

ADRIANA DE FÁTIMA MARTINS

**CUIDADO SOB VIGILÂNCIA: O SOFRIMENTO PSÍQUICO DA ENFERMAGEM
DIANTE DAS EXIGÊNCIAS DE SEGURANÇA E DISCIPLINA NO CÁRCERE**

BELO HORIZONTE - MG

2026

ADRIANA DE FÁTIMA MARTINS

**CUIDADO SOB VIGILÂNCIA: O SOFRIMENTO PSÍQUICO DA ENFERMAGEM
DIANTE DAS EXIGÊNCIAS DE SEGURANÇA E DISCIPLINA NO CÁRCERE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Pública -
Saúde no Sistema Prisional, da Escola de Saúde
Pública do Estado de Minas Gerais, como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista.

Orientador: Rodrigo Padrini Monteiro

BELO HORIZONTE – MG

2026

M379s

Martins, Adriana de Fátima.

Cuidado sob Vigilância: O sofrimento psíquico da Enfermagem diante das exigências de segurança e disciplina no cárcere. /Adriana de Fátima Martins . - Belo Horizonte: ESPMG, 2026.

57 f.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública - Saúde no Sistema Prisional.

Orientador(a): Rodrigo Padrini Monteiro.

Inclui

bibliografia.

1. Enfermagem Prisional. 2. Saúde Mental do Trabalhador. 3. Sistema Prisional. 4. Organização do Trabalho. 5. Psicodinâmica do Trabalho. I. Monteiro, Rodrigo Padrini. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 300

ADRIANA DE FÁTIMA MARTINS

**CUIDADO SOB VIGILÂNCIA: O SOFRIMENTO PSÍQUICO DA ENFERMAGEM
DIANTE DAS EXIGÊNCIAS DE SEGURANÇA E DISCIPLINA NO CÁRCERE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Pública -
Saúde no Sistema Prisional, da Escola de Saúde
Pública do Estado de Minas Gerais, como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Rodrigo Monteiro
SEJUSP-MG

Crisane Costa Rossetti
ESP-MG

Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita
ESP-MG

BELO HORIZONTE - MG

2026

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pela sustentação ao longo desta trajetória e pela possibilidade de concluir mais esta etapa formativa.

À Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, pela oportunidade de formação e pelo compromisso com a qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas de saúde.

Ao meu orientador, Rodrigo Padrini Monteiro, pela condução rigorosa deste trabalho, pelas contribuições teóricas e metodológicas e pela leitura atenta, que foram fundamentais para o amadurecimento da pesquisa.

À banca examinadora, composta por Rodrigo Padrini Monteiro, Crisane Costa Rossetti e Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita, pela disponibilidade, pela leitura criteriosa e pelas contribuições oferecidas a este estudo.

Aos professores e às professoras do curso de Especialização em Saúde Pública - Saúde no Sistema Prisional, pelos conhecimentos compartilhados ao longo da formação e pelo compromisso com uma reflexão crítica sobre o trabalho em saúde no cárcere.

Aos colegas de curso, pela convivência, pelas trocas de experiência e pelo apoio mútuo durante essa caminhada.

Aos trabalhadores e às trabalhadoras do sistema prisional, em especial aos que atuam na área da saúde, cujo cotidiano de trabalho, marcado por desafios persistentes, motivou e deu sentido à construção deste estudo.

À minha família, pelo apoio, pela compreensão diante das ausências e pelo incentivo durante todo esse percurso.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este estudo analisa a relação entre organização do trabalho e sofrimento psíquico na enfermagem no sistema prisional, a partir de um relato de experiência situado no contexto do sistema prisional do estado de Minas Gerais, no período de 2008 a 2025. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza descritivo-reflexiva e analítica, fundamentada na psicodinâmica do trabalho e na perspectiva da saúde do trabalhador. O material empírico foi constituído por rememoração criticamente orientada de situações recorrentes observadas e vivenciadas no exercício profissional, selecionadas segundo critérios de recorrência, relação direta com o problema de pesquisa, possibilidade de descrição contextualizada e aderência às categorias teórico-analíticas adotadas. A análise evidenciou que o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho da enfermagem no sistema prisional não decorre de fragilidades individuais, mas de condições concretas de organização do trabalho marcadas por sobrecarga, intensificação de responsabilidades, insuficiência de pessoal, exigências institucionais de segurança e custódia, restrição das margens de autonomia e mediação constante do cuidado por fluxos burocráticos e operacionais. Os achados indicam que, embora a distância entre trabalho prescrito e trabalho real seja constitutiva de toda atividade laboral, no sistema prisional ela assume configurações específicas, atravessadas por impedimentos, descompassos e constrangimentos institucionais que contribuem para o desgaste, o sofrimento ético, o empobrecimento do cuidado possível e possíveis desdobramentos em adoecimento relacionado ao trabalho. Também foram identificadas estratégias individuais e coletivas de enfrentamento, como cooperação entre colegas, rearranjos cotidianos e defesas psíquicas mobilizadas para sustentar a atividade. Conclui-se que o enfrentamento do sofrimento psíquico, do desgaste e do adoecimento relacionado ao trabalho no sistema prisional exige respostas institucionais que envolvam reconhecimento profissional, fortalecimento da cooperação, escuta qualificada, prevenção do adoecimento e proteção efetiva à saúde mental dos trabalhadores.

Palavras-chave: enfermagem prisional; saúde mental do trabalhador; sistema prisional; organização do trabalho; psicodinâmica do trabalho.

ABSTRACT

This study analyzes the relationship between work organization and psychological distress in nursing within the prison system, based on a situated experience report developed in the prison system of the state of Minas Gerais, Brazil, from 2008 to 2025. It is a qualitative study of a descriptive-reflective and analytical nature, grounded in work psychodynamics and occupational health perspectives. The empirical material was built through critically oriented recollection of recurrent situations observed and experienced in professional practice, selected according to recurrence, direct relation to the research problem, possibility of contextualized description, and adherence to the adopted theoretical-analytical categories. The analysis showed that work-related psychological distress among prison nursing workers does not stem from individual fragility, but from concrete work organization conditions marked by overload, intensification of responsibilities, staff shortages, institutional demands related to prison security and disciplinary control, restricted autonomy, and the constant mediation of care by bureaucratic and operational flows. The findings indicate that, although the gap between prescribed work and real work is inherent to all work activity, in the prison system it takes on specific forms shaped by impediments, mismatches, and institutional constraints that contribute to exhaustion, ethical suffering, the impoverishment of possible care, and potential developments into work-related illness. Individual and collective coping strategies were also identified, including cooperation among colleagues, everyday rearrangements, and psychic defenses mobilized to sustain work activity. The study concludes that addressing psychological distress, exhaustion, and work-related illness in the prison system requires institutional responses involving professional recognition, strengthened cooperation, qualified listening, prevention of illness, and effective protection of workers' mental health.

Keywords: prison nursing; workers' mental health; prison system; work organization; work psychodynamics.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Breve contextualização histórica do sistema prisional brasileiro e mineiro.....	10
1.2 O sistema prisional como campo de trabalho em saúde.....	13
1.3 Justificativa.....	15
1.4 Problema de pesquisa.....	16
1.5 Objetivos	18
1.5.1 Objetivo geral	18
1.5.2 Objetivos específicos	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 Trabalho, saúde mental e organização do trabalho	19
2.2 O cárcere como instituição contraditória.....	22
2.3 A enfermagem no sistema prisional e a especificidade do trabalho em saúde.....	24
2.4 Sobrecarga, riscos ocupacionais e sofrimento psíquico no sistema prisional	27
3 METODOLOGIA	32
4 RELATO DE EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO	36
4.1 Trabalho real e ampliação de responsabilidades.....	36
4.2 Mediação do cuidado por segurança, burocracia e fluxos institucionais	38
4.3 Simultaneidade de demandas e intensificação do trabalho.....	40
4.4 Exposição a riscos biológicos, organizacionais e psicossociais.....	41
4.5 Dimensão ética e afetiva do cuidado em saúde no cárcere	43
4.6 Manifestações de desgaste, sofrimento psíquico, adoecimento e estratégias defensivas....	45
4.7 Suporte coletivo, limites institucionais e necessidade de cuidado ao trabalhador	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS	54

1 INTRODUÇÃO

Neste estudo, mobilizo uma experiência profissional desenvolvida no sistema prisional do estado de Minas Gerais, iniciada em 2008, com meu ingresso, por concurso público, no cargo de técnica de enfermagem. Posteriormente, com a formação em Enfermagem, minha inserção no campo passou a abranger atividades assistenciais e organizacionais que, no cotidiano institucional, extrapolaram os limites estritamente formais do cargo. Essa inserção prolongada no sistema prisional constitui o ponto de partida a partir do qual a experiência aqui analisada pôde ser transformada em objeto de reflexão e investigação.

Essa experiência não é tomada como expressão homogênea de todas as unidades prisionais ou de todos os profissionais que atuam no sistema. Trata-se de experiência situada, singular e historicamente delimitada, referida ao exercício profissional desenvolvido no sistema prisional mineiro entre 2008 e 2025, cuja relevância analítica reside na possibilidade de explicitar contradições, constrangimentos, sobrecargas e formas de enfrentamento presentes no trabalho real. A experiência, portanto, não é tomada como base para generalização indevida, mas como ponto de observação situado a partir do qual se torna possível problematizar o processo de trabalho, permitindo analisar, em chave descritivo-reflexiva, como determinadas formas de organização laboral participam da produção de sofrimento psíquico no exercício da enfermagem prisional (HOLLIDAY, 2006; MINAYO, 2014; MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

Ao longo dessa trajetória, a convivência continuada com situações marcadas por sobrecarga, exigências simultâneas, mediação do cuidado por rotinas de segurança, restrição de autonomia e insuficiência de suporte institucional tornou progressivamente mais visível que o sofrimento relacionado ao trabalho, nesse contexto, não podia ser compreendido como dificuldade individual ou efeito episódico de circunstâncias excepcionais. O contato reiterado com essas condições, no exercício cotidiano da enfermagem prisional, evidenciou a necessidade de compreender de forma mais precisa como a organização do trabalho participa da produção de desgaste, sofrimento psíquico e estratégias de enfrentamento no interior do sistema prisional.

Foi desse percurso de observação e problematização da experiência profissional que se delineou o interesse por este tema e a necessidade de transformá-lo em objeto de investigação. Mais do que descrever dificuldades cotidianas, tornou-se necessário analisar, em perspectiva teoricamente orientada, como a organização e as condições de trabalho no sistema prisional incidem sobre o trabalho da enfermagem e sobre a saúde mental dos trabalhadores. Nessa

direção, é a partir dessa problematização que se delineiam a questão central e os objetivos que orientam o presente estudo.

Para situar esse problema em seu contexto histórico e institucional, apresenta-se, inicialmente, uma breve contextualização do sistema prisional brasileiro e mineiro, bem como das condições que singularizam o trabalho em saúde no interior das unidades prisionais.

1.1 Breve contextualização histórica do sistema prisional brasileiro e mineiro

A compreensão do trabalho em saúde no sistema prisional requer, inicialmente, a contextualização histórica da prisão como instituição social, jurídica e política. No Brasil, a centralidade da prisão como forma de sanção penal foi sendo progressivamente consolidada ao longo do século XIX e da primeira metade do século XX, em articulação com transformações jurídicas, administrativas e institucionais que reforçaram a pena privativa de liberdade no sistema punitivo. Com o Código Criminal do Império, promulgado em 1830, a pena de prisão passou a assumir maior relevo no ordenamento penal, movimento posteriormente reforçado pelo Código Penal de 1940, que consolidou a privação de liberdade como eixo estruturante do sistema penal brasileiro (BRASIL, 1830; BRASIL, 1940; SALLA, 1999; MAIA et al., 2009).

Entretanto, o desenvolvimento normativo da pena privativa de liberdade não foi acompanhado, de maneira linear, da efetivação de condições institucionais compatíveis com os princípios de reintegração social, de humanização da pena e da garantia de direitos. A Lei de Execução Penal, promulgada em 1984, estabeleceu que a execução penal deveria não apenas efetivar a decisão judicial, mas também criar condições para a integração social da pessoa privada de liberdade. A Constituição Federal de 1988 aprofundou esse marco ao reafirmar a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde como dever do Estado (BRASIL, 1984; BRASIL, 1988).

No campo da saúde prisional, esse percurso foi complementado por políticas específicas, entre as quais se destacam o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída em 2014, que formalizaram a responsabilidade estatal pela organização da assistência à saúde no interior das unidades prisionais (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014).

Apesar desse arcabouço jurídico-normativo, a realidade prisional brasileira permanece marcada por uma dissociação persistente entre os direitos formalmente previstos e as condições

concretas de funcionamento das instituições. Segundo o Relatório do 2º semestre de 2024 da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), baseado nos dados do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN) e publicado em 2025, o sistema prisional brasileiro registrava, em 31 de dezembro de 2024, 670.265 pessoas custodiadas em celas físicas e déficit de 175.886 vagas, quadro que evidencia a permanência da superlotação e de limitações estruturais relevantes para a organização do cuidado em saúde (BRASIL, 2025a). Nesse cenário, o desenho normativo da reintegração social e da atenção integral à saúde coexiste, na prática, com rotinas institucionais marcadas por contenção, escassez material e limitações operacionais, com repercussões diretas sobre a organização do cuidado em saúde (ASSIS et al., 2025).

Essa dissociação entre o plano normativo e o funcionamento concreto das instituições prisionais é central para a compreensão do presente estudo, pois delimita o contexto em que o trabalho em saúde se realiza.

Nessa perspectiva, a prisão constitui uma organização orientada, prioritariamente, pela custódia e pela segurança, na qual disciplina, vigilância e controle atravessam os processos institucionais e condicionam a atuação dos diferentes grupos profissionais (LOURENÇO, 2010). Nesse arranjo, o trabalho em saúde, particularmente o da enfermagem, passa a ser tensionado por constrangimentos organizacionais específicos, com repercussões sobre a atividade, a autonomia profissional e as condições de produção de sofrimento no trabalho, aspecto discutido por Rumin (2006) e retomado por diretrizes mais recentes sobre a atuação em saúde no sistema prisional (ASSIS et al., 2025).

No caso de Minas Gerais, esse percurso histórico assume particularidades relevantes. Estudos sobre a formação do sistema prisional mineiro demonstram que, durante longo período, a custódia de pessoas privadas de liberdade esteve distribuída entre penitenciárias, cadeias públicas municipais e carceragens vinculadas à Polícia Civil (PC), em um arranjo institucional marcado pela fragmentação da gestão e pela sobreposição entre funções de custódia policial e administração penitenciária (OLIVEIRA; RIBEIRO; BASTOS, 2015). Antes da criação da Penitenciária Agrícola de Neves, em 1927, frequentemente apontada como marco relevante da institucionalização penitenciária mineira, a custódia era predominantemente realizada em estruturas locais e dispersas (PAIXÃO, 1991). Mesmo ao longo do século XX, a consolidação de uma administração penitenciária propriamente dita ocorreu de forma gradual, sem eliminar de imediato a centralidade de arranjos locais e policiais na gestão da população custodiada (OLIVEIRA; RIBEIRO; BASTOS, 2015; PAIXÃO, 1991).

A reorganização mais ampla do sistema prisional mineiro intensificou-se a partir dos primeiros anos do século XXI. Até o início dos anos 2000, parcela expressiva da população privada de liberdade permanecia sob custódia da Polícia Civil (PC), em continuidade a um modelo historicamente marcado pela sobreposição entre custódia policial e administração penitenciária (OLIVEIRA, 2017). Esse cenário começou a ser reconfigurado com a criação da Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS) e com o fortalecimento da Subsecretaria de Administração Penitenciária (SUAPI) no âmbito estadual, movimento que favoreceu a transferência progressiva da custódia para uma estrutura administrativa penitenciária própria (MINAS GERAIS, 2003a; MINAS GERAIS, 2003b; OLIVEIRA, 2017).

A partir de 2016, esse processo foi aprofundado com a criação da Secretaria de Estado de Administração Prisional (SEAP), à qual se atribuiu competência própria na condução da política prisional estadual; posteriormente, a reforma administrativa de 2019 uniu a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP) e a Secretaria de Estado de Administração Prisional (SEAP) na Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP). No arranjo atualmente vigente, a política prisional permanece sob responsabilidade da SEJUSP, cuja estrutura inclui o Departamento Penitenciário de Minas Gerais (Depen-MG), com competência para planejar, disciplinar, organizar, coordenar e gerir o sistema prisional no estado. A consolidação dessa estrutura administrativa não eliminou, contudo, os constrangimentos operacionais do sistema, de modo que a centralização institucional convive com exigências permanentes de gestão de vagas, segurança, fluxos assistenciais e organização do trabalho nas unidades prisionais (MINAS GERAIS, 2016; MINAS GERAIS, 2019; MINAS GERAIS, 2023a; MINAS GERAIS, 2023b; OLIVEIRA; RIBEIRO; BASTOS, 2015; OLIVEIRA, 2017).

Esse contexto histórico e institucional é decisivo para a compreensão do objeto deste estudo, uma vez que o relato de experiência que sustenta a análise foi construído no interior do sistema prisional mineiro, o que confere pertinência ao recorte estadual adotado. O sofrimento psíquico relacionado ao trabalho da enfermagem no sistema prisional não se reduz a dificuldades circunstanciais do cotidiano, mas se inscreve em uma organização historicamente estruturada pela primazia da custódia, da vigilância e do controle, em condições marcadas por escassez de recursos, tensões operacionais e dificuldades persistentes na efetivação de direitos. Por essa razão, a análise do trabalho em saúde no cárcere exige considerar a historicidade da instituição prisional e os constrangimentos organizacionais que incidem sobre a atividade laboral e sobre a produção de sofrimento no trabalho (LOURENÇO, 2010; RUMIN, 2006; OLIVEIRA, 2017).

1.2 O sistema prisional como campo de trabalho em saúde

O trabalho em saúde realizado no interior das unidades prisionais não pode ser compreendido apenas a partir dos parâmetros assistenciais convencionais utilizados em outros serviços de saúde. Constitui, ao contrário, um campo institucionalmente reconhecido pelas políticas públicas de saúde no sistema prisional, organizado por diretrizes específicas que articulam atenção integral, vigilância em saúde e inserção na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014). Trata-se de uma prática produzida em um espaço institucional fortemente atravessado por rotinas de segurança, fluxos burocráticos, restrições de circulação, exigências administrativas e contingências operacionais que interferem diretamente na organização do cuidado. No caso da enfermagem, essa realidade assume complexidade particular, uma vez que o trabalho se realiza na interface entre necessidades clínicas, vigilância em saúde, gestão do cuidado, exigências institucionais e articulação com serviços externos (ASSIS et al., 2025).

Nessa configuração, a prática da enfermagem no sistema prisional não se limita ao atendimento direto de agravos agudos ou condições crônicas (BRASIL, 2014). Ela envolve, simultaneamente, acolhimento, acompanhamento terapêutico, organização de fluxos assistenciais, monitoramento medicamentoso, gestão de prontuários, encaminhamentos, articulação com equipes multiprofissionais e interlocução contínua com setores responsáveis pela segurança e pela governabilidade interna da unidade (ASSIS et al., 2025). Em razão disso, o cuidado em saúde no cárcere é permanentemente mediado por condicionantes institucionais, administrativos e de segurança que alteram sua temporalidade, sua previsibilidade e sua margem de autonomia (BRASIL, 2014; ASSIS et al., 2025).

Essa especificidade impede que o trabalho em saúde no sistema prisional seja tratado como simples extensão da assistência prestada em unidades básicas, ambulatórios ou hospitais. No cárcere, o cuidado é produzido em uma instituição orientada pela custódia, pela vigilância e pela manutenção da ordem interna, na qual a lógica da segurança tende a se sobrepor à lógica assistencial (LOURENÇO, 2010; OLIVEIRA, 2017). Nessas condições, o exercício profissional fica submetido a regras de circulação, autorizações, limitações operacionais e rearranjos constantes que decorrem da própria organização concreta do trabalho prisional (MONTEIRO, 2018; OLIVEIRA; RIBEIRO; BASTOS, 2015). A enfermagem, nesse contexto, passa a atuar em um espaço de tensão permanente entre a necessidade de garantir cuidado

tecnicamente adequado e os limites concretos impostos pela organização institucional (LOURENÇO, 2010; MONTEIRO, 2018).

A literatura sobre saúde do trabalhador e psicodinâmica do trabalho oferece contribuição decisiva para a compreensão dessa realidade. Em vez de localizar o sofrimento psíquico exclusivamente na esfera individual, essa perspectiva permite analisá-lo como produto das formas concretas de organização do trabalho, da distância entre trabalho prescrito e trabalho real, das margens reduzidas de autonomia, da insuficiência de reconhecimento e do esforço contínuo requerido para sustentar a atividade (DEJOURS, 1992). Em diálogo com essa formulação, Laurell e Noriega (1989) permitem compreender o desgaste como expressão do próprio processo de trabalho e das condições materiais e organizacionais em que ele se realiza. No sistema prisional, essa dinâmica assume especificidades próprias, pois a convivência com vigilância permanente, imprevisibilidade, restrições institucionais, insuficiência de pessoal e pressão por resposta imediata tende a intensificar o desgaste e a ampliar a distância entre trabalho prescrito e trabalho real (RUMIN, 2006).

Além disso, a enfermagem prisional se caracteriza por elevada exigência relacional. O cotidiano de trabalho inclui não apenas o acompanhamento de condições clínicas e infectocontagiosas, mas também o manejo de sofrimento psíquico, situações de crise, demandas psicossociais e necessidades de acolhimento que exigem escuta qualificada, prudência clínica e articulação multiprofissional. Quando tais exigências se somam à escassez de tempo, à limitação de recursos e à fragilidade do suporte institucional, o trabalho tende a ser sustentado por rearranjos informais e estratégias defensivas que, embora permitam a continuidade da assistência, ampliam a sobrecarga e o desgaste laboral (DEJOURS, 1992; RUMIN, 2006).

Embora o debate público e institucional sobre o sistema prisional se concentre nas condições de vida das pessoas privadas de liberdade e nas dificuldades de implementação de políticas públicas nesse campo, essa centralidade não elimina a necessidade de analisar também as condições de trabalho daqueles que sustentam cotidianamente o funcionamento das unidades. No caso da enfermagem, essa lacuna é particularmente relevante, uma vez que o sofrimento relacionado ao trabalho tende a ser naturalizado como parte inerente da função, o que contribui para a banalização de manifestações de desgaste, exaustão emocional, hipervigilância, distanciamento afetivo e sensação persistente de insuficiência profissional (RUMIN, 2006; DEJOURS, 1992).

É nesse recorte que se insere o presente estudo. Situado na interface entre saúde do trabalhador e saúde prisional, este estudo parte do entendimento de que o sofrimento

relacionado ao trabalho da enfermagem no sistema prisional não decorre de fatores isolados ou estritamente individuais, mas da articulação entre a organização concreta da atividade, a sobreposição de exigências assistenciais e institucionais, a intensificação das responsabilidades, a limitação de suporte e a subordinação parcial do cuidado à lógica custodial (DEJOURS, 1992; RUMIN, 2006). Nessa direção, a análise proposta volta-se especificamente à enfermagem no sistema prisional, buscando compreender como esses elementos se combinam na produção de desgaste e sofrimento no trabalho.

1.3 Justificativa

A relevância deste estudo decorre da importância social, sanitária e institucional do trabalho da enfermagem no sistema prisional. No interior das unidades, a enfermagem ocupa posição estratégica na garantia do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, participando de ações clínicas, vigilância em saúde, acompanhamento terapêutico, acolhimento, encaminhamentos e organização cotidiana do cuidado, em consonância com o marco normativo da atenção à saúde no sistema prisional (BRASIL, 2014). Quando esse trabalho é realizado em condições de sobrecarga, insuficiência de pessoal, limitação de recursos e tensão organizacional permanente, seus efeitos ultrapassam a esfera individual do trabalhador e podem repercutir também sobre a continuidade, a qualidade e a resolutividade da assistência prestada.

A pesquisa também se justifica pela necessidade de aprofundamento analítico desse objeto. Embora exista produção relevante sobre sistema prisional, trabalho e sofrimento no cárcere, essa literatura tem privilegiado, em grande medida, agentes de segurança e outros trabalhadores do sistema (RUMIN, 2006; LOURENÇO, 2010; OLIVEIRA; RIBEIRO; BASTOS, 2015), havendo menor investimento analítico em estudos centrados especificamente na enfermagem. Desse modo, o estudo contribui para ampliar a reflexão sobre uma categoria profissional essencial ao funcionamento da assistência em saúde no ambiente prisional, mas ainda pouco explorada de forma situada e analiticamente consistente.

Além disso, o estudo possui relevância profissional e organizacional. A invisibilidade do sofrimento relacionado ao trabalho no sistema prisional favorece a naturalização do desgaste e a banalização do adoecimento (DEJOURS, 1992; LAURELL; NORIEGA, 1989), além de evidenciar a fragilidade de políticas institucionais voltadas ao cuidado do trabalhador (ASSIS et al., 2025). Ao analisar criticamente a relação entre organização do trabalho e sofrimento psíquico na enfermagem prisional, o estudo pode contribuir para qualificar o debate sobre

reconhecimento profissional, suporte institucional, dispositivos de escuta, prevenção do adoecimento e formulação de estratégias organizacionais de cuidado voltadas também aos trabalhadores que sustentam, cotidianamente, a assistência no cárcere. Nessa direção, o relato de experiência mostra-se metodologicamente pertinente por possibilitar a elaboração crítica de processos de trabalho efetivamente vividos nesse campo institucional, tomando a experiência profissional como material empírico passível de análise e de produção de conhecimento em saúde do trabalhador (MINAYO, 2014; HOLLIDAY, 2006; MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

Dados recentes reforçam a pertinência dessa problematização. A pesquisa nacional Cenários da saúde física e mental dos servidores do sistema penitenciário brasileiro: relatório da etapa quantitativa, realizada no âmbito do Projeto Valoriza: Saúde em Foco, iniciativa conjunta entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), identificou, entre 22.752 trabalhadores respondentes, diagnósticos prévios referidos de transtorno de ansiedade, depressão, transtorno de pânico, síndrome de burnout e transtorno de estresse pós-traumático, além de acompanhamento psiquiátrico, acompanhamento psicológico e uso contínuo de medicação para adoecimento mental (BRASIL, 2023). No contexto mineiro, a Enquete Trabalho e Saúde SINDASEP-UFMG 2024, realizada com Auxiliares Executivos, Assistentes Executivos, Analistas Executivos de Defesa Social e médicos(as) da Área de Defesa Social, identificou relatos expressivos de adoecimento ou acidente decorrente do trabalho, uso contínuo de medicamentos controlados e afastamentos, nos últimos cinco anos, relacionados a adoecimentos ou acidentes decorrentes dos processos de trabalho no sistema prisional (NECTRAMA et al., 2025). Embora esses dados não sejam específicos da enfermagem, eles ajudam a situar empiricamente que o sofrimento relacionado ao trabalho no sistema prisional pode ultrapassar o plano do mal-estar subjetivo, assumindo formas de desgaste cumulativo e adoecimento relacionado ao trabalho.

1.4 Problema de pesquisa

Considerando que o trabalho da enfermagem no sistema prisional é realizado em contexto marcado por sobrecarga, exigências institucionais de segurança e custódia, restrições institucionais, insuficiência de recursos, intensificação de responsabilidades e limitação das margens de autonomia, formula-se a seguinte questão de pesquisa: como a organização e as condições de trabalho no sistema prisional contribuem, no trabalho de enfermagem, para a

produção de sofrimento psíquico, desgaste e possíveis desdobramentos em adoecimento relacionado ao trabalho, e quais estratégias de enfrentamento são mobilizadas nesse contexto?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo geral

Analisar, a partir de um relato de experiência situado na enfermagem do sistema prisional, como a organização e as condições de trabalho se articulam à produção de sofrimento psíquico, desgaste e possíveis desdobramentos em adoecimento relacionado ao trabalho, bem como às estratégias de enfrentamento mobilizadas no cotidiano laboral.

1.5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar elementos da organização do trabalho da enfermagem prisional associados à sobrecarga e à intensificação laboral.
- Examinar de que modo as exigências institucionais de segurança e custódia, as restrições operacionais e a insuficiência de recursos modulam a experiência do trabalho.
- Analisar, à luz da psicodinâmica do trabalho, como a distância entre trabalho prescrito e trabalho real participa da produção do sofrimento psíquico, do desgaste e de possíveis desdobramentos em adoecimento relacionado ao trabalho.
- Identificar estratégias individuais e coletivas de enfrentamento mobilizadas no cotidiano profissional.
- Analisar os limites do suporte institucional e a necessidade de dispositivos organizacionais de proteção à saúde mental do trabalhador no contexto prisional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Trabalho, saúde mental e organização do trabalho

No caso mineiro, a inserção da enfermagem no sistema prisional também precisa ser compreendida à luz da organização estadual das carreiras da área de defesa social. A Lei estadual nº 15.301, de 2004, instituiu as carreiras de Auxiliar Executivo de Defesa Social, Assistente Executivo de Defesa Social e Analista Executivo de Defesa Social no Grupo de Atividades de Defesa Social do Poder Executivo e definiu a vinculação desses cargos ao órgão estadual responsável pela administração prisional. A mesma lei transformou, no âmbito da antiga Secretaria de Estado de Defesa Social, cargos de Assistente Técnico da Saúde em cargos de Assistente Executivo de Defesa Social e cargos de Analista da Saúde em cargos de Analista Executivo de Defesa Social, além de prever ingresso em nível intermediário para a carreira de Assistente Executivo de Defesa Social e em nível superior para a carreira de Analista Executivo de Defesa Social. Também definiu que as atribuições gerais dessas carreiras constam de seu Anexo III, enquanto as atribuições específicas seriam definidas em regulamento. Esse marco é relevante porque situa a inserção da enfermagem no sistema prisional mineiro não apenas como prática assistencial, mas também como trabalho inscrito em estrutura administrativa própria da política prisional estadual (MINAS GERAIS, 2004).

No plano profissional, as atribuições da enfermagem são disciplinadas nacionalmente pela Lei nº 7.498, de 1986, e pelo Decreto nº 94.406, de 1987, que regulamentam o exercício da enfermagem e atribuem ao enfermeiro atividades como consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem e cuidados diretos de enfermagem em situações de maior complexidade técnica. No cenário atual do sistema prisional, os dados do SISDEPEN registraram, em 30 de junho de 2025, 2.663 enfermeiros em atuação nas prisões brasileiras com pessoas privadas de liberdade em cela física, dos quais 275 estavam em Minas Gerais. Esses quantitativos não esgotam a análise sobre composição de equipes nem sobre distribuição funcional interna, mas ajudam a situar a presença concreta da enfermagem no sistema prisional e a relevância dessa categoria para a sustentação cotidiana da assistência em saúde no cárcere (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987; BRASIL, 2025b).

A saúde mental do trabalhador não pode ser analisada como atributo exclusivamente individual, desvinculado das condições concretas em que o trabalho se realiza. O trabalho, além de assegurar subsistência material, ocupa lugar central na produção de identidade, no

reconhecimento social e na construção de sentido, conforme assinala Dejours (1992), podendo constituir espaço de realização e pertencimento, mas também de desgaste, tensão e sofrimento quando organizado sob condições que restringem a autonomia, intensificam exigências e reduzem as possibilidades de elaboração do vivido laboral. Nessa perspectiva, o sofrimento relacionado ao trabalho não deve ser compreendido como fenômeno privado ou expressão isolada de vulnerabilidade individual, mas como manifestação produzida na relação entre sujeito, atividade e organização do trabalho (DEJOURS, 1992; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Essa compreensão encontra respaldo tanto na psicodinâmica do trabalho quanto na saúde do trabalhador. Para Laurell e Noriega (1989), o processo saúde-doença é socialmente determinado e atravessado pelo modo como o trabalho se organiza, pelas cargas a que os sujeitos são expostos e pelas possibilidades objetivas e subjetivas de proteção e recuperação. O adoecimento, portanto, não decorre apenas de agentes isolados, mas da articulação entre intensificação laboral, distribuição desigual de riscos, limitação de recursos e exigências persistentes de adaptação.

É nesse ponto que a psicodinâmica do trabalho, especialmente nas formulações de Dejours (1992), oferece contribuição central para este estudo. Ao deslocar a análise da esfera individual para a organização concreta do trabalho, entendida como a forma pela qual se distribuem tarefas, exigências, ritmos, controles e margens de autonomia, esse referencial permite compreender que o sofrimento emerge quando o trabalhador é colocado diante de exigências incompatíveis, margens reduzidas de autonomia, reconhecimento insuficiente e condições organizacionais que impõem custos subjetivos à realização do trabalho. Desse modo, a análise da saúde mental no trabalho exige considerar não apenas as exigências formais da atividade, mas também as condições concretas em que o trabalho é realizado e os efeitos desse processo sobre o trabalhador, o que requer examinar com maior precisão a distância entre aquilo que é prescrito e aquilo que o trabalho efetivamente demanda no plano da atividade. Neste estudo, o termo atividade é utilizado para designar o modo concreto como o trabalho se realiza nas situações reais, envolvendo julgamentos, adaptações, escolhas e regulações mobilizadas pelo trabalhador diante da distância entre o que está prescrito e o que efetivamente precisa ser feito.

Uma das contribuições centrais desse referencial, em diálogo com a herança teórica da ergonomia, é a distinção entre trabalho prescrito e trabalho real. O trabalho prescrito corresponde ao conjunto de normas, protocolos, descrições formais de cargo e expectativas institucionais que definem, em tese, o que deve ser feito. O trabalho real, por sua vez, diz

respeito ao modo como a atividade efetivamente se realiza diante das condições concretas, da variabilidade das situações de trabalho e dos limites da prescrição. Entre esses dois planos, há sempre uma distância, não porque o trabalho real constitua simples desvio da norma, mas porque nenhuma prescrição é capaz de antecipar integralmente a complexidade das situações concretas. Assim, a atividade de trabalho exige, de modo constitutivo, interpretação, julgamento prático, ajustamentos e invenção para tornar o trabalho exequível (DEJOURS, 1992).

Essa distância adquire centralidade analítica não por representar, em si mesma, um problema, mas porque é nela que o trabalhador mobiliza experiência, arbitragem e inteligência prática para sustentar a atividade. A questão se coloca quando os descompassos entre o trabalho prescrito e o trabalho real passam a ser vividos sob pressão, em condições de restrição de recursos, reconhecimento insuficiente, redução das margens de autonomia e impedimentos persistentes à realização do trabalho. Nessas circunstâncias, o trabalhador deixa de apenas regular a variabilidade própria da atividade e passa a absorver, de forma continuada, o custo organizacional da sustentação do serviço. O sofrimento relacionado ao trabalho não decorre, portanto, da existência de diferença entre norma e atividade, mas dos impedimentos e descompassos que, sob determinadas condições, convertem essa diferença em fator de pressão, desgaste e adoecimento (DEJOURS, 1992).

Nesse contexto, Dejours (1992) demonstra que os trabalhadores desenvolvem estratégias defensivas para tornar o sofrimento suportável e preservar a continuidade da atividade e a própria estabilidade subjetiva. Tais estratégias podem se expressar por meio de naturalização da sobrecarga, silenciamento do mal-estar, endurecimento afetivo, banalização do desgaste e distanciamento emocional. Essas defesas têm função protetiva imediata, pois impedem a ruptura subjetiva diante de condições adversas, mas não eliminam as causas estruturais do sofrimento. Ao contrário, frequentemente tornam o desgaste menos visível e dificultam seu reconhecimento como problema coletivo e institucional.

Tomada como chave analítica, essa perspectiva permite apreender o trabalho como espaço de confronto permanente entre a prescrição e as exigências do real, evidenciando que o sofrimento relacionado ao trabalho também se produz no esforço de ajustar, compensar e tornar executável aquilo que a organização não resolve de antemão. Desse modo, a psicodinâmica do trabalho oferece instrumentos conceituais fundamentais para examinar como a defasagem entre norma e atividade, as exigências de arbitragem prática e as estratégias defensivas se articulam na produção e na gestão cotidiana do sofrimento (DEJOURS, 1992).

2.2 O cárcere como instituição contraditória

A passagem do plano conceitual do trabalho para o plano institucional do cárcere exige analisar a prisão como instituição contraditória. Do ponto de vista jurídico e político, a prisão é espaço de execução penal, custódia e responsabilização, mas também de garantia formal de direitos fundamentais, entre os quais se insere o direito à saúde. A Lei de Execução Penal (LEP) e a Constituição Federal de 1988 estabelecem parâmetros normativos que vinculam o Estado não apenas à contenção da pessoa privada de liberdade, mas também à proteção de sua integridade física e moral e à oferta de assistência, embora tais marcos não esgotem a compreensão da prisão como organização concreta de poder, disciplina e administração (BRASIL, 1984; BRASIL, 1988; PAIXÃO, 1991; LOURENÇO, 2010; OLIVEIRA, 2017).

No entanto, a existência desse arcabouço normativo não elimina a distância entre o plano formal e a realidade concreta do sistema prisional brasileiro. Como indicam os estudos sobre a prisão brasileira, o cárcere não se reduz ao cumprimento abstrato da pena, mas opera como instituição voltada à produção cotidiana da ordem, à administração de populações sob custódia e à manutenção de hierarquias internas. Em razão disso, a prisão se configura como espaço em que coexistem a linguagem dos direitos e práticas concretas marcadas por contenção, vigilância, disciplina e restrição material, produzindo tensões permanentes entre o que deve ser garantido e o que efetivamente se realiza (PAIXÃO, 1991; LOURENÇO, 2010; OLIVEIRA, 2017).

Essa contradição tem efeitos diretos sobre o trabalho. O cárcere é uma instituição orientada prioritariamente por lógica custodial, de vigilância e controle. Isso significa que as ações desenvolvidas em seu interior não se realizam em ambiente institucional neutro, mas no interior de uma organização em que a segurança estrutura o cotidiano e condiciona o alcance das demais práticas estatais. Nessa configuração, controle, disciplina e administração coexistem de forma tensa com outras funções institucionais, sem que nenhuma dessas racionalidades possa ser analisada isoladamente (LOURENÇO, 2010; OLIVEIRA, 2017).

Nessa perspectiva, a contradição do cárcere não decorre apenas da dureza do ambiente, mas do descompasso entre finalidades juridicamente declaradas e formas concretas de funcionamento institucional. Essa chave de leitura é relevante porque permite compreender a prisão não como pano de fundo neutro, mas como estrutura que condiciona, limita e reconfigura as práticas estatais desenvolvidas em seu interior, aspecto indispensável para examinar, a

seguir, como o trabalho efetivamente se realiza nesse contexto (PAIXÃO, 1991; LOURENÇO, 2010; OLIVEIRA, 2017).

No plano concreto da atividade, o trabalho no sistema prisional não pode ser reduzido à execução literal das atribuições formais previstas em norma. Monteiro (2018) demonstra que a atividade prisional concreta excede continuamente a descrição oficial das funções e exige improvisos, ajustes, mediações e saberes construídos na experiência cotidiana. Essa perspectiva permite afastar a ideia de que o cárcere opere apenas por rotinas integralmente previsíveis e controláveis. Mesmo em contexto fortemente hierarquizado, o trabalho real depende da capacidade dos trabalhadores de interpretar situações, rearranjar prioridades, administrar contradições institucionais e manter o funcionamento da unidade em condições frequentemente adversas (MONTEIRO, 2018; OLIVEIRA, 2017).

Essa leitura permite compreender que o cárcere produz ambivalências estruturais: exige disciplina, mas depende de discernimento prático; impõe vigilância, mas demanda mediação; organiza-se por normas, mas se sustenta por improvisos. Nessas condições, o trabalho prisional não se esgota no cumprimento mecânico de prescrições formais, sendo atravessado por tensões entre o que a instituição determina, o que a situação concreta exige e o que os trabalhadores conseguem efetivamente realizar (MONTEIRO, 2018; DEJOURS, 1992).

A análise de Monteiro e Vieira (2025), por exemplo, centrada na atuação de psicólogos nas prisões brasileiras, reforça a compreensão de que determinadas práticas profissionais podem ser reiteradamente obstadas pelas contradições materiais e institucionais do cárcere. Os autores mostram que, em contextos marcados por restrições operacionais persistentes, parte da atividade tende a ser deslocada, reduzida ou parcialmente inviabilizada, aproximando-se daquilo que descrevem como “trabalho impossível”. O ponto central dessa formulação não está em afirmar inviabilidade absoluta da prática profissional, mas em explicitar que a atividade pode tornar-se sistematicamente impedida quando os meios institucionais disponíveis são insuficientes para viabilizar, em termos técnicos e organizacionais, aquilo que a função requer (MONTEIRO; VIEIRA, 2025). Nessa configuração, o exercício do trabalho exige dos agentes institucionais não apenas a execução de tarefas formalmente definidas, mas também o manejo contínuo de riscos, negociações práticas e atenção às instabilidades do cotidiano prisional (LOURENÇO, 2010; OLIVEIRA, 2017).

Rumin (2006) acrescenta a essa discussão que a atividade laboral no cárcere se desenvolve em contexto de defasagem de pessoal, intensidade de demandas e limitações institucionais persistentes. Nessas condições, o trabalho precisa ser continuamente ajustado

para responder a obstáculos operacionais, restrições materiais e exigências simultâneas, o que torna mais visível a distância entre a prescrição formal e as possibilidades reais de execução. Assim, mediação institucional, imprevisto e impedimento não constituem ocorrências excepcionais, mas dimensões estruturantes do trabalho prisional (RUMIN, 2006; DEJOURS, 1992). No interior desse regime geral de trabalho, o trabalho em saúde assume configuração própria, pois se realiza sob exigências técnicas, éticas e assistenciais que não se confundem integralmente com as demais funções institucionais da prisão.

2.3 A enfermagem no sistema prisional e a especificidade do trabalho em saúde

No caso mineiro, a inserção da enfermagem no sistema prisional também precisa ser compreendida à luz da organização estadual das carreiras da área de defesa social. A Lei estadual nº 15.301, de 2004, instituiu as carreiras de Auxiliar Executivo de Defesa Social, Assistente Executivo de Defesa Social e Analista Executivo de Defesa Social no Grupo de Atividades de Defesa Social do Poder Executivo e definiu a vinculação desses cargos ao órgão estadual responsável pela administração prisional. A mesma lei transformou, no âmbito da antiga Secretaria de Estado de Defesa Social, cargos de Assistente Técnico da Saúde em cargos de Assistente Executivo de Defesa Social e cargos de Analista da Saúde em cargos de Analista Executivo de Defesa Social, além de prever ingresso em nível intermediário para a carreira de Assistente Executivo de Defesa Social e em nível superior para a carreira de Analista Executivo de Defesa Social. Também definiu que as atribuições gerais dessas carreiras constam de seu Anexo III, enquanto as atribuições específicas seriam definidas em regulamento. Esse marco é relevante porque situa a inserção da enfermagem no sistema prisional mineiro não apenas como prática assistencial, mas também como trabalho inscrito em estrutura administrativa própria da política prisional estadual (MINAS GERAIS, 2004).

No plano profissional, as atribuições da enfermagem são disciplinadas nacionalmente pela Lei nº 7.498, de 1986, e pelo Decreto nº 94.406, de 1987, que regulamentam o exercício da enfermagem e atribuem ao enfermeiro atividades como consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem e cuidados diretos de enfermagem em situações de maior complexidade técnica. No cenário atual do sistema prisional, os dados do SISDEPEN registraram, em 30 de junho de 2025, 2.663 enfermeiros em atuação nas prisões brasileiras com pessoas privadas de liberdade em cela física, dos quais 275 estavam em Minas Gerais. Esses quantitativos não esgotam a análise sobre composição de equipes nem sobre distribuição

funcional interna, mas ajudam a situar a presença concreta da enfermagem no sistema prisional e a relevância dessa categoria para a sustentação cotidiana da assistência em saúde no cárcere (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987; BRASIL, 2025b).

Essa distinção profissional é relevante para a análise desenvolvida neste estudo, porque o trabalho da enfermagem no sistema prisional não pode ser compreendido como bloco homogêneo. Nos termos da Lei nº 7.498, de 1986, e do Decreto nº 94.406, de 1987, ao técnico em enfermagem cabem atividades de nível médio, com participação na programação da assistência, execução de ações de enfermagem, excetuadas as atividades privativas do enfermeiro, e inserção na equipe de saúde. Ao enfermeiro, por sua vez, cabem atribuições que envolvem planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem, além de consulta de enfermagem, prescrição da assistência e cuidados diretos em situações de maior complexidade técnica e que exijam tomada imediata de decisão. Explicitar essa diferença é importante porque, no sistema prisional, a distância entre atribuições formalmente previstas e exigências concretas da atividade tende a produzir sobreposições, deslocamentos e ampliação prática de responsabilidades, aspecto central para a análise do trabalho real desenvolvida neste estudo (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

Nesse ponto, o termo sobreposição refere-se à concentração simultânea de exigências de naturezas distintas sobre o mesmo trabalhador ou sobre a mesma situação de cuidado. No cotidiano prisional, uma demanda assistencial pode envolver, ao mesmo tempo, avaliação clínica, registro, controle medicamentoso, comunicação com outros setores, articulação com a segurança, reorganização de fluxos e tomada de decisão diante de limites de tempo, pessoal e estrutura. Já os deslocamentos dizem respeito ao movimento pelo qual parte da atividade deixa de se restringir ao núcleo técnico-assistencial inicialmente previsto e passa a incorporar mediações administrativas, operacionais e institucionais necessárias para que o cuidado se realize. Assim, a ampliação prática de responsabilidades não significa apenas aumento quantitativo de tarefas, mas reorganização concreta do trabalho em torno de exigências que ultrapassam a prescrição formal e recaem sobre a atividade real da enfermagem no cárcere (DEJOURS, 1992; MONTEIRO, 2018; RUMIN, 2006).

Nesse contexto, a enfermagem ocupa lugar singular no interior do trabalho em saúde prisional. Sua atuação não se limita ao atendimento clínico imediato nem pode ser descrita apenas em termos de procedimentos técnicos. A Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e, posteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) formalizaram a inserção da

saúde no sistema prisional e reconheceram a assistência à população privada de liberdade como dever estatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014). Nas prisões, a enfermagem participa da produção cotidiana do cuidado por meio de acolhimento, vigilância em saúde, acompanhamento terapêutico, monitoramento medicamentoso, organização de fluxos assistenciais, articulação multiprofissional e mediação com serviços externos. Trata-se, portanto, de atividade exercida na interface entre exigências assistenciais, rotinas institucionais e limites operacionais da unidade (RUMIN, 2006).

No contexto analisado, esses limites operacionais envolvem restrições de circulação no interior da unidade, necessidade de autorização para deslocamentos, disponibilidade de agentes de segurança para viabilizar atendimentos, controle de abertura e fechamento de espaços, tempo limitado para permanência em determinados setores, número reduzido de profissionais, insuficiência ou atraso de insumos, dificuldade de acesso a serviços externos, dependência de escoltas para encaminhamentos e necessidade de adequar a assistência às rotinas de segurança e à dinâmica institucional da unidade. Esses elementos não pertencem, em sentido estrito, ao núcleo técnico do cuidado de enfermagem, mas condicionam sua realização, interferindo no tempo da assistência, na continuidade do acompanhamento, na possibilidade de escuta e na organização das prioridades clínicas (RUMIN, 2006; LOURENÇO, 2010; ASSIS et al., 2025).

A especificidade da enfermagem no cárcere decorre do fato de que o cuidado em saúde precisa ser produzido em ambiente orientado por lógica custodial. Isso significa que a prática assistencial é permanentemente condicionada por autorizações, deslocamentos controlados, critérios de segurança, burocracias institucionais e limites operacionais que não pertencem, em sentido estrito, ao núcleo técnico do trabalho em saúde, mas interferem diretamente em sua realização. Nessa configuração, a atividade da enfermagem se torna mais fragmentada, menos previsível e mais dependente de mediações organizacionais do que em outros serviços de saúde (RUMIN, 2006; LOURENÇO, 2010).

Esse cenário restringe a autonomia profissional e interfere na qualidade do cuidado possível. Quando a enfermagem precisa responder simultaneamente a demandas clínicas, administrativas e institucionais em contexto de restrição de recursos, o exercício do cuidado tende a ser reorganizado segundo prioridades operacionais, com repercussões sobre a escuta, o acolhimento e o acompanhamento longitudinal (RUMIN, 2006; ASSIS et al., 2025).

Assis et al. (2025) reforçam que o sistema prisional demanda dispositivos institucionais específicos de atenção à saúde do servidor, o que evidencia que as condições de trabalho nesse contexto não podem ser tratadas como elemento secundário da organização prisional. Para a

enfermagem, esse ponto é relevante porque o exercício do cuidado se realiza sob exigências técnicas, administrativas e relacionais simultâneas, o que singulariza o trabalho em saúde no cárcere em relação a outros pontos da rede assistencial (ASSIS et al., 2025).

Por essa razão, a enfermagem no sistema prisional constitui recorte analítico particularmente relevante para examinar como a organização institucional incide sobre o trabalho em saúde, redefinindo margens de autonomia, reorganizando prioridades assistenciais e impondo limites concretos à produção do cuidado (RUMIN, 2006; LOURENÇO, 2010).

2.4 Sobrecarga, riscos ocupacionais e sofrimento psíquico no sistema prisional

Essas determinações não incidem apenas sobre a enfermagem, mas expressam traços mais amplos da organização do trabalho no sistema prisional. No sistema prisional, a organização do trabalho tende a articular intensificação laboral, escassez de recursos, imprevisibilidade, exposição a riscos e exigência contínua de adaptação. Assis et al. (2025) reconhecem explicitamente que esse ambiente submete diferentes categorias profissionais a sobrecarga, tensão organizacional, sofrimento psíquico, absenteísmo e adoecimento relacionado ao trabalho. Esse reconhecimento evidencia que o desgaste no cárcere não constitui percepção subjetiva isolada, mas fenômeno vinculado ao modo como o sistema se estrutura, distribui tarefas e opera cotidianamente, podendo ser compreendido, à luz da saúde do trabalhador, como processo relacionado às cargas e exigências socialmente produzidas pelo trabalho (ASSIS et al., 2025; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Dados recentes reforçam que o sofrimento psíquico no sistema prisional pode se desdobrar em processos de desgaste e adoecimento relacionado ao trabalho. A pesquisa nacional Cenários da saúde física e mental dos servidores do sistema penitenciário brasileiro: relatório da etapa quantitativa, realizada no âmbito do Projeto Valoriza: Saúde em Foco, iniciativa conjunta entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), identificou, entre 22.752 trabalhadores respondentes, diagnóstico prévio referido de transtorno de ansiedade em 20,6%, depressão em 10,7%, transtorno de pânico em 4,2%, síndrome de burnout em 2,6% e uso contínuo de medicação para adoecimento mental em 15,4% dos participantes. Além disso, 44,6% relataram sentir-se exaustos ou com pouca energia muitas vezes ou todo o tempo nas duas semanas anteriores. Esses achados indicam que as condições de trabalho no sistema prisional não se expressam

apenas como mal-estar subjetivo ou desconforto passageiro, mas também como manifestações de desgaste e adoecimento mental relacionado ao trabalho (BRASIL, 2023).

No contexto mineiro, a Enquete Trabalho e Saúde SINDASEP-UFMG 2024 também contribui para dimensionar esse problema. Entre Auxiliares Executivos, Assistentes Executivos, Analistas Executivos de Defesa Social e médicos(as) da Área de Defesa Social participantes da pesquisa, 67% relataram já ter adoecido ou se acidentado em decorrência do trabalho, 48% declararam uso contínuo de medicamentos controlados e 56% informaram afastamento do trabalho, nos últimos cinco anos, em função de adoecimentos ou acidentes decorrentes dos processos de trabalho no sistema prisional. Embora esses dados não sejam específicos da enfermagem, eles conferem densidade empírica à discussão sobre sofrimento, desgaste, adoecimento e afastamento no campo prisional, permitindo situar a experiência analisada neste estudo em um cenário mais amplo de comprometimento da saúde de trabalhadores desse sistema (NECTRAMA et al., 2025).

No caso da enfermagem, essa dinâmica se agrava pela multiplicidade de demandas assumidas no cotidiano. Além das exigências clínicas e administrativas, há exposição recorrente a riscos biológicos relacionados à circulação de agravos infectocontagiosos em ambientes de confinamento coletivo, como tuberculose, escabiose e infecções respiratórias de transmissão interpessoal, o que exige vigilância constante, rastreamento, controle de medidas de proteção e monitoramento terapêutico. Rumin (2006) destaca que tais condições ampliam a responsabilidade das equipes e contribuem para a percepção contínua de risco ocupacional, tornando o trabalho mais tenso e mais exigente do ponto de vista assistencial e subjetivo.

Ao mesmo tempo, a enfermagem permanece frequentemente na linha de frente do manejo de sofrimento psíquico, crises emocionais, vulnerabilidades sociais e demandas de acolhimento entre pessoas privadas de liberdade. Isso implica exposição contínua à dor do outro e necessidade de sustentar presença clínica em ambiente de restrição institucional, equipes reduzidas e tempo comprimido. Nessa configuração, tornam-se mais prováveis manifestações como exaustão emocional, irritabilidade, hipervigilância, sensação de insuficiência e distanciamento afetivo. Tais manifestações não devem ser lidas automaticamente como quadros clínicos individuais, mas como expressões de sofrimento produzidas por uma atividade sustentada sob constrangimentos persistentes (RUMIN, 2006; DEJOURS, 1992; LOURENÇO, 2010).

A psicodinâmica do trabalho permite interpretar esse processo ao demonstrar que, diante de sobrecarga e suporte institucional insuficiente, os trabalhadores tendem a mobilizar

estratégias defensivas para preservar a funcionalidade psíquica. A naturalização do excesso, a valorização do “dar conta” a qualquer custo, o silenciamento do mal-estar e o endurecimento afetivo são mecanismos que podem manter o trabalho em funcionamento, mas não resolvem suas causas estruturais. Ao contrário, podem aprofundar a invisibilidade do sofrimento e dificultar seu reconhecimento como problema coletivo e institucional (DEJOURS, 1992).

A síndrome de burnout é descrita pela CID-11, da Organização Mundial da Saúde (OMS), como fenômeno ocupacional relacionado ao estresse crônico no trabalho não adequadamente manejado, caracterizado por exaustão ou esgotamento de energia, distanciamento mental em relação ao trabalho e redução da eficácia profissional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Também é descrita, na formulação clássica de Maslach e Jackson, a partir de dimensões como exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal no trabalho (MASLACH; JACKSON, 1981). No entanto, no presente estudo, essa categoria não é utilizada para atribuir diagnóstico de burnout à experiência analisada, pois o método adotado não envolveu avaliação clínica, aplicação de instrumentos diagnósticos, análise de prontuários ou levantamento documental de licenças médicas. Sua menção tem função contextual e complementar, permitindo situar determinadas manifestações de desgaste no debate mais amplo sobre adoecimento relacionado ao trabalho. Ainda assim, o eixo central da análise permanece ancorado na psicodinâmica do trabalho e na saúde do trabalhador, compreendendo o sofrimento psíquico, o desgaste e o adoecimento como processos produzidos na relação entre organização concreta da atividade, sobrecarga, restrição das margens de autonomia, reconhecimento insuficiente e condições institucionais adversas (DEJOURS, 1992; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Desse modo, sobrecarga, risco ocupacional e sofrimento psíquico não aparecem como dimensões apartadas, mas como efeitos articulados de uma organização do trabalho marcada por intensificação laboral, riscos múltiplos, restrição de recursos e suporte institucional insuficiente, que convertem a atividade em fonte persistente de desgaste (LAURELL; NORIEGA, 1989; DEJOURS, 1992; RUMIN, 2006; ASSIS et al., 2025).

Diante de uma organização do trabalho que produz sobrecarga, risco e sofrimento sob condições de suporte institucional insuficiente, o reconhecimento e a cooperação assumem papel decisivo na sustentação da atividade e na proteção da saúde mental no trabalho. Para Dejours (1992), o trabalho não se sustenta apenas pela execução técnica, mas também pelo julgamento de valor que recebe dos outros e da instituição. Quando a atividade realizada é invisibilizada, desvalorizada ou reduzida a mera obrigação funcional, o trabalho perde parte de

sua capacidade estruturante e se torna mais vulnerável ao desgaste. No sistema prisional, esse problema é agravado pela baixa valorização social do trabalho realizado no cárcere e pela insuficiência de dispositivos institucionais voltados ao cuidado daqueles que sustentam cotidianamente a operação das unidades (DEJOURS, 1992; ASSIS et al., 2025; RUMIN, 2006).

Nesse contexto, as redes informais de apoio entre colegas, a pactuação de prioridades e os rearranjos coletivos da atividade podem desempenhar papel importante de proteção. A cooperação permite compartilhar tensões, reorganizar demandas e reduzir o isolamento diante do excesso de demandas. Contudo, embora essas formas de suporte tenham relevância prática, elas não substituem políticas formais de cuidado ao trabalhador nem resolvem, por si sós, os fatores estruturais que produzem sofrimento (DEJOURS, 1992; MONTEIRO, 2018).

Assis et al. (2025) defendem a institucionalização de ações voltadas ao reconhecimento e à valorização do trabalho penitenciário, tanto internamente quanto perante a sociedade. Essa formulação permite deslocar o debate da lógica reativa, centrada apenas em respostas ao adoecimento já instalado, para uma perspectiva preventiva e organizacional. Nessa perspectiva, o cuidado ao trabalhador deixa de ser tratado como questão secundária e passa a ser reconhecido como dimensão constitutiva da própria organização do trabalho (ASSIS et al., 2025).

Rumin (2006) também converge com essa direção ao indicar que o acolhimento e a atenção em saúde mental voltados aos trabalhadores do sistema prisional precisam ser incorporados como parte legítima da gestão do trabalho, e não como recurso residual acionado apenas em momentos de crise. Assim, a análise da saúde mental da enfermagem prisional exige rejeitar respostas exclusivamente individualizantes, centradas apenas em resiliência pessoal, medidas estritamente individuais de autocuidado ou capacidade subjetiva de suportar a adversidade. Não se trata apenas de ampliar a capacidade individual de tolerar condições adversas, mas de reconhecer que a distribuição de responsabilidades, as margens de autonomia, o suporte institucional, os espaços de escuta, a cooperação e o reconhecimento profissional constituem determinantes centrais da saúde mental no trabalho (RUMIN, 2006; DEJOURS, 1992; ASSIS et al., 2025).

À luz do percurso teórico desenvolvido neste capítulo, o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho no sistema prisional não pode ser explicado por fragilidades individuais nem reduzido à dureza genérica do ambiente carcerário. Sua compreensão exige articular a organização do trabalho, a distância entre trabalho prescrito e trabalho real, as mediações exigidas pela atividade, os riscos ocupacionais, os limites de autonomia e as estratégias defensivas mobilizadas pelos trabalhadores diante de constrangimentos persistentes. Nessa

perspectiva, o trabalho é tomado como categoria central para compreender tanto o desgaste e o sofrimento como as formas de sustentação subjetiva e prática da atividade no cotidiano laboral (DEJOURS, 1992; LAURELL; NORIEGA, 1989; RUMIN, 2006).

No caso da enfermagem no sistema prisional, essa leitura precisa ser situada na especificidade do cárcere como instituição orientada pela custódia, pela vigilância e pela administração da ordem, em cujo interior o cuidado em saúde se realiza sob exigências técnicas, administrativas, relacionais e institucionais simultâneas. Assim, sobrecarga, riscos múltiplos, sofrimento psíquico, reconhecimento, cooperação e necessidade de respostas institucionais aparecem como dimensões articuladas de um mesmo processo, no qual a organização do trabalho redefine prioridades assistenciais, impõe mediações constantes e interfere diretamente nas condições de realização do cuidado. É com base nesse quadro teórico que, no capítulo seguinte, será explicitado o percurso metodológico do estudo e, posteriormente, analisado o relato de experiência como expressão situada dos mecanismos organizacionais e institucionais implicados na produção de sofrimento psíquico no exercício da enfermagem prisional (LOURENÇO, 2010; RUMIN, 2006; MONTEIRO, 2018; ASSIS et al., 2025).

3 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como relato de experiência de abordagem qualitativa, de natureza descritivo-reflexiva e analítica. A escolha desse delineamento decorre do próprio objeto investigado: a relação entre organização do trabalho e sofrimento psíquico na enfermagem no sistema prisional. Não se pretende, neste estudo, mensurar frequência de agravos, estabelecer relações causais generalizáveis ou produzir inferências estatísticas, mas compreender, de forma situada e teoricamente orientada, como determinadas condições e formas de organização do trabalho repercutem sobre a atividade de trabalho, sobre a produção cotidiana do cuidado e sobre a saúde mental no exercício da enfermagem no cárcere (MINAYO, 2014; MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

A opção pelo relato de experiência fundamenta-se no entendimento de que a prática profissional, quando submetida à elaboração crítica, ao rigor reflexivo e à articulação consistente com referencial teórico, pode constituir fonte legítima de elaboração analítica para produção de conhecimento científico. Nesse sentido, a experiência não é mobilizada como narrativa autobiográfica ou testemunho isolado, mas como experiência profissional situada, tomada como objeto de elaboração descritivo-reflexiva e de interpretação teoricamente orientada, para problematizar o trabalho real, seus constrangimentos institucionais, suas exigências concretas e seus efeitos sobre a saúde mental relacionada ao trabalho de enfermagem no sistema prisional (HOLLIDAY, 2006; MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

Do ponto de vista teórico-analítico, o estudo fundamenta-se prioritariamente na psicodinâmica do trabalho, especialmente nas contribuições de Christophe Dejours. Nessa perspectiva, o sofrimento relacionado ao trabalho não pode ser reduzido a características individuais, devendo ser compreendido a partir da organização concreta da atividade, das margens de autonomia disponíveis, das possibilidades de reconhecimento, das formas de cooperação e da distância entre trabalho prescrito e trabalho real. Em articulação com esse eixo, mobiliza-se também a perspectiva da saúde do trabalhador, particularmente a formulação de Laurell e Noriega, segundo a qual o processo saúde-doença é socialmente determinado e atravessado pelo modo como o trabalho se organiza, pelas cargas a que os sujeitos se expõem e pelas possibilidades de proteção e recuperação existentes no ambiente laboral (DEJOURS, 1992; LAURELL; NORIEGA, 1989).

A compreensão do trabalho no sistema prisional e de suas especificidades é complementada pelas contribuições de Monteiro (2018), Rumin (2006) e Lourenço (2010).

Monteiro (2018) oferece base importante para compreender o cárcere como espaço em que o trabalho concreto excede continuamente a prescrição formal, exigindo improvisos, mediações e saberes construídos na experiência cotidiana. Rumin (2006), por sua vez, contribui para explicitar a relação entre sofrimento relacionado ao trabalho, sobrecarga, insuficiência de pessoal, riscos ocupacionais e necessidade de dispositivos institucionais de atenção à saúde mental dos trabalhadores do sistema prisional. Em diálogo com essas formulações, a contribuição sociológica de Lourenço (2010) amplia a compreensão da prisão como organização social e institucional e dos efeitos desse arranjo sobre o trabalho, a percepção de risco e a hipervigilância. O estudo também mobiliza, como referência complementar, a contribuição de Assis et al. (2025), especialmente no que se refere ao reconhecimento, ao cuidado ao trabalhador e à necessidade de respostas institucionais voltadas aos servidores penitenciários.

Com base nesse referencial articulado, as categorias de análise são organizadas em três eixos centrais: (1) organização do trabalho e atividade real, abrangendo trabalho prescrito e trabalho real, sobrecarga, impedimentos e limites à autonomia profissional; (2) sofrimento relacionado ao trabalho, desgaste, possíveis desdobramentos em adoecimento relacionado ao trabalho e estratégias defensivas, reunindo sofrimento psíquico, desgaste mental e afetivo e mecanismos de defesa mobilizados no cotidiano laboral; e (3) mediações institucionais, reconhecimento e cooperação, englobando suporte institucional, reconhecimento, cooperação e mediações organizacionais do cuidado. Definidos a partir do problema de pesquisa e do referencial mobilizado, esses eixos orientam a leitura analítica da experiência ao longo do estudo, permitindo compreender o trabalho vivido não como sucessão episódica de experiências individuais, mas como expressão situada de mecanismos organizacionais, relacionais e institucionais implicados na produção de sofrimento psíquico no exercício da enfermagem prisional.

O material empírico foi constituído a partir da rememoração criticamente orientada de situações recorrentes observadas e vivenciadas no exercício profissional entre 2008 e 2025. Não se buscou reconstituir exaustivamente a trajetória em ordem cronológica, mas selecionar, entre as experiências acumuladas no período, situações representativas de padrões reiterados de organização do trabalho, mediação institucional do cuidado e produção de sofrimento psíquico.

Para reduzir o risco de seleção arbitrária, foram incluídas apenas situações que atendessem simultaneamente a quatro critérios: recorrência ao longo da trajetória profissional, relação direta com o problema de pesquisa, possibilidade de descrição contextualizada e

aderência às categorias teórico-analíticas adotadas. Foram excluídos episódios isolados ou insuficientemente densos do ponto de vista analítico, ainda que relevantes na experiência vivida, quando não permitiam apreender mecanismos organizacionais mais amplos do trabalho em saúde no cárcere.

A rememoração criticamente orientada, neste estudo, não foi empregada como exercício de memória autobiográfica livre, mas como procedimento de identificação de regularidades do trabalho real. O foco da análise recaiu sobre experiências recorrentes capazes de explicitar modos de organização do trabalho, sobreposição de exigências, mediações institucionais do cuidado e efeitos sobre a saúde mental relacionados à atividade. Desse modo, o valor analítico do material não decorre de sua excepcionalidade, mas de sua capacidade de tornar visíveis mecanismos reiterados que atravessam a experiência profissional examinada (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

A sistematização do relato foi realizada por organização temática do material selecionado, tomando como base núcleos empíricos representativos da experiência analisada. Entre esses núcleos, destacam-se: a sobreposição de funções e a distância entre atribuições formais e trabalho efetivamente realizado; a mediação do cuidado por rotinas de segurança, fluxos burocráticos e exigências institucionais; a intensificação do trabalho em contexto de insuficiência de pessoal; a exposição simultânea a riscos biológicos, organizacionais e psicossociais; os limites concretos para o acolhimento e para o cuidado em saúde mental; e as estratégias mobilizadas para sustentar a continuidade da atividade. Esses núcleos orientaram a organização do capítulo analítico, no qual as situações selecionadas são apresentadas e interpretadas à luz do referencial teórico adotado (HOLLIDAY, 2006).

A interpretação dessas situações buscou explicitar não apenas o conteúdo vivencial do relato, mas os mecanismos organizacionais que estruturam a experiência de trabalho e participam da produção de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho.

A análise, assim conduzida, inscreve-se em uma perspectiva qualitativa interpretativa, voltada ao aprofundamento compreensivo de uma experiência profissional situada e à explicitação de mecanismos organizacionais e institucionais relevantes para a compreensão da saúde mental do trabalhador de enfermagem nesse contexto (MINAYO, 2014).

Por fim, por se tratar de relato de experiência, este estudo não pretende generalizar seus resultados interpretativos para a totalidade das unidades prisionais nem para todos os profissionais do sistema. Seu alcance é analítico e compreensivo. No plano ético, o texto foi elaborado com preservação do sigilo institucional e com cuidado para não identificar pessoas,

unidades ou situações específicas que permitam reconhecimento direto ou indireto de terceiros. Como o estudo se constitui como análise reflexiva da própria experiência profissional, sem realização de entrevistas, aplicação de questionários, uso de prontuários identificáveis ou participação direta de outros sujeitos, a exigência ética central recai sobre a exposição responsável da experiência, a proteção das identidades envolvidas e o tratamento analítico, criterioso e não identificador das situações relatadas.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

4.1 Trabalho real e ampliação de responsabilidades

A minha trajetória profissional no sistema prisional, iniciada em 2008, quando ingressei por concurso público no cargo de técnica de enfermagem, passou a envolver, ao longo do tempo, responsabilidades que extrapolavam as atribuições formalmente previstas, incluindo julgamento clínico situacional, organização do cuidado, mediação de demandas institucionais e articulação de fluxos assistenciais necessários à continuidade da assistência. Essa ampliação de responsabilidades tornava-se especialmente evidente diante da ausência ou insuficiência de profissional enfermeiro disponível de forma contínua na unidade prisional, condição que, na prática, tornava inviável a separação rígida entre o lugar institucional do cargo e a minha formação como enfermeira, pois as demandas concretas do serviço exigiam julgamento e condução compatíveis com essa formação. Como já assinalado na discussão sobre a especificidade da enfermagem no sistema prisional, a distância entre as atribuições formalmente previstas para o técnico em enfermagem e para o enfermeiro e as exigências concretas do cotidiano institucional constitui um elemento estrutural para compreender a extrapolação prática das atribuições formalmente prescritas no trabalho real. No contexto analisado, essa distância não se reduzia a uma desconformidade normativa, mas expressava as condições efetivas sob as quais a continuidade do cuidado precisava ser sustentada, frequentemente à custa da mobilização de uma formação que o cargo formal não reconhecia.

Essa distância manifestava-se para além do simples aumento de tarefas, alcançando a necessidade frequente de eu assumir funções de coordenação prática do cuidado, diante de condições institucionais e operacionais que nem sempre permitiam a distribuição das demandas segundo os limites formais do cargo. Importa destacar que esse deslocamento funcional de responsabilidades não decorria apenas de iniciativa individual, mas era produzido pelo modo como o serviço estava organizado: determinadas decisões, encaminhamentos e reorganizações do cuidado passavam a ser atribuídos a mim pela própria dinâmica institucional e, em muitos momentos, pela própria gestão. Em situações reiteradas que observei ao longo da trajetória profissional, a ausência ou insuficiência de profissionais disponíveis para assumir determinadas demandas fazia com que decisões sobre priorização de atendimentos, reorganização de fluxos e acompanhamento de casos ficassem, na prática, sob minha condução, ainda que tais atribuições ultrapassassem, em parte, os limites formais do cargo inicialmente ocupado. Nessas

circunstâncias, meu trabalho deixava de se restringir à execução de procedimentos e passava a envolver também a sustentação da continuidade assistencial por meio de julgamentos práticos, articulações internas e definição de prioridades em contexto de equipe reduzida, fluxos institucionais limitados, dependência de autorização e segurança para deslocamentos, restrição de tempo e insuficiência de meios para responder às demandas assistenciais.

Na prática, essa expansão concreta das exigências assistenciais desenvolvia-se em um trabalho permanentemente mediado por rotinas de segurança, fluxos administrativos, restrições operacionais e necessidade de pactuação com diferentes setores da unidade. Nesse contexto, a organização do cuidado em saúde dependia da articulação entre a demanda clínica e as condições institucionais que viabilizavam, restringiam ou redefiniam sua realização. Como consequência desse arranjo, percebi a ampliação progressiva das responsabilidades que eu assumia no cotidiano, sem que isso fosse, necessariamente, acompanhado de redistribuição proporcional de meios, pessoal e suporte organizacional. Essa configuração, contudo, não pode ser atribuída a iniciativas individuais ou a inadequações pontuais do serviço, mas precisa ser interrogada à luz dos mecanismos pelos quais a organização do trabalho produz sobrecarga como efeito estrutural e sistemático, análise que a psicodinâmica do trabalho permite conduzir com maior precisão (DEJOURS, 1992; MONTEIRO, 2018).

À luz da psicodinâmica do trabalho, essa expansão de responsabilidades vivenciada nesse contexto ultrapassa a ideia de adaptação pontual ou de simples “colaboração” necessária ao serviço. Quando precisei, de modo persistente, extrapolar as fronteiras formais do cargo para assegurar que a assistência acontecesse, o trabalho real passou a operar à custa de ajustamentos práticos e rearranjos organizacionais que tendiam a se naturalizar institucionalmente. Com isso, a sobrecarga foi se estabilizando como componente do funcionamento cotidiano, agravada, sobretudo, em contextos marcados por restrições operacionais e insuficiência de pessoal, o que tornava a continuidade do serviço dependente da minha mobilização para sustentar a atividade além do escopo prescrito. Assim, mais do que relatar uma vivência isolada, essa experiência evidencia um padrão naturalizado de funcionamento do trabalho em saúde no cárcere, no qual a atividade real precisa continuamente recompor, na prática, condições que não estão integralmente asseguradas no plano formal (DEJOURS, 1992; RUMIN, 2006; MONTEIRO, 2018).

É importante destacar que essa responsabilização prática não eliminava a distinção legal entre as categorias profissionais da enfermagem, nem significava substituição formal do enfermeiro no plano normativo. O que se evidencia, neste relato, é que a organização concreta

do trabalho produzia sobreposições funcionais e deslocamentos de responsabilidade, fazendo com que minha formação em enfermagem fosse permanentemente mobilizada para responder a demandas que o cargo formal de técnica de enfermagem, isoladamente, não explicava. Essa contradição entre cargo ocupado, formação profissional, ausência de suporte institucional e responsabilidades efetivamente assumidas constitui um dos elementos centrais para compreender como a organização real do trabalho produziu sobrecarga, desgaste e sofrimento psíquico no cotidiano da prática de enfermagem no sistema prisional.

4.2 Mediação do cuidado por segurança, burocracia e fluxos institucionais

A contradição identificada na seção anterior, entre a formação mobilizada, o cargo formalmente ocupado, a ausência de suporte institucional e as responsabilidades efetivamente assumidas, adquiria contornos mais precisos quando observada na realização concreta do cuidado, condicionada a rotinas de segurança, registros administrativos, circulação controlada e fluxos institucionais internos e externos. A amplitude das atividades envolvidas, atendimentos agudos, acompanhamento de condições crônicas, vigilância em saúde, acolhimento, organização de prontuários, monitoramento de tratamentos, gestão de agendas e articulação de encaminhamentos, não expressava, por si mesma, a densidade do trabalho real, mas tornava visível o volume de mediações institucionais que precisavam ser gerenciadas para que cada ação assistencial pudesse ser efetivada. Também desenvolvi atividades que exigiam rigor técnico e vigilância permanente, como o controle e o acompanhamento de medicamentos de uso controlado, cuja administração e monitoramento requeriam conferência, registro e cuidado contínuo para reduzir riscos e garantir segurança terapêutica.

No cotidiano de trabalho, diante da necessidade de encaminhamento externo de uma pessoa privada de liberdade com agravo agudo, precisei articular simultaneamente a avaliação clínica imediata, a equipe de segurança, a disponibilidade de escolta, o registro administrativo e a reorganização da agenda interna. Nessas ocasiões, a complexidade do caso ultrapassava a dimensão estritamente clínica, pois envolvia a interposição de mediações institucionais necessárias para viabilizar uma conduta assistencialmente indicada. Desse modo, o descompasso já analisado no plano da organização do trabalho materializava-se na própria operacionalização do cuidado: a conduta tecnicamente indicada não se esgotava no protocolo assistencial, pois sua efetivação dependia da articulação prática com rotinas de segurança e custódia, registros, autorizações, escolta e disponibilidade operacional da unidade. A tensão

produzida nessas situações resultava da sobreposição entre urgência clínica e condicionantes institucionais, especialmente quando o tempo terapêutico passava a depender de fluxos de segurança, burocracia e disponibilidade operacional da unidade (DEJOURS, 1992; MONTEIRO, 2018).

A situação descrita, portanto, ilustrava o modo recorrente pelo qual eu operacionalizava o cuidado em saúde no sistema prisional, revelando um processo de trabalho fortemente marcado por exigências administrativas, assistenciais e institucionais de segurança e custódia, no qual precisei sustentar simultaneamente demandas clínicas, registros, pactuações internas e interlocução com diferentes setores da unidade. No contexto prisional, essa dinâmica adquire maior complexidade operacional, pois a execução do cuidado em saúde depende da compatibilização entre o saber clínico e um conjunto de mediações institucionais que interferem diretamente em sua realização. Assim, o trabalho da enfermagem se desenvolve em uma interface permanente entre assistência e funcionamento institucional, o que altera substancialmente sua temporalidade, sua previsibilidade e sua autonomia (DEJOURS, 1992; MONTEIRO, 2018; RUMIN, 2006).

Entre essas dimensões do cuidado, o acolhimento, já mencionado como uma das atividades que compunham a amplitude do trabalho assistencial, assumia, nesse cenário, uma configuração ainda mais complexa, pois passava a depender das condições locais de circulação, de autorização e da resposta institucional disponíveis em cada situação. Quando essas mediações comprimiam o tempo clínico e impunham lógica de execução acelerada, a relação de cuidado tendia a ter reduzidas sua capacidade de escuta, de vínculo e de presença clínica qualificada, favorecendo tensão ética, desgaste relacionado ao trabalho e experiência de insuficiência diante do cuidado que seria tecnicamente desejável. O sofrimento, neste caso, não decorria apenas do volume de tarefas, mas também da percepção de que a qualidade do cuidado passava a ser limitada por mediações organizacionais de segurança e custódia que incidiam sobre o núcleo técnico da prática assistencial (DEJOURS, 1992; RUMIN, 2006).

4.3 Simultaneidade de demandas e intensificação do trabalho

Como desdobramento dessas mediações, a simultaneidade de demandas e a intensificação do trabalho passaram a compor, de maneira frequente, o cotidiano da enfermagem, sobretudo em contextos de insuficiência de pessoal e redistribuição informal de tarefas. Em diferentes momentos, observei que ações rotineiras do cuidado, como convocar uma pessoa privada de liberdade para avaliação, manter observação clínica, executar um procedimento ou providenciar um encaminhamento externo, passavam a ocorrer de forma concomitante e sob necessidade permanente de reorganização.

Quando esse conjunto de demandas se associava a equipes reduzidas, eu vivenciava a intensificação do trabalho, com ampliação da pressão para responder ao que era imediato e com a incorporação da sensação de insuficiência na condução da atividade. Em um mesmo turno, eu podia lidar concomitantemente com demanda por atendimento de queixa aguda, conferência e administração de medicação de uso contínuo, atualização de registros, resposta a solicitação institucional e acompanhamento de caso que exigia observação mais próxima, não como tarefas apenas acumuladas, mas como exigências simultâneas que disputavam o mesmo tempo de trabalho e impunham decisões sucessivas sobre o que poderia ser efetivamente realizado. Nessas situações, eu precisava definir prioridades não apenas a partir de critérios clínicos ideais, mas da combinação entre urgência, viabilidade operacional e possibilidade concreta de execução naquele momento.

O efeito mais marcante era a sensação persistente de incompletude, como se o trabalho fosse continuamente interrompido por novas exigências antes de poder ser finalizado com a qualidade considerada adequada. Essa dinâmica de impedimento reiterado da atividade aproxima-se do que Monteiro e Vieira (2025) discutem, no contexto prisional, como formas de trabalho impedido, uma vez que o exercício da atividade passa a ser reiteradamente dificultado por barreiras institucionais, insuficiência de meios e constrangimentos organizacionais que limitam sua realização nos termos considerados tecnicamente adequados e profissionalmente reconhecíveis. Sob esse regime de restrições, a intensificação do trabalho fragmentava continuamente a atenção e exigia a reorganização constante das prioridades sob pressão, dificultando que o próprio trabalhador reconhecesse seu trabalho como um conjunto integrado de ações de cuidado (MONTEIRO; VIEIRA, 2025).

Na prática, essa dinâmica me levava a concentrar o trabalho nas demandas mais urgentes, com redução do tempo disponível para escuta qualificada, acompanhamento

longitudinal e ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. O trabalho passava a ser organizado em torno do que não podia esperar, enquanto outras dimensões do cuidado iam sendo adiadas, reduzidas ou realizadas de forma parcial. Esse modo de funcionamento produzia um cotidiano em que eu era chamada a responder ao imediato sem dispor, muitas vezes, de condições adequadas para recompor o processo de trabalho e restabelecer continuidade assistencial (DEJOURS, 1992; RUMIN, 2006).

Esse regime de simultaneidade era ainda potencializado pelo funcionamento ininterrupto da unidade, elemento estruturante da dinâmica de trabalho no sistema prisional. O cárcere não se interrompe, e essa continuidade produz efeitos diretos sobre a organização do cuidado e sobre a vida dos trabalhadores. Ainda que existissem escalas formalmente regulamentadas, o ritmo real do trabalho era frequentemente reconfigurado por intercorrências, imprevisibilidade, demandas emergenciais e alterações operacionais que exigiam adaptação permanente. Com isso, o trabalho se desenvolveu sob condições institucionais que inviabilizavam a estabilização de rotinas assistenciais, comprometendo o planejamento e estreitando as margens de recuperação entre os turnos, efeitos que são característicos de instituições de funcionamento ininterrupto (LOURENÇO, 2010; RUMIN, 2006).

Esse quadro reforça a percepção de que a atividade se organiza em torno de uma tensão permanente entre o previsto e aquilo que irrompe no cotidiano, exigindo resposta imediata. Na experiência analisada, o sofrimento se articulava ao trabalho pela combinação entre intensificação das tarefas e exigência contínua de disponibilidade mental e operacional. Tal dinâmica impunha-me um estado de constante prontidão, exigindo a reorganização sucessiva de prioridades diante de demandas sobrepostas e de condições institucionais adversas à sustentação do cuidado (DEJOURS, 1992; LOURENÇO, 2010; RUMIN, 2006).

4.4 Exposição a riscos biológicos, organizacionais e psicossociais

No contexto de trabalho que vivenciei, marcado por prontidão contínua, restrições operacionais e sobreposição de demandas, a exposição a riscos biológicos articulava-se a condições organizacionais e a fatores psicossociais relacionados ao trabalho, ampliando a complexidade operacional do cuidado em saúde. Em ambiente marcado por confinamento coletivo, circulação intensa de pessoas e limitações estruturais, o manejo de agravos infectocontagiosos exige vigilância técnica contínua e atenção permanente às condições concretas em que o cuidado é realizado (LAURELL; NORIEGA, 1989; RUMIN, 2006).

Em situações de suspeita ou acompanhamento de agravos infectocontagiosos, como tuberculose ou escabiose, precisei manter vigilância ampliada sobre sinais clínicos, orientação contínua, monitoramento terapêutico e atenção redobrada às condições ambientais da unidade. O problema, contudo, não se limitava à condução técnica do caso: a superlotação, a circulação intensa de pessoas, a limitação de ventilação adequada e a dificuldade de implementar integralmente medidas de controle faziam com que eu percebesse o risco ultrapassar o plano assistencial e comprometer, também, a minha autoproteção como trabalhadora. Nessas circunstâncias, eu sustentava o cuidado sob estado de alerta persistente, pois assistir o outro significava, para mim, administrar simultaneamente a possibilidade concreta de exposição ocupacional. Essa experiência evidencia que, no cárcere, o risco biológico não se apresenta como ocorrência periférica, mas como componente integrado às condições reais em que o trabalho em saúde se realiza (LAURELL; NORIEGA, 1989; RUMIN, 2006).

Nessa experiência, percebi que os riscos organizacionais se expressavam na forma como o trabalho era concretamente estruturado: insuficiência de pessoal, sobreposição de demandas clínicas e administrativas, necessidade de autorização para deslocamentos, dependência de agentes de segurança para viabilizar atendimentos, limitação de tempo para escuta e acompanhamento, dificuldade de acesso a determinados espaços, fluxos institucionais pouco flexíveis e restrição das margens de autonomia profissional. Esses elementos limitavam diretamente minha possibilidade de controlar o ambiente, organizar prioridades e realizar o cuidado em tempo oportuno. Assim, essa modalidade de risco abrangia tanto a falta de recursos materiais quanto o modo como a própria organização do trabalho distribuía responsabilidades, impunha ritmos, condicionava decisões e transferia a mim parte do encargo de sustentar a assistência em condições adversas (DEJOURS, 1992; LAURELL; NORIEGA, 1989; RUMIN, 2006).

Articulados a esses limites, observei que os riscos psicossociais apareciam na convivência cotidiana com imprevisibilidade, estado de alerta persistente, receio de exposição ocupacional, tensão entre a lógica assistencial e a lógica custodial, contato frequente com sofrimento psíquico, conflitos interpessoais, demandas urgentes e sensação de insuficiência diante do que não podia ser realizado como necessário. Nessa configuração, eu precisava administrar, juntamente com os procedimentos técnicos e os riscos biológicos, pressões emocionais, éticas e relacionais produzidas pela própria organização institucional do cuidado no cárcere. A dimensão psicossocial do risco, portanto, afastava uma explicação centrada na fragilidade individual e remetia à exposição prolongada a condições de trabalho marcadas por

vigilância permanente, baixa previsibilidade, restrição de autonomia, reconhecimento insuficiente e necessidade contínua de responder a demandas simultâneas em ambiente de elevada pressão institucional (DEJOURS, 1992; RUMIN, 2006; LOURENÇO, 2010).

Em consonância com essa leitura, as diretrizes recentes voltadas à saúde do servidor penitenciário reconhecem esse caráter ampliado dos riscos relacionados ao trabalho ao incluir estresse, sobrecarga, exposição à violência, doenças infectocontagiosas, absenteísmo e adoecimento laboral entre as dimensões a serem monitoradas institucionalmente (ASSIS et al., 2025). Esse reconhecimento reforça que o desgaste no cárcere ultrapassa a percepção individual do trabalhador e se vincula a condições efetivas de funcionamento do trabalho e a formas recorrentes de exposição presentes nesse contexto (ASSIS et al., 2025; LAURELL; NORIEGA, 1989).

4.5 Dimensão ética e afetiva do cuidado em saúde no cárcere

Associada às condições de trabalho discutidas anteriormente, a minha prática de enfermagem no cárcere também era atravessada por uma dimensão ética e afetiva que não podia ser secundarizada. Em muitos atendimentos, encontrei pessoas com histórico de vulnerabilidade social, rompimento de vínculos familiares e comunitários, uso problemático de substâncias, sofrimento psíquico persistente e demandas clínicas complexas, que exigiam escuta, prudência clínica, discernimento situacional e articulação multiprofissional. Em diversas situações, o cuidado direto me colocava diante de crises de ansiedade, agitação psicomotora, desesperança, risco de autoagressão e outras manifestações que não podiam ser manejadas apenas por protocolos formais ou por respostas padronizadas (RUMIN, 2006; DEJOURS, 1992).

Nesses momentos, precisei sustentar presença profissional, vínculo cauteloso, contenção verbal, escuta qualificada e avaliação prudente do risco em tempo real, mesmo quando o contexto institucional oferecia pouco tempo, número reduzido de profissionais e suporte insuficiente. Foi nesse plano da experiência que se tornou mais evidente para mim que o cuidado em saúde mental, embora frequentemente associado apenas às pessoas privadas de liberdade, também atravessava a experiência de trabalho de quem cuida. Cuidar do sofrimento do outro, em ambiente marcado por restrições, vigilância e tensão permanente, repercutia sobre o modo como eu vivia, organizava e sustentava o trabalho no cotidiano (RUMIN, 2006; DEJOURS, 1992).

Esse mesmo cenário clínico, contudo, expunha um limite que extrapolava a dimensão técnica da intervenção. Ainda que a leitura clínica do contexto, o manejo da palavra, a contenção verbal e a avaliação contínua do risco fossem sustentados dentro dos limites institucionais, a possibilidade de acompanhar o caso pelo tempo clinicamente desejável era constantemente restringida pela sobreposição de outras demandas, pelo número reduzido de profissionais disponíveis, pela pressão para retomar o fluxo ordinário da unidade e pelas exigências de segurança e custódia. Nessas circunstâncias, o aspecto mais difícil de administrar associava o desgaste imediato ao mal-estar produzido pela percepção de que o cuidado ofertado, embora tecnicamente empenhado, permanecia aquém do que a situação requereria em condições menos restritivas.

Essa percepção é reforçada por Monteiro e Vieira (2025), ao discutirem que, no contexto prisional, práticas de cuidado, respeito, atenção e acompanhamento afetivo e efetivo podem ser reiteradamente limitadas por barreiras institucionais que dificultam a atividade e restringem sua realização nos termos profissionalmente desejáveis (MONTEIRO; VIEIRA, 2025). Assim, a dimensão ética do cuidado deixava de permanecer no plano de um princípio abstrato da profissão e se expressava como impasse concreto entre aquilo que eu reconhecia como necessário à assistência e aquilo que a organização real do trabalho permitia realizar.

Quando o processo de trabalho estava pressionado por sobrecarga, restrições institucionais e insuficiência de suporte, percebi o risco de o cuidado ser progressivamente reduzido a uma sequência de procedimentos, registros e encaminhamentos, com menor possibilidade de diálogo, escuta e presença clínica qualificada. Essa redução expressava os limites impostos pela própria organização do trabalho, sem traduzir ausência de compromisso profissional. Mais do que cansaço, essa compressão das possibilidades do cuidado produzia sofrimento relacionado ao trabalho, pois colocava em conflito a responsabilidade ética da enfermagem, as necessidades concretas das pessoas atendidas e as condições efetivas disponíveis para responder a essas necessidades.

O que estava em jogo, portanto, era também a dimensão moral do trabalho. O sofrimento emergia quando eu percebia que o cuidado possível se afastava do cuidado que reconhecia como eticamente desejável e clinicamente necessário no contexto concreto da assistência. Essa distância entre o trabalho que eu considerava adequado e o trabalho que era possível realizar sob restrições institucionais produzia um tipo específico de mal-estar, situado no confronto entre responsabilidade profissional, limitação dos meios disponíveis e exigência cotidiana de manter a funcionalidade do serviço. Nessa perspectiva, a dimensão ética e afetiva do cuidado

no cárcere configura-se como parte constitutiva da experiência de trabalho e da produção de sofrimento psíquico entre trabalhadores da enfermagem, e não como elemento secundário da prática (DEJOURS, 1992; RUMIN, 2006).

4.6 Manifestações de desgaste, sofrimento psíquico, adoecimento e estratégias defensivas

Como desdobramento das tensões éticas e afetivas que atravessam o cuidado no cárcere, fui compreendendo, ao longo da minha trajetória, que esse sofrimento não decorre apenas da complexidade do ambiente ou da intensidade das demandas, mas, sobretudo, da forma como o trabalho é organizado, das margens reduzidas de autonomia, da exigência de responder a demandas por vezes incompatíveis e da insuficiência de reconhecimento e suporte no trabalho. Em determinados períodos, percebi que esse processo não se expressava apenas como fadiga física, mas também por meio de irritabilidade, dificuldade de recuperação emocional, hipervigilância, redução da tolerância diante de conflitos e, em alguns momentos, distanciamento afetivo como estratégia de preservação da funcionalidade no trabalho (DEJOURS, 1992; RUMIN, 2006).

No cotidiano, esse desgaste se materializava em escolhas frequentes que eu precisava fazer entre demandas igualmente legítimas, mas nem sempre compatíveis entre si: cumprir fluxos burocráticos ou responder com rapidez a uma necessidade clínica; garantir registro adequado ou manter a assistência em tempo oportuno; executar um procedimento com segurança ou lidar com limites de tempo, pessoal e estrutura; sustentar ações programáticas ou absorver intercorrências agudas que reconfiguravam toda a rotina. Essas escolhas, repetidas ao longo dos anos, tendiam a produzir desgaste cumulativo, porque eu sustentava o trabalho por meio de esforço permanente de compensação de insuficiências das condições concretas de funcionamento, expressando a distância entre aquilo que estava formalmente previsto e aquilo que efetivamente precisava ser realizado no cotidiano laboral (DEJOURS, 1992; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Em alguns momentos, percebi que as manifestações de desgaste não se restringiam ao mal-estar subjetivo ou ao cansaço ordinário decorrente da rotina de trabalho. Quando a sobrecarga, a hipervigilância, a pressão por resposta imediata, a restrição das margens de autonomia e a insuficiência de suporte se prolongavam, o sofrimento podia repercutir sobre o sono, a estabilidade emocional, a capacidade de recuperação e a permanência na atividade.

Nesse sentido, alterações do sono, exaustão persistente, irritabilidade constante, busca por cuidado em saúde, uso contínuo de medicação ou medicamentos controlados e afastamentos do trabalho, quando presentes, devem ser compreendidos como possíveis manifestações de desgaste e adoecimento relacionado ao trabalho, e não como fragilidades individuais ou dificuldades privadas do trabalhador. Essa leitura dialoga tanto com a psicodinâmica do trabalho e a saúde do trabalhador quanto com dados recentes sobre servidores do sistema penitenciário brasileiro e trabalhadores do sistema prisional mineiro (DEJOURS, 1992; LAURELL; NORIEGA, 1989; BRASIL, 2023; NECTRAMA et al., 2025).

Ao longo desse período, também compreendi que o sofrimento relacionado ao trabalho não se restringia à minha experiência individual. Em diferentes momentos da trajetória no sistema prisional, acompanhei colegas que precisaram se afastar para tratamento em saúde mental, bem como situações em que trabalhadores passaram a fazer uso contínuo de medicações para manejo de ansiedade, insônia, irritabilidade, exaustão emocional ou outras manifestações associadas ao desgaste psíquico. Esses episódios tornavam visível que a pressão de trabalhar no cárcere, marcada por estado permanente de alerta, imprevisibilidade, risco, cobrança institucional, sobrecarga e insuficiência de suporte, produzia efeitos concretos sobre a saúde mental de diferentes trabalhadores.

Também tomei conhecimento, ao longo da vivência profissional nesse contexto, de situações graves de sofrimento, incluindo relatos de casos de suicídio entre trabalhadores vinculados ao sistema prisional. Esses acontecimentos, embora não possam ser reduzidos a uma única causa nem atribuídos de forma simplificada exclusivamente ao trabalho, reforçam a necessidade de analisar o sofrimento psíquico nesse campo ocupacional como fenômeno complexo, situado na interface entre condições concretas de trabalho, riscos psicossociais, exposição prolongada à tensão, sobrecarga, violência, hipervigilância e fragilidade políticas permanentes de atenção à saúde mental do servidor.

Essas vivências reforçaram, para mim, a necessidade de compreender o sofrimento psíquico no trabalho prisional a partir da forma como o trabalho é organizado na prática do dia a dia e das condições institucionais que a sustentam. Nessa perspectiva, ele precisa ser analisado como expressão de um processo de trabalho que expõe os profissionais a exigências emocionais, éticas, relacionais e organizacionais intensas. Assim, quando afastamentos por saúde mental, uso contínuo de medicação para suportar ansiedade ou insônia e situações graves de adoecimento aparecem no cotidiano ou na memória coletiva do trabalho, evidencia-se uma dimensão institucional do sofrimento, que precisa ser enfrentada por meio de políticas de

prevenção, escuta qualificada, acompanhamento psicossocial, fortalecimento das redes de apoio e reorganização das condições de trabalho.

Dessa forma, a experiência vivenciada desde 2008 permite afirmar que a sobrecarga não se expressou apenas na ampliação das minhas responsabilidades individuais, mas também na percepção de um coletivo de trabalhadores exposto a sofrimento psíquico persistente. A convivência com colegas adoecidos, afastados ou em uso contínuo de medicações para lidar com sintomas como ansiedade e insônia reforçava a percepção de que o trabalho no sistema prisional pode produzir impactos importantes na saúde mental. Essa constatação dialoga com a psicodinâmica do trabalho e com a saúde do trabalhador ao evidenciar que o sofrimento emerge da relação entre sujeito, organização do trabalho, reconhecimento, autonomia, suporte institucional e possibilidade concreta de realizar o cuidado em condições compatíveis com a dignidade profissional (DEJOURS, 1992; LAURELL; NORIEGA, 1989; RUMIN, 2006; ASSIS et al., 2025).

Como desdobramento desse quadro, considerando tanto minha experiência quanto a observação do coletivo de trabalho, percebi progressivamente o risco de naturalização de um modo de funcionamento em que “dar conta” se convertia em referência dominante da atividade, enquanto sinais de esgotamento passavam a ser absorvidos como parte esperada do trabalho. No contexto prisional, essa naturalização também pode ser compreendida à luz da recorrência de barreiras institucionais, insuficiência de profissionais e obstáculos persistentes à realização do trabalho, que tendem a converter contradições e limitações da atividade em componentes ordinários do cotidiano laboral (MONTEIRO; VIEIRA, 2025). Desse modo, irritabilidade, alteração do sono, alerta contínuo, exaustão emocional e distanciamento afetivo podem ser compreendidos como manifestações de desgaste inscritas na experiência concreta do trabalho e nas condições em que a atividade é sustentada cotidianamente (DEJOURS, 1992; LAURELL; NORIEGA, 1989). O distanciamento afetivo, nesse caso, configurava-se menos como perda de sensibilidade e mais como estratégia defensiva que eu mobilizada para tornar o trabalho suportável diante de exigências persistentes (DEJOURS, 1992; RUMIN, 2006). Em situações de adoecimento no trabalho, a necessidade de recompor o funcionamento cotidiano diante de limitações de pessoal tendia a intensificar a sobrecarga e a retroalimentar o desgaste do coletivo de trabalho (RUMIN, 2006; ASSIS et al., 2025).

Essa naturalização permite evidenciar o caráter contraditório das estratégias defensivas. Embora sejam necessárias para atenuar o sofrimento e permitir que o trabalhador continue sustentando a atividade em condições adversas, tais estratégias também podem favorecer a

adaptação a riscos, sobrecargas e impedimentos persistentes. Assim, aquilo que inicialmente opera como proteção subjetiva pode, em determinadas circunstâncias, contribuir para a manutenção do próprio modo de organização que produz o sofrimento, ao tornar suportável o que deveria ser problematizado coletivamente. Em entrevista concedida a Lhuilier, Dejours adverte que as defesas, embora necessárias, podem se colocar a serviço do existente e funcionar como obstáculo à reapropriação, à emancipação e à mudança (LHUILIER, 2009). No contexto que analisei, essa contradição aparecia quando a valorização do “dar conta”, o silenciamento do mal-estar e o distanciamento afetivo preservavam a funcionalidade imediata do trabalho, mas reduziam a possibilidade de transformar as condições que produziam desgaste e adoecimento.

Considerando essa chave de análise, quando o burnout é mencionado neste estudo, ele é compreendido conforme a CID-11, da Organização Mundial da Saúde (OMS), como fenômeno ocupacional relacionado ao estresse crônico no trabalho não adequadamente manejado, e não como diagnóstico atribuído à experiência analisada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). O foco permanece na compreensão das manifestações de desgaste, sofrimento psíquico e adoecimento relacionado ao trabalho como expressões da organização concreta da atividade e das condições institucionais em que o cuidado é produzido no sistema prisional (DEJOURS, 1992; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Em situações nas quais um mesmo turno concentrava intercorrências agudas, demandas burocráticas inadiáveis, acompanhamento de sofrimento psíquico e necessidade de manter a continuidade assistencial com equipe reduzida, eu percebia um tipo de exaustão que não se limitava ao cansaço físico. Ao final dessas jornadas, a redução da disponibilidade emocional, a necessidade de contenção afetiva e a dificuldade de retomar, no mesmo ritmo, uma escuta clínica mais implicada indicavam um modo de desgaste compatível com manifestações descritas na literatura sobre burnout, especialmente quando a exaustão emocional e o distanciamento afetivo apareciam como formas de seguir trabalhando sem interrupção da atividade (BRAUN, 2016; MASLACH; JACKSON, 1981; DEJOURS, 1992).

Nesse ponto, embora o estudo não tenha como finalidade classificar clinicamente sintomas nem atribuir diagnósticos individuais, torna-se necessário reconhecer que condições patogênicas de trabalho podem produzir impactos clínicos relevantes. Quando o sofrimento é sustentado por sobrecarga persistente, hipervigilância, restrição de autonomia, reconhecimento insuficiente, exigência emocional contínua e limites concretos à realização do cuidado, as manifestações de desgaste já descritas podem ultrapassar o plano do desgaste difuso e evoluir

para quadros mais graves de adoecimento mental relacionado ao trabalho. Dados recentes sobre trabalhadores do sistema penitenciário brasileiro apontam diagnósticos prévios referidos de transtorno de ansiedade, depressão, transtorno de pânico, síndrome de burnout e transtorno de estresse pós-traumático, além de uso contínuo de medicação para adoecimento mental (BRASIL, 2023). Assim, mais do que opor produção organizacional do sofrimento e impacto clínico, a análise busca compreender como determinadas formas de organização do trabalho podem favorecer manifestações clínicas e ocupacionais de adoecimento, sem reduzir o problema a características pessoais do trabalhador ou a uma classificação diagnóstica descontextualizada (DEJOURS, 1992; LAURELL; NORIEGA, 1989).

4.7 Suporte coletivo, limites institucionais e necessidade de cuidado ao trabalhador

Na minha experiência, tornou-se cada vez mais evidente a importância do suporte coletivo e dos espaços de conversa sobre o trabalho real. Quando havia possibilidade de troca entre colegas, pactuação de prioridades, construção conjunta de fluxos e reconhecimento mútuo das dificuldades, eu percebia que o trabalho se tornava menos solitário e mais sustentado coletivamente no cotidiano. Essas redes informais de apoio possuíam relevância concreta e frequentemente funcionavam como recurso imediato de proteção, mas não substituíam dispositivos institucionais de cuidado nem políticas estruturadas de prevenção do adoecimento (DEJOURS, 1992; GHIZONI et al., 2015).

Nessa perspectiva, o coletivo de trabalho não deve ser compreendido apenas como rede informal de ajuda ou como recurso espontâneo de convivência entre colegas. Ele constitui dimensão fundamental da saúde mental no trabalho, pois permite compartilhar a experiência vivida, nomear dificuldades que poderiam permanecer individualizadas, construir julgamentos comuns sobre o trabalho real e produzir reconhecimento entre pares. Quando o sofrimento encontra espaço de elaboração no coletivo, deixa de permanecer circunscrito à experiência silenciosa de cada trabalhador e passa a revelar sua vinculação com as condições concretas de organização do trabalho. Desse modo, a cooperação, a escuta entre trabalhadores, a pactuação de prioridades e a elaboração coletiva das dificuldades funcionam como estratégias de proteção psíquica e de sustentação da atividade, ainda que não substituam a responsabilidade institucional pela prevenção do adoecimento e pela reorganização das condições de trabalho (DEJOURS, 1992; GHIZONI et al., 2015; ASSIS et al., 2025).

No contexto por mim analisado, essa incorporação da saúde mental à organização do trabalho implicava reconhecer que o cuidado prestado às pessoas privadas de liberdade não podia ser dissociado das condições em que era produzido, nem dos efeitos subjetivos produzidos em quem o sustentava cotidianamente. Quando a continuidade da assistência dependia de compensações permanentes diante da insuficiência de pessoal, da rigidez dos fluxos, da limitação de recursos e da fragilidade do suporte institucional, eu realizava o cuidado sob tensão constante, com efeitos que ultrapassavam o cansaço físico e alcançavam o modo como eu vivia e sustentava o trabalho no cotidiano laboral (RUMIN, 2006; DEJOURS, 1992).

Diante disso, compreendi que o enfrentamento do sofrimento relacionado ao trabalho exigia mais do que respostas individualizantes centradas em resiliência pessoal, autocuidado privado ou adaptação subjetiva à adversidade. Exigia que a organização do trabalho incorporasse formas estáveis de reconhecimento, acompanhamento continuado, espaços formais de escuta e estratégias coletivas de apoio psicossocial (DEJOURS, 1992; GHIZONI et al., 2015). Diretrizes recentes voltadas à atuação dos Núcleos de Atenção à Saúde do Servidor Penitenciário convergem com essa perspectiva ao deslocar o cuidado ao trabalhador para o plano institucional, indicando a necessidade de identificação precoce de demandas de saúde mental, qualificação da escuta, apoio psicossocial em modalidades individuais e coletivas, articulação de ações de promoção da saúde mental, fortalecimento de vínculos entre servidores e valorização social do trabalho penitenciário (ASSIS et al., 2025).

Desse modo, o relato evidencia que sobrecarga, rearranjos informais, redução das margens de autonomia, exigência de disponibilidade contínua e fragilidade de suporte institucional constituem elementos centrais da produção de sofrimento psíquico no contexto analisado. Mais do que descrever vivências isoladas, a análise procura demonstrar que o cuidado em saúde no cárcere, quando sustentado sob constrangimentos persistentes, depende não apenas do esforço individual dos trabalhadores, mas de condições institucionais concretas de cooperação, reconhecimento e proteção da saúde mental relacionada ao trabalho (DEJOURS, 1992; RUMIN, 2006; ASSIS et al., 2025).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida neste estudo permitiu compreender que o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho da enfermagem no sistema prisional não decorre de fragilidades individuais nem pode ser explicado apenas pelo volume de tarefas ou pela complexidade genérica do ambiente carcerário. À luz do referencial da psicodinâmica do trabalho e da saúde do trabalhador, evidenciou-se que esse sofrimento se produz na articulação entre organização do trabalho, exigências institucionais de segurança e custódia, restrição de autonomia, intensificação de responsabilidades, exposição a riscos múltiplos e limitação do suporte institucional. Nesse sentido, o problema de pesquisa foi respondido ao se demonstrar que a produção do sofrimento psíquico, no exercício da enfermagem prisional, está diretamente associada às formas concretas pelas quais o cuidado é organizado, mediado e sustentado no interior de uma instituição orientada prioritariamente pela lógica da custódia e da segurança.

A análise desenvolvida permite afirmar que os objetivos propostos foram contemplados no percurso do estudo. Foi possível caracterizar elementos do processo de trabalho da enfermagem no sistema prisional associados à sobrecarga e à intensificação laboral, especialmente a sobreposição de funções, a mediação do cuidado por fluxos burocráticos e exigências de segurança e custódia, a insuficiência de pessoal e a necessidade de rearranjos permanentes para assegurar a continuidade da assistência. Também foi possível compreender de que modo a vigilância constante, a imprevisibilidade institucional, a escassez de recursos e a pressão por respostas imediatas modulam a experiência do trabalho, produzindo estado recorrente de alerta, desgaste cumulativo e redução das margens de recuperação física e emocional. Além disso, o estudo permitiu analisar a insuficiência das respostas institucionais diante do sofrimento psíquico, do desgaste e do adoecimento relacionado ao trabalho, identificar estratégias de enfrentamento mobilizadas no cotidiano e evidenciar a relevância do reconhecimento, da cooperação e das mediações coletivas na sustentação da atividade.

Do ponto de vista analítico, um dos achados centrais deste trabalho reside na compreensão de que o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, no contexto estudado, não decorre da mera existência de distância entre trabalho prescrito e trabalho real, constitutiva de toda atividade laboral, mas dos impedimentos, descompassos e constrangimentos institucionais que marcam a forma específica pela qual essa distância é vivida e administrada no sistema prisional. No caso da enfermagem, o cuidado se realiza por meio de mediações, improvisos, compensações e ajustes práticos exigidos pelas condições concretas do trabalho. Quando esses

descompassos passam a ser sustentados em ambiente de reconhecimento insuficiente, cooperação fragilizada, suporte precário e restrição das margens de autonomia, o custo psíquico da atividade tende a ser absorvido pelo próprio trabalhador, convertendo-se em desgaste cumulativo, sofrimento ético e empobrecimento do cuidado possível.

Os achados indicam, ainda, que o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho não se limita ao plano do mal-estar subjetivo ou do desgaste difuso. Quando produzido e sustentado em condições de sobrecarga, insuficiência de pessoal, impedimentos institucionais persistentes, restrição de autonomia e reconhecimento insuficiente, esse sofrimento pode assumir caráter cumulativo e desdobrar-se em processos de adoecimento relacionado ao trabalho. Nesse sentido, manifestações como alterações do sono, exaustão emocional, hipervigilância, irritabilidade, necessidade de cuidado em saúde, uso contínuo de medicação ou medicamentos controlados e afastamentos do trabalho, quando presentes, devem ser compreendidas como expressões de um processo de trabalho que demanda respostas institucionais, e não como problemas exclusivamente individuais. Essa compreensão é reforçada por pesquisas recentes com trabalhadores do sistema penitenciário brasileiro e do sistema prisional mineiro, que apontam diagnósticos referidos de adoecimento mental, uso contínuo de medicação e afastamentos por adoecimentos ou acidentes decorrentes do processo de trabalho (BRASIL, 2023; NECTRAMA et al., 2025).

Outro resultado relevante foi a identificação de estratégias individuais e coletivas de enfrentamento mobilizadas para tornar o trabalho suportável. Apoio entre colegas, redes informais de cooperação, pactuação prática de prioridades, rearranjos cotidianos, distanciamento afetivo e busca de suporte externo apareceram como recursos efetivamente acionados para sustentar a atividade em cenário adverso. Entretanto, tais estratégias, embora relevantes para a continuidade do trabalho, não eliminam as causas estruturais do sofrimento nem substituem respostas institucionais organizadas. Ao contrário, quando passam a funcionar como principal mecanismo de sustentação do serviço, podem contribuir para a naturalização do excesso, para a invisibilização do adoecimento e para a permanência de formas de organização do trabalho que transferem ao trabalhador o custo da insuficiência das condições concretas de funcionamento.

Os achados também evidenciam que o cuidado em saúde no cárcere não pode ser analisado dissociado das condições concretas de trabalho daqueles que o produzem. A qualidade da assistência prestada às pessoas privadas de liberdade depende, em larga medida, das condições organizacionais, técnicas e subjetivas em que o trabalho da enfermagem é

realizado. Quando a continuidade do cuidado passa a depender de compensações permanentes diante da insuficiência de pessoal, da rigidez dos fluxos, da limitação de recursos e da fragilidade de suporte institucional, o sofrimento do trabalhador deixa de ser questão periférica e passa a constituir dimensão central da própria sustentabilidade ética e técnica da assistência.

Cumpramos reconhecer, contudo, que se trata de relato de experiência situado, construído a partir de uma trajetória profissional específica desenvolvida no sistema prisional do estado de Minas Gerais, no recorte temporal entre 2008 e 2025, sem pretensão de generalização estatística para a totalidade das unidades prisionais ou dos trabalhadores do sistema. Seu alcance é analítico e compreensivo. Ainda assim, essa delimitação não reduz sua relevância, pois a experiência examinada permitiu explicitar mecanismos organizacionais e institucionais que contribuem para a compreensão do trabalho em saúde no cárcere e de seus efeitos sobre a saúde mental dos trabalhadores. Ao explicitar esses mecanismos a partir de uma experiência profissional acessível à elaboração metodológica, o estudo também contribui para a produção de conhecimento científico sobre saúde mental relacionada ao trabalho no sistema prisional, em perspectiva situada e teoricamente orientada.

Nessa direção, os achados deste estudo indicam que o enfrentamento do sofrimento psíquico e do adoecimento relacionado ao trabalho no sistema prisional não se sustenta em respostas individualizantes, mas demanda estratégias institucionais de organização do trabalho, reconhecimento profissional, escuta qualificada, fortalecimento da cooperação entre equipes e proteção efetiva à saúde mental dos trabalhadores. Isso implica reconhecer que o cuidado ao trabalhador não constitui dimensão acessória da gestão nem medida residual diante de situações de adoecimento já instaladas. Trata-se, ao contrário, de condição necessária para a sustentação ética, técnica e institucional do cuidado ofertado no sistema prisional.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Jaqueline Tavares et al. Diretrizes e orientações técnicas para atuação dos Núcleos de Atenção à Saúde do Servidor Penitenciário (NASSPs). Rio de Janeiro: Projeto Valoriza: Saúde em Foco; Fiocruz; SENAPPEN; Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2025.

BRAUN, Ana Claudia. Síndrome de burnout em agentes penitenciários: uma revisão sistemática sob a perspectiva de gênero. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 366-381, 2016.

BRASIL. Código Criminal do Império do Brasil. Lei de 16 de dezembro de 1830.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

BRASIL. 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) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Cenários da saúde física e mental dos servidores do sistema penitenciário brasileiro: relatório da etapa quantitativa. Brasília, DF: SENAPPEN, 2023.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Relatório do 2º semestre de 2024: Levantamento de Informações Penitenciárias. Brasília: SENAPPEN, 2025a. 17º ciclo SISDEPEN.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Relatório do 1º semestre de 2025: Levantamento de Informações Penitenciárias. Brasília: SENAPPEN, 2025b.

DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.

GHIZONI, Liliam Deisy et al. Clínica psicodinâmica do trabalho: a prática em diversos contextos de trabalho. Desafios: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, v. 1, n. 1, p. 74-94, 2015. DOI: 10.20873/uft.2359-3652.2014v1n1p74.

HOLLIDAY, Oscar Jara. Para sistematizar experiências. 2. ed. rev. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LOURENÇO, Luiz Claudio. Batendo a tranca: impactos do encarceramento em agentes penitenciários da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, p. 11-31, 2010.

LHUILIER, Dominique. Christophe Dejours: résistance et défense. Nouvelle revue de psychosociologie, Toulouse, n. 7, p. 225-234, 2009.

MAIA, Clarissa Nunes et al. História das prisões no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco, 2009. v. 1.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981. DOI: 10.1002/job.4030020205.

MINAS GERAIS. Lei Delegada nº 56, de 29 de janeiro de 2003. Dispõe sobre a Secretaria de Estado de Defesa Social e dá outras providências. 2003a.

MINAS GERAIS. Lei nº 14.695, de 30 de julho de 2003. Cria a Superintendência de Coordenação da Guarda Penitenciária, a Diretoria de Inteligência Penitenciária e a carreira de Agente de Segurança Penitenciário e dá outras providências. 2003b.

MINAS GERAIS. Lei nº 15.301, de 10 de agosto de 2004. Institui as carreiras do Grupo de Atividades de Defesa Social do Poder Executivo.

MINAS GERAIS. Lei nº 22.257, de 27 de julho de 2016. Estabelece a estrutura orgânica da administração pública do Poder Executivo do Estado e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Lei nº 23.304, de 30 de maio de 2019. Estabelece a estrutura orgânica do Poder Executivo do Estado e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Lei nº 24.313, de 28 de abril de 2023. Estabelece a estrutura orgânica do Poder Executivo do Estado e dá outras providências. 2023a.

MINAS GERAIS. Decreto nº 48.659, de 28 de julho de 2023. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública. 2023b.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, Rodrigo Padrini. O dom de ver atrás do morro: a atividade de agentes de segurança penitenciários em um manicômio judiciário de Minas Gerais. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

MONTEIRO, Rodrigo Padrini; VIEIRA, Carlos Eduardo Carrusca. Psicólogos nas prisões brasileiras: adoecimento psíquico e desafios do cuidado encarcerado. *Laboreal*, [online], v. 21, n. 2, 2025. DOI: 10.4000/15dzn.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Cláudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010.

NECTRAMA; CULTHIS; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; SINDASEP-MG. O processo saúde e doença na produção do cárcere: dados que confirmam o vivido por auxiliares, analistas, assistentes e médicas/os do Sistema Prisional de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2025.

OLIVEIRA, Victor Neiva. Administrando o cotidiano prisional: os agentes penitenciários e a construção da ordem nas prisões de Minas Gerais. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 41., 2017, Caxambu. Anais eletrônicos... Caxambu: ANPOCS, 2017.

OLIVEIRA, Victor Neiva; RIBEIRO, Ludmila Mendonça; BASTOS, Luiza Meira. Os agentes penitenciários em Minas Gerais: quem são e como percebem a sua atividade. *Sistema Penal & Violência*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 175-192, 2015.

PAIXÃO, Antônio Luiz. Recuperar ou punir? Como o Estado trata o criminoso. 2. ed. São Paulo: Autores Associados, 1991.

RUMIN, Cassiano Ricardo. Sofrimento na vigilância prisional: o trabalho e a atenção em saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 26, n. 4, p. 570-581, 2006.

SALLA, Fernando. As prisões em São Paulo: 1822-1940. São Paulo: Annablume, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Geneva: WHO, 2019.