



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Especialização *lato sensu* em Saúde Pública – Saúde no Sistema Prisional

Aluna: Ana Lúcia Luciano de Oliveira

CÁRCERE E CUIDADO

Inserção do Indivíduo Privado de Liberdade no trabalho com idosos e pacientes
acamados da Atenção Básica em Saúde Prisional

Ana Lúcia Luciano de Oliveira

CÁRCERE E CUIDADO

Inserção do Indivíduo Privado de Liberdade no trabalho com idosos e pacientes
acamados da Atenção Básica em Saúde Prisional

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Saúde Pública
do Estado de Minas Gerais como
requisito parcial para obtenção do título
de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Ma. Juliana Fonseca
de Oliveira Mesquita

O48c

Oliveira, Ana Lúcia Luciano de.

Cárcere e cuidado: inserção do indivíduo privado de liberdade no trabalho com idosos e pacientes acamados da Atenção Básica em Saúde Prisional. /Ana Lúcia Luciano de Oliveira . - Belo Horizonte: ESP-MG, 2026.

53 f.

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

Orientador(a): Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Pública. 2. Cuidado em Saúde. 3. Sistema Prisional. 4. Atenção Primária em Saúde. 5. Execução Penal. I. Mesquita, Juliana Fonseca de Oliveira. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 300

Ana Lúcia Luciano de Oliveira

CÁRCERE E CUIDADO

Inserção do Indivíduo Privado de Liberdade no trabalho com idosos e pacientes
acamados da Atenção Básica em Saúde Prisional

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Saúde Pública
do Estado de Minas Gerais como
requisito parcial para obtenção do título
de Especialista em Saúde Pública.

Ma. Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita – ESP-MG (Orientadora)

Especialista Kênia Viviane Souza – SEJUSP (Banca Examinadora)

Ms. Dejesus de Souza Silva – CRISP/UF MG (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 21 de maio de 2026

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me proporcionar a vida plena para enfrentar os desafios e experienciar novas oportunidades, como esta. Agradeço também, às minhas filhas e amigos, por tornarem meus dias mais leves, diante dos compromissos e desafios que a vida oferece. Agradeço, por fim, à Coordenadora do Curso, docentes, auxiliares e em especial a orientadora deste Trabalho, por tornarem possível a realização do meu sonho de ser especialista em Saúde Pública e que muito me orgulha.

RESUMO

O presente trabalho propõe um projeto de intervenção voltado à implantação do trabalho de cuidador, exercido pelos Indivíduos Privados de Liberdade (IPL) em uma Unidade Prisional (UP) da região metropolitana de Belo Horizonte. A proposta surge da observação da precariedade estrutural e da superlotação do sistema prisional, fatores que invisibilizam o cuidado em saúde e dificultam o restabelecimento de pacientes convalescentes após internações hospitalares. O objetivo geral é desenvolver e implementar uma estratégia de cuidado integral no âmbito da Atenção Primária, inserindo internos capacitados no suporte a pacientes idosos debilitados e pacientes acamados, alocados na enfermaria do Núcleo de Saúde e Atendimento Psicossocial (NSAP). A proposta fundamenta-se em um referencial teórico sobre o cuidado como prática social e ética, além da análise do arcabouço legal, como a Lei de Execução Penal (LEP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP). O projeto estruturado prevê fases de planejamento, parcerias institucionais, seleção via Comissão Técnica de Classificação e treinamento prático supervisionado. Espera-se que a intervenção resulte na melhoria da assistência cotidiana, redução de agravos à saúde e reinternações, além de promover a humanização das relações no cárcere e oferecer aos participantes a oportunidade de remição de pena e qualificação profissional para a futura reinserção social.

Palavras-chave: Cuidado em saúde. Indivíduos privados de liberdade capacitados. Redução de agravos em saúde. Remissão de pena. Qualificação profissional.

ABSTRACT

The present study proposes an intervention project aimed at implementing caregiver work performed by Individuals Deprived of Liberty (IDL) in a Prison Unit (PU) in the metropolitan area of Belo Horizonte. The proposal arises from the observation of structural precariousness and overcrowding in the prison system, factors that make healthcare invisible and hinder the recovery of convalescent patients following hospitalizations. The general objective is to develop and implement a comprehensive care strategy within Primary Care, involving trained inmates to support debilitated elderly patients and bedridden patients allocated to the infirmary of the Health and Psychosocial Care Center (NSAP). The proposal is grounded in a theoretical framework of care as a social and ethical practice, as well as an analysis of the legal framework, such as the Penal Execution Law (LEP) and the National Policy for Integral Health Care of Persons Deprived of Liberty (PNAISP). The structured project includes phases for planning, institutional partnerships, selection via the Technical Classification Commission, and supervised practical training. The intervention is expected to result in the improvement of daily assistance, reduction of health complications and readmissions, in addition to promoting the humanization of relations within the prison and offering participants the opportunity for sentence reduction and professional qualification for future social reintegration.

Keywords:Health Care. Trained Individuals Deprived Of Liberty. Reduction. Of Health Complications. Sentence Reduction. Vocational Training.

LISTA DE FIGURAS

Figura1 (Ciclo da falta de cuidado em saúde)	26
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela1 (Cronograma)	35
----------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEDS	Auxiliar Executivo de Defesa Social
ANEDS	Analista Executivo de Defesa Social
APAE	Associação e Pais dos Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
ASEDS	Assistente Executivo de Defesa Social
ASP's	Agentes de Segurança Penitenciários
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CTC	Comissão Técnica de Classificação
DEPEN/MG	Departamento de Estado Penitenciário de Minas Gerais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IPL	Indivíduo Privado de Liberdade
IST's	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LEP	Lei de Execuções Penais
NAF	Núcleo de atendimento às Famílias
NSAP	Núcleo de Saúde e Atendimento Psicossocial
PNAISP	Programa Nacional de Atenção à Saúde Integral no Sistema Prisional
POP	Procedimento Operacional Padrão
REnP	Regulamento e Normas de Procedimentos do Sistema Prisional
RISP	Região Integrada de Segurança Pública
SEDS	Secretaria de Estado e Defesa Social
SEJUSP	Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde SUS Sistema Único de Saúde
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
UP	Unidade Prisional
UPA's	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO GERAL	15
2.1 Objetivos específicos.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 Atenção Primária à Saúde e o cuidado integral no SUS	16
3.2 Dimensão estrutural e a saúde integral no cárcere	17
3.3 O cuidado como trabalho, interação e prática social.....	20
4 JUSTIFICATIVA PARA A INTERVENÇÃO	22
4.1 As doenças e agravos em saúde no sistema prisional	22
4.2 A história do cuidado na Unidade Prisional do projeto de intervenção	23
4.2.1 O cenário do cuidado até 2016 nas redes de assistência (internação e observação)	23
4.2.2 O cenário do cuidado a partir de 2017: a relação entre o NSAP e o atendimento hospitalar.....	26
4.3 As ações educativas na Unidade Prisional.....	29
5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	30
5.1 Fase de planejamento, implantação do projeto e busca de parcerias	30
5.2 Fase da seleção dos participantes do projeto	31
5.3 Fase de identificação do trabalho no campo de atuação	32
5.4 Fase de acompanhamento e avaliação do projeto.....	32
6 CRONOGRAMA	35
7 RECURSOS NECESSÁRIOS	36
8 RESULTADOS ESPERADOS	37
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXO A - Roteiro do treinamento de integração	42
ANEXO B - Cartilha do cuidador	46

1 INTRODUÇÃO

Minha trajetória profissional teve início logo após a minha graduação em Serviço Social no ano de 2006, quando comecei a atuar na Educação Especial de crianças e adolescentes portadores de múltiplas deficiências, alunos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em Pará de Minas, Minas Gerais, onde atuei por três anos até ser aprovada no concurso público da Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS) em 2008. Fui empossada no cargo de Analista Executivo de Defesa Social (ANEDS) – Assistente Social em fevereiro de 2009, com carga horária de 40 horas semanais, para atuar no município de Pará de Minas.

Meu ingresso se deu cinco anos após a criação da Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS), quando esta passou a gerenciar o Sistema Prisional de Minas Gerais¹ e suas mazelas, perpetuadas por anos de precariedade e insalubridade. Neste cenário, iniciei os trabalhos, ressignificando o atendimento sócio familiar prisional, com base no Código de Ética da Profissão, da Lei de Execução Penal (LEP) e de leis que permeavam as boas práticas no atendimento da pessoa excluída socialmente. É importante ressaltar que neste início de gerenciamento civil pela SEDS, havia pouco conhecimento sobre as funções do assistente social no ambiente prisional, uma vez que, praticamente, não existiam leis e regulamentos que pautassem sobre o assunto.

A partir dessa autonomia profissional, foram realizadas diversas ações, entre elas percebi a necessidade de criar limites e regras para melhorar as condições de visitação das famílias aos presos. No início da gestão em 2003 não havia regras claras de comprovação de parentesco entre os presos e seus pretensos visitantes, podendo entrar para a visitação qualquer pessoa disposta a frequentar o ambiente prisional, sem distinção, desprovidos do verdadeiro propósito de estreitamento de vínculos familiares, ocasionando, muitas vezes, situações constrangedoras, como por exemplo, visitas de mulheres que negociavam seus corpos para conjunção carnal naquele ambiente, mesmo com crianças, idosos e parentes dos reclusos em pátios de aglomeração para a convivência.

Posteriormente, este trabalho também foi estendido para um município da região metropolitana de Belo Horizonte / MG, local para o qual fui removida à pedido

¹ Anteriormente a gestão era exercida por policiais militares e civis.

no ano de 2010, passando a compor a equipe da região metropolitana 2ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP). Lá me deparei com um quadro ainda mais preocupante, pois de um ergástulo² que comportava 550 presos, passei a atuar em um que comportava 1.800 homens, com mais que o dobro de familiares e problemas a solucionar.

Reorganizamos o ambiente carcerário a partir de critérios que passaram a ser adotados com maior rigor, como o cadastro e credenciamento de visitantes, proporcionando uma visita com mais dignidade, na qual os presos pudessem contar realmente com aqueles visitantes imbuídos do propósito de apoiar seus familiares encarcerados, mantendo os vínculos afetivos, sociais e comunitários durante a visita.

Percorríamos assim, um caminho sem volta e a evolução positiva ganhava forma nos Regulamentos e Normas que passaram a existir após a criação do Núcleo de Assistência às Famílias (NAF's), sendo sua primeira Diretora uma Assistente Social que abraçou a causa da inovação dos cadastros de visita conosco. Este Núcleo passou então a gerenciar as ações voltadas às resoluções de demandas das famílias dos indivíduos privados de liberdade, dentre elas, o cadastro, o credenciamento de visita e os agendamentos nas modalidades assistidas, virtuais e de visita íntima.

Participei de várias capacitações internas e externas para o aprimoramento das ações voltadas à saúde física e mental dos presos, destacando-se a pós-graduação: "Gestão em Saúde do Sistema Prisional", oferecida pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e viabilizada pela SEDS, que me capacitou para atuar na Coordenação do Núcleo de Saúde e Atendimento Psicossocial entre os anos de 2020 e 2023.

Na época em que atuei como coordenadora, o Sistema Prisional já contava com o NAF, criado em 2011 e com a Política Nacional de Atenção integral à Saúde dos Indivíduos Privados de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), promulgada em 2014, com o Regulamento e Normas de Procedimento do Sistema Prisional (ReNP), de 2016, e com o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP), instituído

² Ergástulo designa uma prisão, cárcere, masmorra ou local de detenção. De origem latina (*ergastulum*) e com raízes no grego, refere-se, historicamente, a calabouços romanos onde escravos ou condenados eram confinados para trabalhos forçados. É um termo formal ou literário para indicar lugar de cativeiro (Dicio - Dicionário Online de Português, 2025).

em 2018, dando a atual consistência ao que podemos chamar de arcabouço do gerenciamento do sistema prisional mineiro, nos quais buscamos recursos para a atuação com eficácia, embora a realidade do baixo efetivo de servidores prisionais seja um grande desafio para o fazer profissional em todas as áreas de atuação e não só da saúde.

Na época em que eu liderava as equipes de saúde e psicossocial prisional, foi possível conhecer ainda mais sobre as ações dos outros profissionais e entender melhor as dificuldades e desafios enfrentados pelas áreas que deviam atuar em consonância com as leis, normas e regras vigentes, bem como as determinações judiciais que pululam em meio às demandas espontâneas presentes no espaço de trabalho em saúde e que merecem atenção redobrada em casos de urgência e emergência.

Atuei, ainda, na interlocução com a Rede de Assistência à Saúde (RAS), viabilizando o gerenciamento eficaz da Atenção Básica por parte do município, aumentando, assim, meu conhecimento sobre o funcionamento da Rede e o fluxo das ações nos estabelecimentos de atenção integral ao Indivíduo Privado de Liberdade (IPL).

Movida pelo meu impulso de inovação e progresso para o bem-estar dos usuários dos serviços nos quais atuo e com um grande senso de observação, passei a enxergar o cuidado ao paciente encarcerado, no que diz respeito à transitoriedade das condições de saúde dos sujeitos que tinham suas doenças e limitações agravadas ou não pela forma como eram cuidados após períodos de tratamento intensivo em internações hospitalares. Ou seja, o processo de internação e reinternação, muitas vezes era condicionado à forma como o paciente reagia às intempéries do cotidiano na moradia carcerária. Se era jovem e forte, poderia restabelecer-se da convalescência de maneira mais rápida e efetiva, mesmo com a falta de higiene e cuidado na cela insalubre. No entanto, se era mais velho e debilitado por doenças crônicas e/ou uso excessivo de drogas e álcool, padecia pelas péssimas condições em que se via obrigado a restabelecer-se após a intervenção hospitalar.

Assim, tornei-me uma profissional atenta às oportunidades que surgissem para contribuir para a melhoria do quadro de saúde no sistema prisional, o que foi possível agora, com a elaboração deste Projeto que surge para apresentar uma atividade laborativa que ainda não existe no quadro de atividades do setor de

produção da Unidade Prisional (UP): a formação de cuidadores de detentos acamados e idosos, como incentivo à participação de privados de liberdade em curso de capacitação com vistas à formação de cuidadores dentro do próprio sistema carcerário. Mais um desafio, portanto, de implantar algo inovador, porém, quase óbvio, quando pensamos em cuidados aos indivíduos convalescentes que necessitam de tratamento diferenciado no ambiente até sua completa recuperação.

2 OBJETIVO GERAL

Desenvolver e implementar um projeto de intervenção no âmbito da Atenção Primária em Saúde Prisional, visando à inserção de indivíduos privados de liberdade - devidamente classificados e capacitados - no cuidado aos pacientes acamados e idosos institucionalizados na enfermaria do Núcleo de Saúde e Atendimento Psicossocial (NSAP) de um presídio da região metropolitana de Belo Horizonte.

2.1 Objetivos específicos

- Realizar reuniões com diversos atores estratégicos para estabelecer o apoio necessário à implantação do projeto de inserção de indivíduos privados de liberdade no cuidado aos pacientes da Enfermaria do NSAP;
- Introduzir o Curso de Cuidador de Idosos por meio de campanhas voltadas aos presos e seus familiares, visando adquirir número suficiente para a formação de cuidadores;
- Realizar, em conjunto com a Comissão Técnica de Classificação, a seleção de alunos aptos a participar do projeto e do curso de Cuidadores de Idosos;
- Favorecer a integração do aluno qualificado no curso na equipe de saúde da enfermaria do NSAP;
- Acompanhar e avaliar a execução de todas as etapas do projeto, permitindo revisões e adequações contínuas para o aprimoramento da proposta.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde e o cuidado integral no SUS

Sabe-se que a saúde é reconhecida no Brasil como um direito fundamental garantido pela Constituição Federal de 1988, que estabelece como dever do Estado assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado com base nos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, buscando garantir assistência a toda a população brasileira. Mas quando se trata da população privada de liberdade, a efetivação desse direito torna-se frequentemente fragilizada devido às condições estruturais das unidades prisionais, como superlotação, precariedade sanitária e limitações no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2014; OMS, 2014). Essas condições evidenciam grandes desafios para a garantia plena do direito à saúde no contexto prisional, e, assim, no cuidado das condições crônicas dos pacientes acamados.

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central ao organizar práticas que envolvem prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da saúde, enfrentando desafios adicionais relacionados às condições de vida, à superlotação e às restrições de acesso aos serviços especializados, fatores que impactam diretamente na qualidade da assistência prestada às pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2014; BRASIL, 2023).

Assim, a APS é reconhecida como a principal porta de entrada do SUS e como coordenadora do cuidado em saúde, orientando-se pelos princípios da integralidade, longitudinalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado em rede. Seu foco está na atenção contínua às pessoas, considerando suas necessidades de saúde ao longo do tempo e em seus contextos sociais (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017). Nesse sentido, o cuidado integral pressupõe a atuação de equipes multiprofissionais e a utilização de estratégias que garantam acompanhamento contínuo, atenção humanizada e adaptação às especificidades de cada indivíduo (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017).

É nesse cenário de iniciativas que ampliem a capacidade de cuidado, como a formação de cuidadores entre os próprios indivíduos privados de liberdade, que podemos contribuir para fortalecer a atenção básica, garantindo assim, a

continuidade do cuidado e a redução de agravos, especialmente entre pacientes acamados, idosos e pessoas com condições crônicas institucionalizadas (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, reafirma o direito constitucional à saúde e estabelece diretrizes para a organização da atenção básica no contexto prisional, integrando as unidades prisionais à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Essa política reconhece as especificidades do cárcere e a necessidade de ações inter setoriais que garantam cuidado integral, humanizado e resolutivo. Entretanto, a escassez de recursos humanos e materiais impõe limites à qualidade da assistência, especialmente no cuidado a indivíduos com mobilidade reduzida, doenças crônicas ou dependência funcional, realidade frequentemente observada no sistema penitenciário brasileiro devido à superlotação e às dificuldades estruturais dos serviços de saúde nesse contexto (BRASIL, 2023; CNJ, 2021).

Diante desse contexto, a inserção de indivíduos privados de liberdade, devidamente capacitados, no apoio ao cuidado em saúde, configura-se como estratégia complementar à atuação das equipes multiprofissionais, contribuindo para a efetivação dos princípios da PNAISP no Sistema Prisional e para a melhoria das condições de saúde no ambiente prisional (BRASIL, 2014).

3.2 Dimensão estrutural e a saúde integral no cárcere

No binômio saúde integral e cárcere, temos que a garantia da saúde enquanto direito constitucional é atravessada por questões de diversas dimensões, tanto institucionais, quanto culturais. Na Unidade Prisional para o qual o projeto de intervenção está sendo proposto, observa-se um histórico de mudanças políticas e arquitetônicas, que, muitas vezes, dão uma nova roupagem para a prisão, sem, no entanto, resolver problemas estruturais. Isto revela o que Foucault (1987) descreve na “Microfísica do Poder”: embora busquem uma “modernização”, reformas funcionam muitas vezes como dispositivos de controle que priorizam a estética punitiva em detrimento da funcionalidade assistencial (FOUCAULT, 1987).

Assim, em 2018, a extinta Secretaria de Administração Prisional (SEAP), sob o gerenciamento da sua Diretoria de Saúde, criou um projeto arquitetônico para uma

reforma total do Núcleo de Saúde e Atendimento Psicossocial (NSAP), atendendo às prerrogativas das Secretarias de Saúde Estadual (SES) e Municipal (SMS), ampliando e reformulando as instalações com o propósito alinhar-se às diretrizes da PNAISP. Outra questão importante, que resultou em mais um movimento de reformas, foi a promulgação da Emenda Constitucional nº 104, de 4 de dezembro de 2019, que alterou a Constituição Federal para incluir a Polícia Penal no rol dos órgãos de segurança pública (artigo 144), dando aos antigos Agentes Penitenciários (ASP's), poderes de polícia e alterando a nomenclatura para Policiais Penais. Neste cenário de renovação e com o propósito de modernização, o governo de Minas Gerais tratou de reformar as estruturas do ergástulo, atribuindo ao local uma nova identidade física, com pinturas nas cores da polícia, além de reformas em alguns pavilhões para atender às demandas pontuais de encarceramento dos indivíduos.

No entanto, observa-se que tais reformas pretenderam apenas dar a “cara” dos novos policiais ao ambiente, reforçando o que Goffman (2001) define como “Instituição Total”, ou seja, ao converter agentes em Policiais Penais e adotar uma estética visual de força (cores e símbolos policiais), o Estado reforça o caráter de “Instituição Total”³, na qual a barreira entre as necessidades de saúde e as exigências de segurança torna-se quase intransponível (GOFFMAN, 2001, p. 1), desconsiderando, assim, a questão da superlotação carcerária que prejudica diretamente a saúde coletiva e que perdura por anos.

Atualmente, a Unidade Prisional em tela mantém em reclusão 2.448 presos (Relação Geral de Presos, atualizada em 25/04/2026), com aproximadamente 27 indivíduos por cela. O ambiente apresenta pouca ventilação e luminosidade, além de salubridade deficiente, num flagrante descumprimento de diversas legislações, como a Lei de Execuções Penais (LEP) e a Resolução nº 05, de 25 de novembro de 2016, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP).

De acordo com a LEP, em seu Capítulo II, artigo 88, são necessárias condições mínimas para que o privado de liberdade seja mantido em cárcere.

³ Importante ressaltar que, embora a adoção de medidas de segurança que imponham o isolamento social para manutenção da autoridade e disciplina, existem outros teóricos que trazem o conceito de vasos comunicantes dentro do ambiente prisional. Para Godoi (p.136, 2016), “pode ser considerado vaso comunicante toda forma, meio ou ocasião de contato entre o dentro e o fora da prisão”. Assim, família, rádio, entre outros, funcionam como meios de comunicação entre o mundo e o que está dentro dos muros da prisão.

Art.88. O condenado será alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório.

Parágrafo único. São requisitos básicos da unidade celular:

- a) Salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana;
- b) Área mínima de 6,00m² (seis metros quadrados). (BRASIL,1984).

Já a Resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) nº 05/2016, que dispõe sobre os indicadores para fixação de lotação máxima nos estabelecimentos penais, estabelece que:

CONSIDERANDO que o limite máximo de capacidade dos estabelecimentos penais, atendendo a sua natureza e peculiaridade, construídos a partir da vigência da Resolução 09/2011, com recursos exclusivamente federais, é de:

- 300 presos para Penitenciária de segurança máxima;
- 800 apenados para Penitenciária de segurança média;
- 1.000 apenados na Colônia agrícola, industrial ou similar;
- 300 apenados em Centro de observação criminológica;
- 800 presos em cadeia pública.

CONSIDERANDO que as celas, nos termos da Resolução nº 09/2011 devem contar com as seguintes características mínimas: a) o módulo de celas não deve ultrapassar 200 pessoas; b) a cela coletiva não deve exceder 8 pessoas; c) O número de celas individuais, para fins de isolamento, será de pelo menos 2% da capacidade total; (...) (BRASIL,2016 - grifo nosso).

Nesse contexto de flagrante descumprimento das legislações, a história do cuidado torna-se invisível, na medida em que as prisões superlotadas, inviabilizam a ideia de recuperação da saúde na forma residencial, após a desinternação, desconsiderando a moradia como local de restabelecimento e cura das doenças acometidas pelo sujeito antes e depois do encarceramento dos sentenciados. (GOFFMAN, 2001, p. 2).

O cotidiano é regido pela disciplina dos corpos, na qual o convalescente é pressionado a omitir suas debilidades para atender prontamente aos rígidos protocolos de segurança e revistas, sob pena de ser visto como "insubordinado". As condições de convalescência dos pacientes tornam-se, portanto, detalhes pouco considerados, principalmente durante os procedimentos de segurança, nos quais os reclusos devem sempre, obedecer às regras de disciplina e posicionamento físico. Devem atender aos chamados verbais e nominais de forma rápida, o que torna o ambiente tenso. Caso o sujeito convalescente não tenha condições de atender aos

chamados, colegas de cela tentam representá-lo perante os policiais, se envolvendo no problema do doente. No entanto, nem sempre são ouvidos, podendo o ato, ser considerado desrespeito ao policial e gerar comunicados por faltas disciplinares, isto, tanto para o doente como para os colegas, implicando em punições como o isolamento preventivo em solitária e/ou julgamento administrativo ou judiciário.

Procedimentos como esses reforçam o caráter de “Instituição Total” (GOFFMAN,2001), na qual, nesses espaços, as necessidades individuais de saúde são subordinadas às exigências da organização, onde os reclusos devem, invariavelmente, obedecer a rígidos protocolos de disciplina e posicionamento físico. Ou seja, não bastasse a superlotação, o cotidiano permeado por ações truculentas e ameaçadoras, acabam por fazer do convalescente alguém fraco e incapaz de atender às demandas de segurança, sentindo-se ameaçados e pressionados a se fazerem restabelecidos de suas debilidades.

3.3 O cuidado como trabalho, interação e prática social

Para o projeto proposto, o cuidado é compreendido como algo que vai além do simples “atuar” após uma capacitação profissionalizante. Ele é visto como parte integrante e essencial da saúde integral do sujeito encarcerado. Ainda que a ação dos cuidadores esteja voltada apenas para os pacientes acamados e idosos debilitados, ela deverá provocar a reflexão e concretização das ações do cuidado em todo processo de saúde dos indivíduos de forma geral. Assim, essa atuação reconhecida como fonte de remição de pena e adequado à rotina dos reclusos, será articulada de forma conveniente entre todos os atores.

Para Ayres (2004), o cuidado ultrapassa a dimensão técnica e se configura como uma prática social, relacional e ética, baseada na interação entre sujeitos e na construção de vínculos no processo de produção do cuidado. Neste mesmo pensamento de construção ética, conforme Merhy (2002), a ação envolve saberes, afetos, responsabilidades e decisões que se constroem no encontro entre quem cuida e quem é cuidado. Isso caracteriza o “trabalho vivo em ato”, conceito que expressa a dimensão dinâmica e relacional do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, conforme Boff (2014) e Ayres (2004), o cuidado é um processo dinâmico no qual a escuta, o acolhimento e o vínculo serão elementos fundamentais para a produção da saúde. No contexto prisional, no qual predominam relações

marcada pela vigilância, pelo controle e pela violência institucional, o cuidado assume papel potencialmente transformador ao possibilitar a construção de relações mais humanizadas e solidárias.

Não pretendemos definir a atuação do cuidador de forma voluntária e contagiante, pois, segundo Merhy (2002), o trabalho deve ser adequadamente orientado e supervisionado. Essa orientação contribui não apenas para a melhoria da assistência aos pacientes acamados, mas também para a ressignificação de identidades, fortalecimento da autoestima e do desenvolvimento de competências sociais, aspectos que podem favorecer processos de responsabilização e ressocialização no ambiente prisional.

Para Campos (2007), a Política Nacional de Humanização (PNH) também propõe a valorização dos sujeitos envolvidos no cuidado, defendendo práticas que respeitem a dignidade humana, promovam o protagonismo dos usuários e trabalhadores e fortaleçam vínculos solidários no processo de atenção à saúde (BRASIL, 2010). A humanização do cuidado pressupõe a superação de práticas fragmentadas e despersonalizadas, especialmente em contextos institucionais marcados por rigidez organizacional e sofrimento social.

Outra questão importante quando se discute o trabalho, a interação e a prática social é a possibilidade de remição de pena a partir de alguns critérios estabelecidos na Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984). Ela estabelece que o trabalho e a educação constituem importantes instrumentos de ressocialização da pessoa privada de liberdade. O artigo 126 da LEP prevê a possibilidade de remição de parte da pena:

Art. 126. O condenado que cumpre a pena em regime fechado ou semi aberto poderá remir, por trabalho ou por estudo, parte do tempo de execução.

§1º. A contagem do tempo referida no caput será feita à razão de:

I – 1 (um) dia de pena a cada 12 (doze) horas de frequência escolar – atividade de ensino fundamental, médio, inclusive profissionalizante ou superior, ou ainda de requalificação profissional – divididas, no mínimo, em 3 (três).

II – 1 (um) dia de pena a cada 3 (três) dias de trabalho. (BRASIL, 1984)

Como podemos observar, a educação profissionalizante também é prevista para a redução da pena mediante comprovação de frequência e aproveitamento nas atividades educativas. Assim, a qualificação no curso de cuidador poderá constituir-se como atividade educativa e profissionalizante, possibilitando ao participante o

benefício legal da remição ao participar da ação educativa, bem como ao exercer o trabalho na Unidade Prisional.

4 JUSTIFICATIVA PARA INTERVENÇÃO

4.1 As doenças e agravos em saúde no sistema prisional

No ambiente prisional, é comum nos depararmos com situações críticas em saúde dos indivíduos presos. Em sua maioria, são jovens com idades entre 20 e 39 anos, que relatam doenças pré-existentes e homens entre 40 e 70 anos que apresentam comorbidades genéticas ou adquiridas ao longo da vida, como exemplo, doenças decorrentes da dependência de drogas injetáveis e orais, incluindo o álcool, além daquelas originadas pela má alimentação (DEPEN-MG, 2025).

Diversas pesquisas apontam que a população privada de liberdade apresenta maior vulnerabilidade a diferentes agravos, especialmente doenças infecciosas, transtornos mentais e doenças crônicas. Esse cenário está relacionado às condições estruturais das unidades prisionais, à superlotação, à ventilação inadequada e às dificuldades de acesso a serviços de saúde (BRASIL, 2014; OMS, 2014). Entre as doenças infecciosas mais prevalentes no sistema prisional, destacam-se a tuberculose, as hepatites, o HIV e surtos de doenças diarreicas, respiratórias e escabiose, com taxas significativamente superiores às da população geral (SILVA; ASSIS; VARGAS, 2022). Estudos epidemiológicos indicam, ainda, que a incidência de tuberculose pode ser até dez vezes maior entre as pessoas privadas de liberdade, caracterizando os estabelecimentos penais como ambientes de alto risco para transmissão da doença (OMS, 2023), especialmente por serem ambientes com superlotação e ventilação inadequada.

Outro agravo importante refere-se aos transtornos mentais, como depressão, ansiedade e transtornos relacionados ao uso de substâncias ilícitas e lícitas de forma abusiva. Pesquisas indicam que a prevalência de transtornos mentais entre pessoas privadas de liberdade é significativamente maior do que na população geral, podendo atingir mais da metade dos indivíduos em algumas unidades prisionais (FAZEL; DANESH, 2002).

Além das doenças infecciosas e dos transtornos mentais, também são frequentes doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes

mellitus e doenças respiratórias. Essas condições muitas vezes são agravadas pela dificuldade de acesso ao acompanhamento contínuo e pela limitação de recursos para tratamento adequado no ambiente prisional (BRASIL, 2014).

Diante desse cenário, nos deparamos com o grande desafio de buscar meios para a consolidação do cuidado.

4.2 A história do cuidado na Unidade Prisional do projeto de intervenção

A proposta deste Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) é discutir uma importante possibilidade de aprimoramento do atendimento às necessidades de saúde dos Indivíduos Privados de Liberdade (IPL) de uma Unidade Prisional de grande porte situada na região metropolitana de Belo Horizonte, pertencente à 2ª Região Integrada de Segurança (RISP).

A Unidade Prisional era gerenciada pela Polícia Civil e Militar até 2003, quando a Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais (SEDS/MG), atual Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP MG), passou a gerenciá-la, assim como todas as outras UPs do estado.

A partir de agora, apresentaremos a estrutura para o cuidado dos ILPs e que justifica a necessidade desta proposta.

4.2.1 O Cenário do cuidado até 2016 nas Redes de Assistência (Internação e Observação)

Neste tópico e no seguinte pretendemos contar sobre a evolução do cuidado na Unidade Prisional, sede do Projeto de Intervenção, e com a intenção de auxiliar na compreensão acerca das mazelas e problemas em relação ao cuidado, enfrentados no sistema prisional.

O Núcleo de Saúde e Atendimento Psicossocial (NSAP) a Unidade Prisional contava com uma área construída de aproximadamente 252m², dividida em:

- 1sala de atendimento médico (observação clínica);
- 1sala de atendimento odontológico;
- 1sala de reunião (psicossocial);
- 1sala de enfermagem;

- 1 sala de arquivo;
- 1 farmácia;
- 3 banheiros;
- 1 cozinha;
- Salas de Atendimento (área externa);
- 1 Pavilhão / enfermaria (pacientes diversos).

Como podemos observar, o antigo Núcleo de Saúde não contava com uma enfermaria dentro de suas dependências. Os presos mais comprometidos e portadores de sofrimento mental eram conduzidos para um pavilhão próximo ao Núcleo, mas que mantinha o mesmo padrão de precariedade do restante dos pavilhões: baixa iluminação, umidade extrema, infiltrações crônicas, pouca ventilação e, conseqüentemente, insalubre. A equipe de enfermagem evitava manter os pacientes acamados neste pavilhão, transformando-o em local apenas para pacientes com medida de segurança e comprometidos mentalmente, ou seja, sem limitações físicas ou com risco de contaminações e infecções em decorrência da insalubridade do local. Além disso, o Núcleo de Saúde era um lugar no qual atuava uma equipe multidisciplinar, que, em sua maioria, possuía vínculos empregatícios temporários.

Nesse contexto, os cuidados aos pacientes acamados por convalescência e em tratamento medicamentoso com supervisão médica eram realizados em internações nos hospitais, ficando o privado de liberdade na unidade hospitalar até que adquirisse condições de se manter sozinho na cela do pavilhão ao qual pertencia. Evidentemente que tal espera pelo restabelecimento completo demandava estadia hospitalar prolongada, com ocupação demorada do leito, uma vez que o paciente que cumpre pena é um morador do espaço prisional; um lugar que é precário e que não conta com ambiente adequado para o restabelecimento efetivo, como acontece em uma moradia comum.

Vale salientar, ainda, que a noção da importância do restabelecimento completo do paciente durante a internação era mais subjetiva que institucional. Ou seja, ficava a cargo da equipe de saúde atuante definir até que ponto o sujeito necessitava manter-se internado, ocupando um leito de hospital antes de ir para o encarceramento e dar continuidade ao tratamento.

A partir da consciência de que o ambiente prisional apresentava características prejudiciais ao restabelecimento da saúde dos indivíduos, devido às condições sanitárias inadequadas, surgiu uma grande interação entre a equipe de profissionais do NSAP e a equipe hospitalar, o que facilitava a troca de impressões sobre a realidade do cuidado no ambiente prisional daquela época. No entanto, essa interação era balizada pelos eventos relacionados à saúde-doença no município, como, por exemplo, surtos, pandemias e endemias, situações que demandavam aos profissionais dos hospitais a liberação de leitos, por meio de alta dos presos, num repasse da responsabilidade para a continuidade do tratamento e do cuidado para os profissionais da UP.

Assim, nesse cenário de repasse da responsabilidade entre equipes de saúde, os pacientes acamados passavam a submeter-se aos cuidados rotineiros apenas durante o dia. Após o encerramento do expediente, geralmente às 17 horas, esses indivíduos eram acolhidos em celas da enfermaria ou do pavilhão sob a vigilância da segurança, ficando o cuidado, muitas vezes, dependente da iniciativa dos próprios colegas de cela.

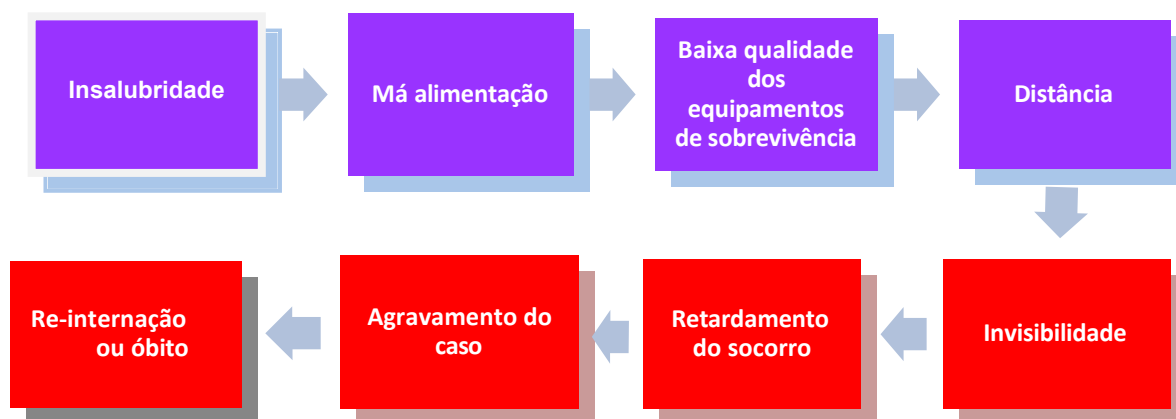
Diante da peculiaridade do cuidado dos privados de liberdade acamados e convalescentes, torna-se complexo para a equipe técnica da saúde prisional praticar o cuidado em sua totalidade. Isso ocorre devido a carga horária diurna, ao espaço físico de atuação delimitado e à necessidade de escolta policial. Uma vez reintegrados à rotina carcerária, os pacientes são novamente acolhidos pelo setor de saúde, mas submetem-se às limitações do sistema e ao acompanhamento restrito da equipe. A maioria deles retornam ao convívio nos pavilhões, onde a realidade precária dificulta a plena recuperação.

Nesse panorama, observamos uma lacuna entre o profissional de saúde, cuja função é garantir o restabelecimento total do paciente em recuperação, mas que trabalha somente durante o dia, e o cuidado profissional de idosos e acamados. Tal serviço é inexistente no ambiente prisional e que poderia auxiliar no cuidado e nos problemas pontuados neste tópico.

Dessa forma, ao serem reintegrados ao ambiente insalubre das celas, os privados de liberdade ficam expostos a riscos de contaminação e reinfecção, agravando seu estado. Esse cenário é potencializado pelo distanciamento físico da equipe de saúde responsável por garantir os cuidados necessários para o restabelecimento integral do sujeito. Consequentemente, a invisibilidade e não

atenção às suas queixas e necessidades ocasionam a demora no socorro, agravamento do estado, reinternação ou óbito. Este ciclo pode ser representado conforme a figura abaixo:

Figura1– Ciclo da falta de cuidado em saúde



Fonte: elaboração da autora, 2026.

Essa lógica cíclica interfere diretamente no trabalho em saúde, resultando em um cenário no qual o atendimento humanizado depende, quase exclusivamente, da subjetividade e dos valores morais de profissionais de saúde e policiais que resistem à precarização do sistema para garantir a humanidade do sujeito infrator, o que impacta o cuidado e perpetua o ciclo evidenciado na Figura 1.

4.2.2 O Cenário do cuidado a partir de 2017: a relação entre o NSAP e o atendimento hospitalar

Em meados de 2017 foi realizada uma reforma completa no NSAP. No entanto, mesmo ampliado e com estrutura adequada para o atendimento integral do sujeito, o NSAP continuou a encarar a preocupante realidade da falta de servidores para o trabalho em saúde junto aos pacientes, especialmente após a demissão de trabalhadores regidos por contrato direto como Estado. Assim, entre 2018 e 2024, o quadro passou a ser composto por trabalhadores concursados que não somavam 50% do número total da equipe antes de 2017.

Neste cenário de deficiência da mão de obra, observei - enquanto gestora do

NSAP à época - que as internações e observações hospitalares foram mantidas para possibilitar o aumento gradual da independência do paciente. Em 2021, providenciamos a abertura da Enfermaria do NSAP para a alocação dos presos convalescentes e que necessitavam de cuidados intensivos por parte da equipe de enfermagem. Entre as diretrizes para o funcionamento desta enfermaria, estabeleceu-se que a admissão e alta dos pacientes alocados neste setor somente poderiam ser realizadas pelos profissionais responsáveis pela propedêutica de cada paciente internado: médico, psiquiatra, psicólogo, dentista ou enfermeiro.

Com o espaço total do NSAP em pleno funcionamento, acrescido dos equipamentos disponibilizados após a ampla reforma do Posto de Atenção Básica em Saúde (ABS) que davam ao local, condições para o cuidado clínico e ambulatorial, restava aguardar o ingresso de uma equipe municipal de saúde, para fortalecer a equipe estatutária existente.

Ao longo do período de coordenação exercida pela autora deste TCC, percebemos, por meio das interações cotidianas entre as equipes de ABS prisional e hospitalar, que os trabalhadores dos hospitais tomaram conhecimento da melhoria na estrutura e da abertura da enfermaria. Com isso, passaram a conceder altas hospitalares com as orientações específicas para o ingresso do paciente “em local apropriado às suas condições de saúde”, acreditando que, desta forma, os presos seriam alocados nas dependências destinadas ao cuidado técnico e sob supervisão direta das equipes de plantão.

Ao formalizarem as altas, as equipes médicas dos hospitais justificavam a decisão baseando-se na suposta estrutura favorável à recuperação pós internação na Unidade Prisional. No entanto, a realidade revelou-se distinta: até o ano de 2025, a ausência de médicos atuando na UP impedia que a equipe fosse considerada completa e capaz de assegurar a recuperação efetiva dos convalescentes mais comprometidos.

No segundo semestre de 2025, após processo seletivo que admitiu profissionais da saúde em âmbito municipal que passaram a atuar nas dependências do Núcleo de Atenção Básica, formou-se a seguinte equipe:

- 1 médica clínica
- 2 enfermeiras
- 2 técnicas em Enfermagem

Com a entrada da médica, o processo de admissão e readmissão na enfermaria dinamizou-se e passou a receber pacientes com diversos tipos de doenças e agravos, além daqueles com deficiência física ou múltiplas deficiências, permanecendo no local como moradia até seu restabelecimento integral. Com essa nova conformação da equipe, o laboratório da proposta deste TCC foi viabilizado naquela enfermaria. Após a grande reforma no Núcleo de Saúde e Atendimento Psicossocial (NSAP) da UP, foi possível, a partir da iniciativa do Serviço Social e com a colaboração dos setores de pedagogia, saúde, trabalho e segurança, pensar no cuidado como atividade laborativa dos internos através de um projeto que contemplasse o cuidado como algo urgente e imprescindível.

Diante da realidade vivenciada na Unidade Prisional, na qual o cuidado em saúde das pessoas privadas de liberdade (IPL) tende a se tornar invisível, a sociedade, por sua vez, apresenta uma concepção de que esses indivíduos não são merecedores de cuidado, o que dificulta a efetivação do direito à saúde no sistema prisional. Assim, após alguns anos de observação, percebi a necessidade de elaborar um Projeto de Intervenção no qual os próprios indivíduos reclusos sejam os protagonistas do cuidado, desde a participação no curso de capacitação até o efetivo trabalho como cuidadores dos pacientes debilitados.

É importante ressaltar que o cuidado prestado pelos profissionais de saúde no sistema prisional ocorre atualmente, de segunda a sexta-feira, de 07h às 17h. Nos casos em que os privados de liberdade necessitam de algum atendimento de saúde fora desse horário, ele é conduzido via escolta externa, para estabelecimentos de saúde da rede pública, como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais.

Assim, qualificar cuidadores entre os próprios presos favorece o desenvolvimento de uma consciência crítica sobre a saúde no cárcere. Essa estratégia estimula o protagonismo do interno nas discussões sobre o cuidado, permitindo que a atividade transcenda o benefício da remição de pena e seja compreendida como um componente essencial da saúde coletiva. Além disso, esta proposta pode contribuir para o fortalecimento dos princípios humanitários, promovendo uma assistência que prioriza a dignidade e o cuidado especializado nas unidades prisionais.

4.3 As ações educativas na Unidade Prisional

Atualmente, as atividades educativas na Unidade Prisional (UP) são realizadas por intermédio de diversas instituições abrangendo os níveis fundamental, médio e profissionalizante, conforme orientado pela LEP e demais legislações que garantem o atendimento educacional escolar no sistema prisional em Minas Gerais (Resolução Conjunta SEJUSP / SEE/MG N°21/2023 e pelo Termo de Cooperação Técnica n°03/2024 - SEJUSP/NUCOE).

Em relação aos cursos profissionalizantes, a Resolução nº 33/2017 institui normas e procedimentos para a oferta de tipo de curso nas Unidades Prisionais em Minas Gerais mediante a parceria entre “instituições públicas e/ou privadas” para oferta da Educação Profissional e Tecnológica para os privados de liberdade (MINAS GERAIS, 2017) desde que obedeçam às seguintes orientações:

I – possuir como princípios a formação humana do indivíduo privado de liberdade, a elevação da escolaridade, a preparação para o mercado de trabalho e a vida egressa, a habilitação profissional crítica e autônoma, o trabalho como princípio educativo propiciando a formação de sujeitos de direitos em sua diversidade.

II – observar a ética, a moral, a cidadania, o respeito às identidades de gênero e étnico-raciais, e o reconhecimento às diversidades pautadas na democracia, na igualdade de direitos e na transformação social.

Parágrafo único. Os cursos de Educação Profissional e Tecnológica, inseridos no Sistema Prisional de Minas Gerais, precisam estar alinhados às políticas públicas e aos Programas Nacionais de Educação Profissional e Emprego, bem como às demandas do mercado de trabalho. (MINAS GERAIS, 2017).

A partir dessas orientações, para iniciar a oferta de qualquer ação educativa, é necessária a autorização da Diretoria de Ensino e Profissionalização, que libera seu início após a análise do plano de curso, matriz curricular e comprovação de experiência ou certificação profissional de quem ministrará as aulas.

De acordo com a equipe pedagógica da Unidade Prisional, dentre os 300 cursos disponíveis, o de cuidador de idosos está entre os cursos menos procurados, refletindo um baixo interesse dos presos e de seus principais apoiadores: os familiares. Isto pode ser atribuído ao fato da ação de cuidar, ser uma atividade tipicamente feminina.

Conforme Toebe e Perez (2017), a articulação do cuidado no ambiente prisional esbarra na barreira histórica da divisão sexual do trabalho, que opera por

meio de uma legitimação naturalista para consolidar o ato de cuidar como uma virtude e atribuição essencialmente femininas. E, essa construção social perpetua estereótipos que essencializam a mulher como cuidadora natural, gerando uma resistência cultural que se reflete no baixo interesse inicial dos homens privados de liberdade e em uma masculinidade tradicional pautada por lógicas de dominação simbólica.

Portanto, o sucesso da proposta depende de estratégias pedagógicas e de incentivo por remissão de pena que ampliem a visão para o cuidado como ação masculina para o mercado de trabalho pós cárcere, desestabilizando essa clivagem e engajando-os a compreender a atividade de cuidador como uma prática relacional, de valorização humana e de responsabilidade coletiva no ambiente em que co-habitam. (CAVALCANTI et al, 2023).

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Considerando as discussões do referencial teórico e a justificativa deste projeto de intervenção, cujo objetivo é a inserir pessoas privadas de liberdade no ofício do cuidado aos pacientes acamados - ou seja, aqueles convalescentes, em recuperação pós-cirúrgica ou com deficiências múltiplas (irreversíveis ou temporárias), propõe-se a qualificação por meio do curso de cuidadores de idosos. Além de fomentar a assistência especializada, a iniciativa visa contribuir para a remissão de pena dos participantes. As etapas necessárias para implementação dessa proposta serão descritas a seguir.

5.1 Fase de planejamento, implantação do Projeto e busca de parcerias

Essa fase envolve o planejamento do projeto, que se materializa na produção deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), bem como a divulgação e captação de parcerias para sua viabilidade.

Para a divulgação do projeto, serão organizadas reuniões e eventos, além da busca pelas autorizações e parcerias necessárias. Também serão realizados contatos visando ao fortalecimento do apoio institucional, especialmente com os seguintes atores:

- Diretoria Geral e subdiretorias de segurança: responsáveis pelas devidas autorizações de implantação do projeto;
- Setor Pedagógico e Equipe de Saúde: responsáveis pela organização de todo o processo de aprendizagem, bem como pelo treinamento para o início das atividades no posto de trabalho;
- Poder Judiciário (Vara de Execuções Penais, Ministério Público e Defensoria Pública): responsáveis pelo reconhecimento do curso e da prática do cuidado como atividades passíveis de remição de pena (conforme artigo 126 da LEP).
- Famílias dos IPL's: atores imprescindíveis para incentivar seus parentes encarcerados e prover os recursos financeiros necessários.

5.2 Fase da seleção de participantes do projeto

Após a conclusão dos trâmites burocráticos junto ao Poder Judiciário e posterior inclusão do trabalho de cuidador de idosos na grade de atividades laborativas desta Unidade Prisional, serão chamados para participar do projeto os IPL's avaliados e selecionados pela Comissão Técnica de Classificação. Essa comissão foi instituída de acordo com a Lei de Execuções Penais (LEP nº 7.210/1984):

Art. 7º A Comissão Técnica de Classificação, existente em cada estabelecimento, será presidida pelo diretor e composta, no mínimo, por 2 (dois) chefes de serviço, 1 (um) psiquiatra, 1 (um) psicólogo e 1 (um) assistente social, quando se tratar de condenado à pena privativa de liberdade.

Parágrafo único. Nos demais casos a Comissão atuará junto ao Juízo da Execução e será integrada por fiscais do serviço social (BRASIL, 1984).

Após a seleção e a formalização das parcerias será criado um banco de dados para o acompanhamento da trajetória de capacitação e inserção dos participantes. Serão compiladas informações sobre os interessados, alunos e formandos aptos ao curso e, posteriormente, ao treinamento prático aplicado pela equipe de saúde. Essa ferramenta facilitará o monitoramento do projeto, viabilizando a seleção e a educação permanente – estratégia essencial, visto que as transferências de indivíduos entre UP's são rotineiras.

Após a seleção dos alunos, serão realizadas conversas com as famílias para viabilizar a matrícula mediante os pagamentos devidos. A proposta é que, após a realização da qualificação teórica, os alunos realizem a prática supervisionada junto ao serviço de saúde da unidade. Vale salientar que, ao consolidar o curso de cuidador como uma capacitação geradora de ocupação produtiva e remição de pena, espera-se um aumento significativo do interesse. Consequentemente, o número de formandos poderá exceder as vagas do projeto, tornando os remanescentes aptos a exercer o cuidado como fonte de trabalho e renda, o que favorece a reinserção social após o egresso.

5.3 Fase de introdução do trabalhador no campo de atuação

Esta fase compreende o período posterior à formação do aluno e seu ingresso no local de trabalho, a enfermaria. Uma vez obtido o certificado de conclusão do curso, o IPL participará de um treinamento de integração, organizado pela coordenação do projeto e elaborado pela equipe de saúde, com distribuição de roteiro e cartilha (Anexos 1 e 2). O treinamento tem como objetivo esclarecer alguns aspectos sobre o cuidado a idosos debilitados e introduzir práticas voltadas aos pacientes acamados do Sistema Prisional, além de oferecer outras diretrizes para o bom andamento dos trabalhos. Propõe-se que o IPL, mesmo privado de liberdade, com limitações inerentes à sua condição de vida atual, compreenda o trabalho de cuidador como uma prática extensível à vida em liberdade, habilitando-o como um novo profissional para o mercado de trabalho.

5.4 Fase de acompanhamento e avaliação do projeto

Esta fase compreende a análise dos resultados - positivos e negativos - de cada etapa do processo de formação, introdução e execução do cuidado em saúde por parte dos presos, sob a supervisão das áreas competentes.

A coordenação do projeto, organizará reuniões trimestrais com os detentos trabalhadores da enfermaria e demais atores para discussões e troca de experiências, visando a alinhamentos. Também está prevista a realização do Monitoramento de Impacto na Saúde, por meio da criação de um banco de dados

específico para avaliar a redução de agravos à saúde (úlceras de pressão e infecções) e a frequência de reinternações hospitalares em decorrência de eventuais lacunas no cuidado. Paralelamente, o Monitoramento de Segurança avaliará o comportamento e adaptação dos cuidadores no ambiente prisional, por meio de rodas de conversas periódicas entre os profissionais de saúde, coordenação e cuidadores custodiados.

Para fins de comprovação e registro propõe-se a elaboração de relatórios trimestrais sobre o desempenho dos cuidadores e a melhoria na qualidade de vida dos pacientes. Tais documentos serão elaborados pela coordenação, com o auxílio direto dos profissionais de saúde e pedagogia envolvidos. A avaliação do projeto será contínua e processual, considerando indicadores quantitativos e qualitativos, tais como:

- Número de indivíduos privados de liberdade capacitados no curso de cuidador;
- Número de pacientes acamados e idosos assistidos na enfermaria;
- Frequência de reinternações hospitalares dos pacientes acompanhados;
- Nível de participação dos cuidadores nas atividades propostas;
- Percepção da equipe de saúde quanto à melhoria na organização do cuidado.

6 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES / AÇÕES : Quadro1 - O cronograma abaixo representa o planejamento do projeto de intervenção ao longo de sua execução

FASES / ATIVIDADES	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Planejamento e implantação do Projeto–Buscadas Parcerias												
Planejamento e Implantação do Projeto	X	X	X									
Busca das parcerias internas (gestão prisional, segurança, saúde e pedagogia)	X	X	X									
Sensibilização e busca da parceria do Poder Judiciário Para a efetivação da remissão de pena pelo curso e trabalho de cuidador	X	X	X									
Seleção de participantes do projeto												
Seleção entre os presos aptos ao estudo e trabalho, conforme avaliação em CTC	X	X	X	X	X	X						
Elaboração de Banco de Dados para inserção das informações dos alunos	X	X										
Realização de conversas com os detentos selecionados e suas famílias	X			X			X			X		
Introdução do trabalhador no campo de atuação												
Início do curso com alunos previamente selecionados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Início dos treinamentos de integração ao trabalho					X			X			X	
Início da supervisão da equipe de enfermagem					X							
Acompanhamento e avaliação do projeto												
Realização das reuniões e rodas de conversa trimestrais de acompanhamento					X			X			X	
Elaboração de relatórios de acompanhamento do projeto			X			X			X			X
Atualização do Banco de Dados com informações sobre o curso, treinamento e alunos.						X			X			X
Criação e alimentação do banco de dados para Monitoramento de Impacto da saúde		X			X			X			X	
Elaboração do Monitoramento de Segurança						X			X			X

7 RECURSOS NECESSÁRIOS

A utilização e alocação dos recursos serão planejados de acordo com a disponibilidade material e financeira, assinalada pela Diretoria Geral da Unidade Prisional. A adequada gestão desses recursos contribuirá para o sucesso e efetividade do projeto, proporcionando uma experiência enriquecedora para todos os envolvidos. Abaixo indicamos alguns recursos necessários para garantir a operacionalização e efetividade do projeto:

- Espaço físico: local adequado para sediar o projeto e acomodar as atividades planejadas, como as reuniões periódicas e treinamentos dos IPL's. É importante ressaltar que o espaço precisa contar com acessibilidade para pessoas com deficiência, bem como dispor de estrutura para acomodar as apresentações orais, painéis, oficinas, mesas-redondas.
- Equipamentos e materiais: dependendo das atividades programadas, poderá ser necessário dispor de equipamentos audiovisuais, como projetores, telas, caixas de som, computadores, microfones, além de materiais de escritório, como papéis, canetas, tarjetas e outros recursos necessários para as apresentações.
- Recursos Humanos: para garantir o bom andamento das atividades, será necessária uma equipe de coordenação e representantes das áreas. Além disso, será necessária a participação de servidores envolvidos nos trabalhos de rotina de segurança, administrativo.
- Divulgação e comunicação: em parceria com a Diretoria Geral e Subdiretoria de Humanização, serão elaborados materiais de divulgação, como panfletos, cartazes, folders e outros recursos áudio visuais que propiciem o conhecimento do projeto enquanto ação de cidadania pela saúde coletiva.
- Vestimenta – jaleco: para o trabalho de cuidador, poderá ser necessário o uso de jaleco ou outra vestimenta adequada para a realização das atividades correlatas.

8 RESULTADOS ESPERADOS

A implementação do projeto de intervenção proposto neste trabalho tem como expectativa produzir impactos positivos na organização do cuidado em saúde no ambiente prisional, especialmente no atendimento aos indivíduos privados de liberdade em situação de maior vulnerabilidade clínica, como pacientes acamados, convalescentes e idosos institucionalizados na enfermaria do Núcleo de Saúde e Atendimento Psicossocial (NSAP).

Com a inserção de pessoas capacitadas, espera-se fortalecer a assistência cotidiana aos pacientes, auxiliando nas atividades básicas de vida diária, na observação de sinais de agravamento clínico e na comunicação de intercorrências à equipe técnica. Iniciativas que ampliem a capacidade de cuidar na atenção básica dentro do ambiente de convivência entre os presos, representam um avanço importante diante das limitações de recursos do sistema prisional.

Outro resultado esperado refere-se à melhoria das condições de acompanhamento de pacientes em convalescência, visando reduzir agravos à saúde decorrentes da ausência de monitoramento contínuo. A presença de cuidadores capacitados pode favorecer a identificação precoce de complicações clínicas, permitindo intervenções mais rápidas por parte da equipe de saúde e contribuindo para a prevenção de reinternações hospitalares.

No campo da organização do trabalho em saúde, a proposta também poderá contribuir para a diminuição da sobrecarga de trabalho e otimização das atividades da equipe multiprofissional, considerando o reduzido número de profissionais atuantes. Segundo Merhy (2002), o cuidado em saúde é produzido no encontro entre sujeitos e envolve diferentes formas de trabalho vivo em ato, sendo fundamental construir estratégias coletivas que ampliem a capacidade de resposta das equipes. Assim, o comprometimento das equipes e dos próprios cuidadores é fundamental, pois a efetividade da implementação resulta do esforço conjunto de cada ator envolvido.

Além disso, a proposta tem potencial para fortalecer práticas de humanização no ambiente prisional, estimulando a solidariedade e responsabilidade entre os encarcerados. Conforme Ayres (2004), o cuidado em saúde ultrapassa a dimensão técnica e constitui-se como prática relacional e ética, baseada na interação entre sujeitos e na construção de vínculos que contribuem para a produção da saúde e da

dignidade humana.

Outro resultado esperado refere-se à qualificação profissional dos indivíduos privados de liberdade participantes do projeto, por meio da oferta do curso de cuidador de idosos e pacientes acamados. Essa formação poderá ampliar as possibilidades de reinserção social desses sujeitos após o cumprimento da pena, ao proporcionar conhecimentos e habilidades que podem ser utilizados em atividades profissionais no campo do cuidado. Mas, para isto, devemos encarar o desafio de efetivar a transição do cuidado para o universo masculino no cárcere, enfrentando obstáculos complexos, com destaque para a baixa adesão inicial dos próprios presos e a resistência corporativa da Polícia Penal. Pois, a adesão dos internos é fragilizada pelo estigma cultural que associa o zelo à saúde a uma fraqueza ou a papéis femininos, o que afastou o interesse pela capacitação até agora. Paralelamente, a Polícia Penal, imersa em uma lógica de "Instituição Total" focada rigidamente na segurança e na disciplina dos corpos, tende a enxergar as demandas assistenciais como uma ameaça aos protocolos de controle.

Portanto, a execução bem-sucedida da proposta depende de uma articulação intersetorial contínua, capaz de sensibilizar os policiais penais sobre o impacto da intervenção na redução de agravos e de engajar os detentos na ressignificação do cuidado como um direito e uma ferramenta de emancipação.

No entanto, a iniciativa tende a estimular a participação dos indivíduos privados de liberdade na atividade educativa e laboral, considerando a possibilidade de reconhecimento dessa atividade para fins de remição de pena, conforme previsto na Lei de Execução Penal. Dessa forma, o projeto pode contribuir para fortalecer processos de responsabilização, aprendizagem e desenvolvimento pessoal no contexto do cumprimento da pena.

Por fim, espera-se que a proposta possa ser institucionalizada como prática permanente no âmbito da Unidade Prisional, sendo incorporada às ações do Núcleo de Saúde e ao conjunto de cursos ofertados pelo setor pedagógico da instituição. Caso os resultados sejam positivos, o projeto poderá servir como experiência piloto para replicação em outras unidades do sistema prisional, contribuindo para o fortalecimento das políticas públicas de saúde voltadas à população privada de liberdade e para a efetivação do direito à saúde garantido pela Constituição Federal brasileira.

Em síntese, espera-se que o projeto contribua para:

- Melhorar a organização do cuidado em saúde na farmácia do NSAP;
- Reduzir agravos relacionados à falta de acompanhamento dos pacientes convalescentes;
- Elevar a qualidade de vida dos idosos encarcerados;
- Identificar o cuidado como fator de fortalecimento das práticas de humanização no ambiente prisional;
- Desenvolver habilidades e competências em relação ao trabalho como cuidador por parte dos privados de liberdade.
- Promover a mudança de pensamento e comportamento dos gestores, agentes de segurança e presos quanto à necessidade do cuidado em saúde dentro do ambiente prisional.

A partir dos resultados obtidos, pretende-se avaliar a possibilidade de institucionalizar a proposta de trabalho com idosos e pacientes acamados, como Procedimento Operacional Padrão (POP) no âmbito da Unidade Prisional, bem como incorporá-la permanentemente ao conjunto de cursos ofertados pelo setor pedagógico da instituição.

Espera-se, por fim, que a ideia do cuidado seja difundida como algo imprescindível no ambiente prisional e transversal podendo ser exercido por aqueles que cumprem a pena, independente de seu gênero, estabelecendo a ação cuidadora como parte integrante e dignificadora do cotidiano prisional.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13,n.3,p.16-29, set./dez. 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/\[1\]](https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/[1]). Acesso em janeiro/2026.

BRASIL, República Federativa – **Constituição Federal do Brasil** – (Brasília–1988) -https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Revista Saúde e Ciência- Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Manual de recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV / Aids e hepatites virais em pessoas privadas de liberdade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf - Acesso em março/2026

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretarias de Atenção à Saúde, de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Guia Prático do Cuidador – 2019. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon; BARBOSA, Claudia de Faria; CALDEIRA, Bárbara Maria dos Santos. **Ética do cuidar e relações de gênero? Práticas familiares e representações da divisão do tempo**. Estudos de Sociologia, Araraquara, v. 17, n. 32, p. 189-204, 2012 (p. 1).

FAZEL, S.; DANESH, J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. **The Lancet**, 2002. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, 2023. São Paulo: FBSP, 2023. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987. <https://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17637/material/FoucaultVigiar%20e%20punir%20I%20e%20II.pdf>

GODOI, Rafael. **Vasos comunicantes, fluxos penitenciários**: entre dentro e fora

das prisões de São Paulo. Vivência: Revista de Antropologia, Natal, v. 1, n. 46, 2016.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAS GERAIS, Assembléia Legislativa de Minas Gerais. Trabalhadores do sistema prisional denunciam condições precárias e adoecimento 2025. Disponível em: www.almg.gov.br. Acesso em abril/2026.

MINAS GERAIS. Resolução nº 33/2017, de 30 de agosto de 2017. Dispõe sobre a regulamentação da Educação Profissional e Tecnológica nas Unidades Prisionais do estado de Minas Gerais. Disponível em https://extranet-depen-gestao.seguranca.mg.gov.br/intranet_gestao/views/uploads/fotos/documentos_suha/200/71714500407.pdf.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Prisons and Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014. Open AI. (2026). *ChatGPT* <https://chat.openai.com>

OMS, Organização Mundial da Saúde. Prisons and Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023. Open AI. (2026). *ChatGPT* <https://chat.openai.com>

SEJUSP/DEPEN-MG, Núcleo de Saúde e Atendimento Psicossocial – Enfermagem – Consolidado Mensal – Relatório Saúde e Psicossocial – Agosto de 2025.

SILVA, Anísia Valéria Chaves *et al.* **Saúde e trabalho no sistema prisional**. Belo Horizonte: ESP/MG Editora, 2022.

TOEBE, Sharyel Barbosa; PEREZ, Karine Vanessa. Cuidar: **um verbo feminino? Atravessamentos de gênero no cuidado e acolhimento em saúde**. In: JORNADA DE PESQUISA EM PSICOLOGIA, 6., 2017, Santa Cruz do Sul. Anais, Santa Cruz do Sul: UNISC, 2017.

ANEXO A

NSAP - Núcleo de Saúde e Atendimento Psicossocial

ROTEIRO PARA CAPACITAÇÃO E INTRODUÇÃO AO TRABALHO DO CUIDADOR DE IDOSOS E PACIENTES ACAMADOS PARA OS INDIVÍDUOS PRIVADOS DE LIBERDADE

Elaborado por: Ana Lúcia Luciano de Oliveira – ANEDS
Assistente Social – MASP 1.218.546-8

Abril/2026

Introdução

O Curso de cuidador de idosos e pacientes acamados, será gratuito e oferecido por parceiros e Instituições, seguindo os moldes já adotados pela Subdiretoria de Humanização do Atendimento desta U.P. e através da coordenação do Núcleo de Ensino e Profissionalização (Setor de Pedagogia). A formação é essencial para adquirir as técnicas necessárias para o cuidado seguro e eficaz de pessoas acamadas, além de preparar o Indivíduo Privado de Liberdade (IPL) para o futuro no mercado de trabalho com a emissão de certificados.

Tipos de Cursos

- **Cursos Online:** Plataformas que oferecem cursos gratuitos ou não, focados em cuidados com idosos e/ou pacientes acamados, incluindo administração de medicamentos, higiene e prevenção de doenças.
- **Curso Presencial:** Instituições que oferecem cursos em modalidades presenciais, com foco na formação inicial e continuada de cuidadores de idosos e/ou pacientes acamados, conforme a demanda e as necessidades da Enfermaria deste Núcleo de Saúde e Atendimento Psicossocial – NSAP. Esta modalidade não será oferecida inicialmente.

O que aprender em um curso de cuidador?

- **Cuidados Básicos:** Técnicas de higiene, banho no leito, cuidados com a saúde bucal e prevenção de úlceras de pressão.
- **Alimentação e Medicamentos:** Administração de medicamentos, cuidados com a alimentação do idoso e alimentação via sonda.
- **Mobilização e Posicionamento:** Técnicas de mobilização e posicionamento para prevenir complicações, como as úlceras de pressão.
- **Suporte Emocional e de Comunicação:** Comunicação eficaz com o preso acamado ou Idoso Privado de Liberdade - IPL. Para representá-lo em ações necessárias como conversas com Policiais e profissionais de saúde atualizando informações.
- **Habilidades Essenciais:** Atividades de lazer para estimulação cognitiva, desenvolvimento de raciocínio clínico e cuidado integral da pessoa idosa, segundo o portal do HC-UFMG, com foco em atenção domiciliar.

- **Outros conhecimentos oferecidos pela Escola aplicadora:** Isto considerando, a diversidade dos métodos de ensino, vasto conteúdo e autonomia das escolas para elaboração das apostilas.

Para quem é o curso?

- Indivíduos Privados de Liberdade, devidamente classificados em atendimento para a CTC.
- **Verifique pré-requisitos:** Alguns cursos podem exigir ensino fundamental completo ou não ter nenhuma exigência. Isto será avaliado pelo setor de Pedagogia.

Abrangência do Curso:

Sugestões:

Módulo 1: Higiene e Conforto

- **Higiene Corporal:** Banhos no chuveiro ou cama, com foco na limpeza e hidratação da pele, incluindo o cuidado com as unhas, pelos e dobras.
- **Higiene Oral:** Higiene da boca após as refeições e à noite, limpeza de próteses e hidratação labial.
- **Cuidados com a Pele:** Manter a pele limpa, seca e hidratada, usando colchões e coxins adequados para prevenir lesões por pressão.

Módulo 2: Mobilidade e Exercícios

- **Mudança de Posições:** A importância de mudar a posição do paciente para evitar complicações respiratórias e lesões por pressão.
- **Exercícios Físicos:** Exercícios para estimular o corpo e a respiração, como exercícios de inspiração e o movimento de braços e pernas.

Módulo 3: Alimentação e Hidratação

- **Alimentação Saudável:** Estimular e auxiliar o paciente na alimentação, com enfoque em alimentos que auxiliem o funcionamento intestinal.
- **Hidratação:** Oferecer líquidos com frequência, principalmente água e sucos, e observar as eliminações.

Módulo 4: Bem-Estar e Atenção

Estimulação Mental e Emocional: Incentivar a leitura, ouvir música e realizar atividades como artesanato e jogos para manter a mente ativa e elevar a autoestima.

- **Comunicação e Escuta:** O papel do cuidador como um elo entre a família, o paciente e a equipe de saúde, oferecendo escuta e apoio emocional.

Módulo 5: Sinais de Alerta e Cuidados Especiais

- **Identificação de Sinais de Alerta:** Conhecer os sinais que indicam problemas, como dificuldades para evacuar, desidratação e alterações no estado de consciência.
- **Casos Especiais:** Abordagem de cuidados para situações específicas, como a orientação sobre quando procurar a equipe de saúde para auxiliar o paciente.

3 – CONCLUSÃO

Habilitar o sujeito encarcerado para colaborar na atuação em Atenção primária de Saúde também contribui para a sua formação e promoção educacional, fazendo este curso, parte do arcabouço da humanização no sistema prisional.

Pretendemos portanto, fortalecer a mão-de-obra existente na reclusão, através da capacitação e qualificação dos próprios presos para as ações em saúde, humanizando também, e cada vez mais, a relação entre eles.

4 – Referências Bibliográficas

- COSTA, Camylla Celly Pimentel e outros: Guia de Cuidados para os Pacientes acamados e cuidador - UEPA / SIBIUEPA – 2023.

ANEXO B

Núcleo de Atendimento em Saúde e Psicossocial - NSAP



Cartilha do Cuidador

*Cuidados de higiene, mobilidade e saúde do paciente
acamado*

Cuidador: _____ INFOPEN: _____

Admissão: ____/____/____

Elaborado por

Ana Lúcia Luciano de Oliveira - Assistente Social

Maria – Enfermeira

Joana – Técnica de Enfermagem

Fonte:

- Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde - Resumo – Guia Prático do Cuidador.

- Texto Produzido Por Ana Lúcia L. de Oliveira

Abril/2026

1 - O Cuidado

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas idéias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada.

2 - O Autocuidado

Autocuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida. Nesse sentido, o cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor. Já o autocuidado ou cuidar de si representa a essência da existência humana. A pessoa acamada ou com limitações, mesmo necessitando da ajuda do cuidador, pode e deve realizar atividades de autocuidado sempre que possível.

O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo.

3 - Quem é o cuidador?

É um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta

cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.

A seguir, algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde.
- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada.
- Ajudar nos cuidados de higiene.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos.
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais.
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto.
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde.
- Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

4 - O Cuidador e a Equipe de Saúde

O ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas, etc.

A parceria entre os profissionais e os cuidadores deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalização, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.

5 – Principais ações de cuidado na cela prisional

Importante considerarmos que nem todas as orientações aqui expostas, podem ser executadas em cela, considerando sua limitação de ir e vir, mas, a aquisição de conhecimento fará do cuidador um grande multiplicador e em liberdade, poderá utilizar os ensinamentos aqui adquiridos:

- Manter a cela limpa e higienizada.
- Procure cuidar e manter os medicamentos de uso controlado do paciente, sob supervisão e em local fresco.
- Procure manter boa relação com o paciente, propondo formas de cuidado que convenham ao bom andamento dos seus trabalhos e da saúde do convalescente.
- Ter sob controle o estoque dos insumos e medicamentos necessários para uso contínuo em cela durante feriados e finais de semana.
- Obedecer às orientações da Equipe e mantê-los atualizados sobre os acontecimentos cotidianos do paciente.
- Manter sob vigilância, a qualidade dos alimentos ingeridos pelo paciente, já que a cela não possui refrigeração adequada; entre outros.

6 - Algumas situações de risco e os primeiros socorros

Emergência é sempre uma situação grave que acontece de repente e que requer uma ação imediata com a finalidade de resguardar a vida da pessoa. A pessoa cuidada por estar mais frágil e debilitada pode, de uma hora para outra, ter uma piora súbita em seu estado geral ou sofrer um acidente.

Esteja atento para perceber uma emergência e procure ajuda para lidar com essa situação de maneira firme e segura. Portanto, a emergência requer cuidados imediatos, com a finalidade de evitar complicações graves ou a morte da pessoa cuidada. (...)

O aparecimento súbito de sinais que a pessoa não tinha anteriormente, tais como: sonolência excessiva, confusão mental, agitação, agressividade pode indicar uma situação de emergência. Neste caso, deve-se chamar o Policial Penal de plantão no ambiente.

6.1 - Engasgo

O engasgo ocorre quando um alimento sólido ou líquido entra nas vias respiratórias, podendo desencadear: Aspiração – quando líquidos ou pedaços muito pequenos de alimentos chegam aos pulmões, o que pode provocar pneumonia por aspiração. Sufocamento – ocorre quando pedaços maiores de alimentos ou objetos param na garganta (traquéia) e impedem a passagem do ar. Cuidador, ao perceber que a pessoa cuidada está engasgada, tente primeiro retirar com o dedo o pedaço de alimento que está provocando o engasgo. Caso não consiga, coloque a pessoa em pé, abrace-a pelas costas apertando com

seus braços a “boca” do estômago da pessoa. (Manobra de Heimlich).

Cuidador, ao alimentar a pessoa acamada, coloque-a na posição mais sentada possível com a ajuda de almofadas e travesseiros e não dê líquidos e alimentos à pessoa que estiver engasgada.

6. 2 - Convulsão

A convulsão ou ataque epilético é o resultado do descontrole das ondas elétricas cerebrais e pode acontecer por diversas causas. Não é doença contagiosa, portanto ninguém se contamina ao atender e tocar a pessoa durante a convulsão. Na crise convulsiva a pessoa pode cair, perder a consciência, movimentar braços e pernas contra sua vontade e de maneira desordenada, urinar e defecar involuntariamente. Ao atender a pessoa durante a crise convulsiva, apóie a cabeça da pessoa e gire para o lado, para evitar que a saliva seja aspirada e vá para os pulmões. Proteja a pessoa para ela não se machucar, afastando móveis e objetos. Ao terminar a crise a pessoa acorda confusa, desorientada, sentindo dores no corpo e sem saber o que aconteceu. Tranqüilize a pessoa e procure ajuda da equipe de saúde.

6. 2 - Vômitos

Os vômitos podem estar relacionados à doença ou a uma reação do organismo a um alimento ou medicamento. Vômitos freqüentes causam desidratação principalmente em crianças, idosos e pessoas debilitadas. Para evitar que a pessoa fique desidratada é preciso repor com soro caseiro ou de pacote, o líquido e sais minerais perdidos pelo vômito. Ao atender a pessoa acamada que esteja vomitando, vire-a de lado para evitar que o vômito seja aspirado e chegue aos pulmões.

6.3 - Diarréia

Diarréia são fezes líquidas em maior número do que a pessoa evacuava normalmente. As crianças e os idosos com diarréia podem facilmente ficar desidratadas. 58 A alimentação da pessoa com diarréia não deve ter alimentos fibrosos como: verduras, legumes, frutas, feijão e alimentos doces. Nos primeiros sinais de diarréia e vômitos, prepare soro caseiro ou de pacote e ofereça à pessoa em pequenos goles.

Se a pessoa cuidada, mesmo tomando soro, continuar com vômito ou estiver com

sinais de desidratação, sangue nas fezes, vermelhidão na pele, febre e calafrios, é preciso que seja avaliada pela equipe de saúde. Pessoas com diabetes ou que tomem remédio para o coração podem apresentar complicações mais cedo. 31.6 Desidratação A desidratação acontece quando a pessoa perde líquidos e sais minerais pelo vômito e diarreia.

A pessoa desidratada pode apresentar pele seca, olhos fundos, pouca saliva e urina. Nas crianças pequenas a moleira fica afundada. Sonolência, cansaço, piora do estado geral, pressão baixa, confusão mental são sinais de desidratação grave. Se a pessoa não consegue beber água ou soro, ou os vômitos/diarreia não param, procure a equipe de saúde, pois pode ser necessário aplicar soro na veia.

6.4 - Hipoglicemia

A hipoglicemia é a diminuição do nível do açúcar no sangue. Isso acontece nos diabéticos quando faz muito exercício físico em jejum ou se fica longo tempo sem se alimentar. No Diabético também pode ocorrer hipoglicemia quando a pessoa recebe uma dose de insulina ou de medicamentos para o controle do Diabetes maior que o necessário ou quando consome bebida alcoólica em excesso. A hipoglicemia pode ocorrer em qualquer hora do dia ou da noite, mas em geral acontece antes das refeições.

Os sinais e sintomas de hipoglicemia são: cansaço, suor frio, pele fria, pálida e úmida, tremor, coração disparado, nervosismo, visão turva ou dupla, dor de cabeça, dormência nos lábios e língua, irritação, desorientação, convulsões, tontura e sonolência. Converse com a equipe de saúde para aprender a verificar a glicemia em casa. Se a glicemia estiver abaixo de 50 a 60 mg/dl ou a pessoa estiver sentindo os sintomas referidos acima ofereça-a bala ou meio copo de água com duas colheres de sopa de açúcar. Se ela estiver desmaiada ou se recusar a colaborar, coloque um lenço entre as arcadas dentárias e introduza colheres de café com açúcar entre a bochecha e a gengiva, massageando-a por fora. Assim que a pessoa melhorar, ofereça a ela uma refeição.

Se os sintomas não desaparecerem é preciso procurar imediatamente a equipe de saúde ou um serviço de urgência.

6.5 - Desmaio

Desmaio é a perda temporária da consciência, pode ocorrer quando a pessoa tem uma queda da pressão arterial, convulsões, doenças do coração, hipoglicemia, derrame e

outras. Por esse motivo é preciso identificar a causa do desmaio. Enquanto a pessoa estiver inconsciente, não ofereça líquidos ou alimentos, pois ela pode engasgar.

Verifique se a pessoa apresenta ferimentos ou fraturas. Peça ajuda para levantar a pessoa e colocá-la na cama. Mantenha a pessoa deitada, com a cabeça no mesmo nível do corpo. Se a pessoa que desmaiou for diabética, espere recuperar a consciência, e então ofereça a ela um copo de água com açúcar. Se for possível, meça a pressão e sinta os batimentos do pulso. Se a pessoa não melhorar, procure imediatamente a equipe de saúde.

31.9 Sangramentos É a perda de sangue em qualquer parte do corpo. Pode acontecer externamente ou internamente, resultante de feridas, cortes, úlceras ou rompimento de vasos sangüíneos. O sangramento interno é mais grave e mais difícil de ser identificado. . Procure localizar de onde vem o sangramento e estancá-lo, apertando o local com as mãos. Para evitar contaminação proteja o local com um pano limpo.

Para diminuir o sangramento, utilize compressa com gelo ou água gelada, mantendo elevado. Se a hemorragia acontecer num órgão interno que se comunica com o exterior o sangramento será percebido na boca, nariz, fezes, urina, vagina ou pênis, dependendo do local onde rompeu o vaso sangüíneo.

No sangramento do intestino é possível perceber fezes escuras e com cheiro fétido, o sangue que vem do estômago escuro como borra de café ou vermelho vivo e pode ser observado no vômito. O sangue que sai do pulmão é vermelho vivo e com bolhas de ar. Na hemorragia de bexiga o sangue sai pela urina. O sangue que sai pela vagina pode ser de uma hemorragia da vagina, do útero ou das trompas. Qualquer tipo de sangramento deve ser avaliado pela equipe de saúde.

6.6 - Confusão mental

Na confusão mental a pessoa fica agitada, irritada, desorientada, não sabe onde está e fala coisas sem sentido, parece ativa num momento e logo a seguir pode estar sonolenta e com a atenção prejudicada.

A confusão mental pode acontecer no infarto do coração, desidratação, traumatismo do crânio, infecção, pressão baixa, derrame ou outra doença grave. É preciso que a pessoa seja avaliada pela equipe de saúde. Com o tratamento dessas doenças geralmente a pessoa sai do estado de confusão.

7. O cuidador disciplinado

O cuidador é encarado pelos demais presos, como alguém que recebeu formação/capacitação para os trabalhos e tendem a respeitá-lo e ouvi-lo em casos de emergência e em situações de crise. Passa ele, a ser um porta-voz ou representante dos demais pacientes, diante das autoridades policiais ou profissionais de saúde.

Neste sentido, é importante que:

- Seja solícito para com os demais conviventes,
- Seja Bom ouvinte para que consiga repassar as informações necessárias para resoluções de situações que envolvam os pacientes.
- Seja Educado ao se colocar diante das situações diversas, em busca de atenção às demandas dos pacientes e às suas próprias.
- Seja capaz de compreender as instruções repassadas pelos profissionais de saúde para as ações de cuidado ao paciente e seja capaz de executá-las com eficiência.

8. Orientações Gerais para ser um bom cuidador:

- Nunca faça nenhuma tarefa com dúvidas importantes. Pergunte ao responsável na hora, se possível. Se não for possível, anote tudo que fez, da forma que fez, e em momento oportuno mostre para o responsável e tire todas as dúvidas relacionadas.
- Sempre peça ajuda, caso não se sinta capaz de fazer uma atividade sozinho.
- Sempre ajude o paciente ou seu cuidador do momento, para que tudo corra bem.
- Faça um check list das coisas que precisa resolver com o responsável para que, durante a supervisão do técnico, as suas necessidades sejam atendidas.

Bons Cuidados!

NSAP/ Coordenação do Projeto para Inserção do Cuidado

Abril/2026