialoga com análises que apontam o sistema penal como instrumento de gestão das desigualdades sociais, no qual populações historicamente vulnerabilizadas são sistematicamente capturadas e mantidas em circuitos institucionais de exclusão[8].

A literatura internacional tem apontado que sistemas prisionais, especialmente em países de média renda, operam como amplificadores de iniquidades em saúde, concentrando populações já vulnerabilizadas e intensificando processos de adoecimento[6,14]. Nesse sentido, a experiência de Pernambuco não se apresenta como exceção, mas como expressão localizada de um fenômeno global, no qual a saúde prisional ocupa posição periférica nas agendas de política pública.

A centralidade da PPL, por sua vez, constitui um avanço importante no plano ético e normativo, ao reafirmar o direito à saúde como universal1. Entretanto, sua materialização no cotidiano das práticas encontra barreiras que extrapolam a dimensão técnico-assistencial. A persistência de estigmas, a institucionalização da desigualdade e as limitações de acesso configuram um cenário no qual o reconhecimento formal de direitos não se traduz automaticamente em sua efetivação.

A gestão e navegação do cuidado emergem, nesse cenário, como estratégias fundamentais para enfrentar descontinuidades e garantir algum grau de coordenação assistencial. Contudo, sua

atuação tende a assumir um caráter compensatório, operando para mitigar falhas estruturais do sistema, em vez de superá-las. Essa característica reforça a ideia de que o modelo, embora inovador, ainda se desenvolve em condições que limitam seu potencial transformador.

Dessa forma, o modelo não se configura como solução acabada, mas como dispositivo em construção, cuja implementação revela simultaneamente avanços e limites. Ao mesmo tempo em que amplia a capacidade de organização do cuidado, expõe restrições estruturais à efetivação do direito à saúde. Nesse horizonte, o sistema prisional pode ser interpretado como espaço de gestão diferencial da vida, no qual determinadas populações são sistematicamente expostas à vulnerabilidade. Tal leitura tensiona a própria possibilidade de efetivação de direitos em contextos marcados por controle e restrição[15].

Nesse sentido, seu aprimoramento depende do fortalecimento da gestão, da qualificação dos processos de trabalho e da ampliação da articulação intersetorial, elementos fundamentais para sua consolidação no âmbito do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade de Pernambuco representa um esforço relevante de reorganização do cuidado em saúde no sistema prisional, ao propor uma estrutura baseada na integração entre Atenção Primária, vigilância em saúde e redes assistenciais. Esse arranjo contribui para qualificar a organização das práticas e ampliar a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população privada de liberdade.

Entretanto, sua análise evidencia que a implementação desse modelo não ocorre em um cenário neutro ou plenamente governável pelo setor saúde. Ao contrário, desenvolve-se em um ambiente institucional marcado por restrições, disputas e assimetrias de poder, que condicionam tanto o acesso quanto a continuidade

do cuidado. Nesse contexto, a operacionalização do modelo depende da capacidade de adaptação às condições institucionais e do fortalecimentos de estratégias de articulação entre os diferentes atores envolvidos.

A experiência analisada revela que a garantia do direito à saúde das PPL não pode ser compreendida apenas como um problema de organização dos serviços, mas como expressão de contradições estruturais mais amplas. A dependência de outros setores, a centralidade da lógica securitária e a persistência de desigualdades sociais limitam a capacidade de implementação plena dos princípios do SUS.

Ao mesmo tempo, o modelo apresenta potencial ao produzir deslocamentos importantes na forma de organizar o cuidado, especialmente ao incorporar a vigilância em saúde, fortalecer a coordenação assistencial e afirmar a centralidade do sujeito. Esses avanços, contudo, devem ser compreendidos como processos em construção.

A experiência de Pernambuco sugere que a consolidação de modelos de atenção à saúde prisional exige não apenas aprimoramentos técnicos, mas também o fortalecimento da governança intersetorial e o enfrentamento de determinantes estruturais do encarceramento. Sem esses elementos, há o risco de que inovações organizativas operem de forma limitada, sem produzir mudanças substantivas nas condições de saúde da população.

Nesse sentido, torna-se imperativo a institucionalização de espaços de pactuação, a definição de responsabilidades entre setores e o fortalecimento da gestão configuram-se como elementos estratégicos para a sustentabilidade do modelo.

Por fim, reafirma-se que a saúde prisional constitui um campo estratégico para o SUS, na medida em que explicita, de forma intensificada, os desafios da universalidade e da equidade. A efetivação do direito à saúde nesse contexto permanece como um horizonte a ser construído, tensionando permanentemente os limites institucionais e políticos do sistema.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. Dara M, Acosta CD, Melchers NVSV, Al-Darraji HAA, Chorgoliani D, Reyes H, et al. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. Int J Infect Dis. 2015;32:111-117. doi:10.1016/j.ijid.2014.12.029.
5. World Health Organization. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
6. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. Lancet. 2011;377(9769):956-965. doi:10.1016/S0140-6736(10)61053-7.
7. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
8. Wacquant L. Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Revan; 2001.
9. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 27. ed. Petrópolis: Vozes; 1987
10. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2. ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
12. Massoglia M, Remster B, Link BG. The health of incarcerated populations. Annu Rev Sociol. 2021;47:291-310. doi:10.1146/annurev-soc-090320-021913.
13. Sánchez A, Larouzé B. Controle da tuberculose nas prisões brasileiras: novos desafios para a saúde pública. Rev Saude Publica. 2016;50:49.
14. World Health Organization. Global health in prisons: addressing the health needs of people in detention. Geneva: World Health Organization; 2021.
15. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: n-1 edições; 2018