

# **CUIDADOS PALIATIVOS E LUTO EM SAÚDE PRISIONAL: GUIA SENSÍVEL PARA TRABALHADORAS E TRABALHADORES**

**Ana Paula Melo Dias**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Dias, Ana Paula Melo

Cuidados paliativos e luto em saúde prisional  
[livro eletrônico] : guia sensível para trabalhadoras  
e trabalhadores / Ana Paula Melo Dias ; organização  
Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira. -- 1. ed. --  
Campo Grande, MS : Fiocruz Pantanal, 2025.

PDF

Bibliografia

ISBN 978-85-66909-68-5

1. Assistência social 2. Cuidados de saúde  
3. Cuidados paliativos 4. Luto - Aspectos  
psicológicos 5. Política de saúde 6. Prisioneiros -  
Saúde  
7. Saúde pública I. Oliveira, Sandra Maria do Valle  
Leone de. II. Título.

25-318578.0

CDD-365.66

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Assistência social : Prática profissional :  
Prisioneiro : Serviço social 365.66

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

Alexandre Rocha Santos Padilha - Ministro da Saúde

## FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

Mário Santos Moreira - Presidente

## FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ MATO GROSSO DO SUL - FIOCRUZ MS

Jislaine de Fátima Guilhermino - Coordenadora

## COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO DA FIOCRUZ MS

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento - Vice-Coordenadora de Educação

## SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS)

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas - Secretária

## DEPARTAMENTO DE ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS DE SAÚDE COMUNITÁRIA

José Eudes Barroso Vieira - Diretor

## COORDENAÇÃO-GERAL DO ACESSO E EQUIDADE (CGAEQ)

Lilian Silva Gonçalves - Coordenadora

## COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM CONFLITO COM A LEI

Ethel Proença Braga - Coordenadora

## FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ MATO GROSSO DO SUL - FIOCRUZ MS

Rua Gabriel Abrão, 92 - Jardim das Nações, Campo Grande-MS

CEP 79081-746

Telefone: (67) 3346-7220

E-mail: [educacao.ms@fiocruz.br](mailto:educacao.ms@fiocruz.br)

Site: [www.matogrossodosul.fiocruz.br](http://www.matogrossodosul.fiocruz.br)

CAMPO GRANDE, MS - 2025

## CRÉDITOS

### COORDENAÇÃO GERAL

Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira (FIOCRUZ MS)

### COORDENAÇÃO ACADÊMICA

Everton Ferreira Lemos

### COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Ewângela Aparecida Pereira

Silvia Helena Mendonça de Moraes

### COORDENAÇÃO DO RECURSO EDUCACIONAL

Ana Paula da Costa Marques

### AUTOR

Ana Paula Melo Dias

### APOIO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

Antonio Luiz Dal Bello Gasparoto

### REVISÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

Jorge Esteves Teixeira Junior

### REVISÃO E NORMATIZAÇÃO

Davi Bagnatori Tavares

### PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

André Julien de Sousa Morato

### AValiação EXTERNA

Águida Luana Veriato Schultz

Assessoria Técnica - Saúde Prisional

(COAPC/CGAEQ/Desf/Saps/MS)

Anna Karolline dos Anjos de Moraes

Assessoria Técnica - Saúde Prisional

(COAPC/CGAEQ/Desf/Saps/MS)

Evellyn Waleska Silva dos Santos

Assessoria Técnica - Saúde Prisional

(COAPC/CGAEQ/Desf/Saps/MS)

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, a disseminação e a utilização desta obra, em parte ou em sua totalidade, nos Termos de uso do ARES. Deve ser citada a fonte e é vedada sua utilização comercial.  
© 2025. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul.

Esse produto faz parte das atividades do Núcleo de Evidências de Mato Grosso do Sul (NEVMS), com nome de NEV Pantanal e o as ações do Programa de Avaliação e Qualificação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (QUALI-SaP-PNAISP). TED 81/2023.



# **CUIDADOS PALIATIVOS E LUTO EM SAÚDE PRISIONAL: GUIA SENSÍVEL PARA TRABALHADORAS E TRABALHADORES**

**Ana Paula Melo Dias**

## **Introdução**

Este material foi elaborado como recurso educacional complementar ao *Curso de Qualificação em Saúde Prisional para o Fortalecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (QUALISaP-PNAISP)*, com o objetivo de oferecer reflexões e ferramentas de avaliação sobre temas que atravessam silenciosamente a prática profissional e que, muitas vezes, permanece pouco discutido: os cuidados paliativos, a morte e o luto das pessoas privadas de liberdade.

Ao longo destas páginas, o estudante-trabalhador será convidado a conhecer conceitos fundamentais, reconhecer os desafios e as especificidades desse cuidado em contextos de privação de liberdade e explorar instrumentos que podem contribuir para práticas mais sensíveis e compassivas.

Seja bem-vindo e boa leitura!

### *História para inspirar...*

*João, homem pardo de 62 anos, vivia havia mais de duas décadas em unidades prisionais. A hipertensão e a diabetes haviam evoluído para complicações renais e cardíacas. Nas últimas semanas, já quase não conseguia caminhar até o pátio para o banho de sol. Passava os dias deitado, entre a dor no corpo e o cansaço da alma.*

*Quando lhe perguntaram o que mais lhe pesava, João não falou da doença, mas da solidão: “Eu só queria segurar a mão da minha filha de novo. Não sei nem se vou ter essa chance...”*

Naquele espaço de muros e grades, a doença não era apenas física. O sofrimento atravessava o corpo, mas também o coração, as memórias, os vínculos interrompidos. A morte rondava, mas o que doía mais era a sensação de estar morrendo sozinho, invisível.

Queremos convidá-lo a iniciar esta cartilha conhecendo e refletindo sobre algumas ideias, conceitos e modos de compreender o sofrimento e a vida. Não se trata de buscar definições estáticas, mas de abrir caminhos de sentido. A filosofia, a sociologia e a ética nos acompanham nessa travessia, ampliando nossas bases conceituais para que possamos fortalecer nossa presença diante do outro.

Vamos lá?

### **Vamos começar definindo cuidados paliativos?**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020),

Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes – adultos e crianças – e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Eles previnem e aliviam o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (World Health Organization, 2020, tradução nossa).

Mais do que um conjunto de intervenções, os cuidados paliativos representam uma postura ética e compassiva diante da vulnerabilidade

humana. Seu objetivo é garantir bem-estar e conforto, respeitando a singularidade, os valores e os desejos de cada pessoa, desde o início do adoecimento até o fim da vida.

### **Reflexão na Prática**

Precisamos pensar em cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS)?

Sim! A APS é a base fundamental do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), e os cuidados paliativos certamente não poderiam ficar de fora. Veja como isso aparece na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define a APS ou Atenção Básica (AB) como:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, *cuidados paliativos* e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017, grifo nosso).

### **Saiba mais!**

Pontos-chave da definição de cuidados paliativos da OMS

#### **1. Melhoria da qualidade de vida**

O foco central é o bem-estar integral da pessoa e de seus familiares. A cura pode não ser possível, mas o cuidado é sempre necessário.

#### **2. Prevenção e alívio do sofrimento**

A abordagem não se limita ao tratamento de sintomas. Busca antecipar e aliviar o sofrimento em todas as suas dimensões: física, emocional, social e espiritual.



### **3. Abordagem abrangente e precoce**

Os cuidados paliativos podem ser iniciados desde o diagnóstico de uma condição grave e devem caminhar junto ao tratamento curativo, sempre que possível.

### **5. Aplicação em diferentes fases da doença**

Não se restringe ao fim de vida. Pode e deve ser oferecido em qualquer fase de doenças crônicas, degenerativas e infecciosas ou em situações de vulnerabilidade extrema.

### **4. Foco na pessoa e na família**

Reconhece que o sofrimento é compartilhado: familiares, amigos e cuidadores também necessitam de apoio, escuta e orientação.

### **6. Caráter multidisciplinar e intersetorial**

A prática envolve equipes multiprofissionais, articulando-se com a comunidade e com outros setores, como justiça e assistência social.

Os cuidados paliativos se relacionam com diversas dimensões e níveis de cuidado. Assim, podemos refletir sobre quais *abordagens paliativas* se inserem nas atribuições da APS, na qual podemos fazer muito! Já pensou sobre isso?

Na prática, como podemos aplicar essas abordagens em uma equipe de Atenção Primária Prisional? Vamos começar pensando em alguns passos que promovem cuidado ampliado e integral, como:

- **Identificar precocemente** pessoas privadas de liberdade que estão em situação de maior sofrimento ou risco;
- **Avaliar e manejar sintomas** como dor, falta de ar, ansiedade e insônia;
- **Acolher o sofrimento emocional e social**, oferecendo cuidado psicossocial;
- **Apoiar vínculos familiares**, facilitando contatos e despedidas possíveis;
- **Acompanhar doenças crônicas** e o declínio funcional com um olhar ampliado;

- **Articular a rede e os níveis de atenção** à saúde para oferecer cuidado integral e multiprofissional;
- **Defender direitos**, inclusive a possibilidade de aplicação de prisão domiciliar humanitária em fases avançadas de doença;
- **Praticar a comunicação compassiva** e a construção compartilhada de planos de cuidado.

Nesta cartilha, vamos aprofundar alguns desses pontos, para compreender como os cuidados paliativos podem se tornar um olhar ampliado sobre o cuidado em nosso cotidiano na saúde prisional.

Vamos ilustrar com alguns breves exemplos?

### ***Cenário 1 – Dor crônica e privação de liberdade***

Pessoa com artrose avançada, restrição de mobilidade e piora da dor ao dormir em colchão fino e cela superlotada.

→ A APS Prisional pode atuar ajustando a analgesia, propondo alongamentos, oferecendo práticas integrativas e complementares, buscando melhoria do colchão e acompanhando a saúde mental.

### ***Cenário 2 – Doença em estágio avançado***

Pessoa com insuficiência cardíaca grave, dispneia aos mínimos esforços e internações hospitalares frequentes.

→ A APS Prisional pode identificar a necessidade de cuidados paliativos com manejo de sintomas mais graves (exemplo: instrumentos SPICT/NECPAL), controlar sintomas, integrar a família, articular a rede de saúde para acessar a oxigenoterapia e discutir a possibilidade de prisão domiciliar humanitária.

### ***Cenário 3 – Luto invisível***

Pessoa recebe a notícia da morte de um familiar, sem possibilidade de despedida.

→ A APS Prisional pode acolher a dor, viabilizar telefonema ou carta, oferecer cuidado psicossocial e incluir a pessoa em grupos de apoio ao luto.

## ***Imagens que falam***

Imagine uma vela acesa. Os cuidados paliativos não buscam prolongar a chama a qualquer custo, nem apagá-la antes do tempo. Eles protegem a vela do vento, ajustam o pavio e buscam calor e significado no que ainda brilha.

Agora, vamos trilhar alguns conceitos essenciais para aprofundar nossas reflexões sobre o tema?



## **Entre o visível e o invisível: como pensar a morte o luto como parte essencial do cuidar?**

Em sua vida pessoal e profissional, você já pensou em como a morte e o luto se fazem presentes?

Embora ainda tratemos a morte como um tabu, ela pode ser compreendida como um convite à reflexão sobre o sentido de viver. Vamos pensar sobre isso juntos?

Se imaginarmos um iceberg, sabemos que a maior parte dele é invisível e submersa, sustentando toda a estrutura que emerge à superfície. Assim também são as ideias, sentimentos e experiências que surgem diante da morte e do luto, uma dimensão invisível, densa e complexa, que atravessa nossa existência e também a prática do cuidado.

Olhar, reconhecer e validar essas partes em nós mesmos e em quem cuidamos é essencial e exige presença, sensibilidade e coragem.

Vamos juntos puxar algumas linhas de conceitos importantes?

Diferentes pensadoras e pensadores buscaram compreender o que sustenta a existência humana. Uma dessas perspectivas vê a morte como produtora de sentido, um limite que confere forma à existência e desperta a consciência para uma vida mais autêntica, que se reconhece como finita (Heidegger, 2012). Outra perspectiva propõe o nascimento como centro do sentido humano, afirmando que o sentido da vida não está no fim, mas na capacidade de iniciar algo novo: cada ato, cada gesto, cada relação pode representar um recomeço (Arendt, 2020). Há ainda uma terceira

via, que compreende o sofrimento e a finitude como oportunidades para reencontrar propósito, sustentando que o ser humano, mesmo em meio à dor, pode escolher responder à vida com sentido (Frankl, 1985).

Você já tinha parado para olhar a morte por essas perspectivas?

### **Vamos refletir?**

“O que dá sentido à vida: a consciência da morte, a possibilidade de começar de novo ou a busca singular de sentido em meio ao sofrimento? Ou seriam todas essas possibilidades? Como pensar esses elementos no contexto de privação de liberdade?”

### **E o luto? Como podemos defini-lo?**

Assim como a morte, o luto é parte da vida, e ambos traduzem processos profundamente humanos e inevitáveis. Mais do que uma fase, o luto é uma travessia, não algo que se *vence* nem que se *supera*, mas algo que se *vive*. Cada pessoa encontra seu próprio ritmo para atravessar a dor e reorganizar o mundo, que se transforma após a perda.

O luto pode ser compreendido como um processo ativo que envolve quatro tarefas essenciais: aceitar a realidade da perda; elaborar e expressar a dor da perda; ajustar-se a um mundo sem a pessoa que se foi; e, por fim, encontrar um novo lugar simbólico para a presença de quem se foi e seguir adiante. Não se trata de uma sequência linear, mas de um movimento que exige envolvimento, entrega e reconstrução (Worden, 1998).

Outras abordagens compreendem o luto como um fluxo contínuo entre dois polos: o da perda e o da restauração. Há momentos de imersão profunda na dor e outros de reconstrução e ressignificação afetiva, em um movimento pendular entre o recordar e o seguir adiante. Essa oscilação é parte natural da adaptação, permitindo que a vida reencontre um novo equilíbrio (Stroebe; Schut, 1999).

Você conseguiria pensar nesse processo como um pêndulo de um grande relógio da vida, movendo-se em seu próprio ritmo e dando o compasso do tempo?

Há também descrições mais amplas das reações humanas diante da perda e da morte, que incluem sentimentos como negação, raiva, barganha, tristeza, aceitação e esperança. Esses caminhos não são rígidos, mas expressões possíveis da alma em busca de sentido, modos de reorganizar

a existência diante da ameaça da finitude e do enfrentamento das perdas (Kübler-Ross, 1985).

Falar sobre morte e luto, portanto, é cuidar dessa base, muitas vezes invisível e pouco acessada da vida. É permitir que o sofrimento encontre voz, forma, sentido e ritmo, para que o cuidado emergja não apenas como técnica, mas como gesto ético, compassivo e profundamente humano.

### ***Reflexão na prática***

No contexto da saúde prisional, o movimento pendular do luto encontra severas limitações. A dor, muitas vezes, precisa ser contida, pois demonstrar fragilidade na cultura dos estabelecimentos penais pode ser interpretado como sinal de fraqueza, e a restauração é dificultada por barreiras materiais e simbólicas, como o isolamento, a ausência de rituais e a falta de acolhimento coletivo. Compreender essas especificidades pode ajudar os profissionais de saúde a reconhecer que o luto exige espaço para ambos os movimentos: o da perda e o da reconstrução. A famosa psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, ao propor os estágios do luto, destacou que a esperança é uma das últimas fases. No contexto prisional, essa fase adquire uma dimensão complexa da busca de sentido e planos de vida. A pessoa presa vive profundas privações, e o luto atravessa sua experiência de privação de liberdade, uma vez que é preciso lidar com o entrelace entre perdas reais (como a morte de familiares e amigos) e simbólicas (como a limitação da autonomia para resolver seus próprios problemas e para escolher os momentos em que estará com os entes queridos).

### ***Imagens que falam***

Viver o luto é como atravessar um rio de correnteza. Em alguns momentos, a pessoa é arrastada pela força da água (perda); em outros, consegue nadar em direção à margem (restauração). A travessia não é retilínea, mas feita de fluxos calmos e quedas-d'água abruptas.

**Mas, afinal, por que estudar esses temas em saúde prisional?**



O luto e as perdas reais e simbólicas fazem parte da vida das pessoas privadas de liberdade e ignorá-los é apagar uma humanidade já ferida. Ao compreender que os cuidados paliativos são um direito humano universal, reforçamos o compromisso ético de aliviar o sofrimento e afirmar a dignidade em todos os territórios.

Nos contextos de privação de liberdade, os cuidados paliativos assumem um papel ainda mais desafiador e necessário, tornando-se um ato de resistência ética diante das práticas e dispositivos que tendem a desumanizar corpos e restringir o direito à dignidade. Cuidar, nesses espaços, é reconhecer que cada pessoa importa e que, mesmo sob condições adversas, sempre há espaço para aliviar a dor, resgatar o sentido existencial e afirmar a vida.

### ***Vamos refletir?***

“Se a morte é parte da vida, como posso, na minha prática em saúde prisional, abrir espaço para que ela seja vivida com dignidade e humanidade?”

Agora, vamos refletir sobre o sofrimento e o cuidado no contexto prisional, considerando suas dimensões epidemiológicas, sociais, políticas e existenciais? O desafio, neste momento, é compreender como a privação de liberdade, a seletividade penal, o racismo estrutural, o envelhecimento das pessoas privadas de liberdade e as formas de controle e exclusão expressas nos estabelecimentos penais atravessam o ato de cuidar. Vamos juntos?

## Especificidades do sofrimento em cenário prisional

### *História para inspirar...*

*Ana, 29 anos, mulher preta, soube da morte da mãe por um comunicado seco do policial penal: “Sua mãe faleceu ontem”. A notícia chegou sem preparo, sem abraço, sem espaço para perguntas. Ana pediu para ir ao velório, mas o pedido lhe foi negado. Foi acolhida por uma amiga de cela, com quem costumava refletir sobre as dores de ser mulher preta privada de liberdade nesse mundo permeado por preconceitos e exclusões.*

*À noite, na cela, chorou em silêncio. O que mais doía não era a ausência definitiva, mas a lembrança da última visita, marcada por uma discussão. Pensava repetidamente: “Ela foi embora achando que eu não a amava...”.*

O luto de Ana não encontrou espaço: não houve ritual, despedida nem acolhimento coletivo. Restou apenas um corpo negro trancado, carregando mais uma dor inaudível.

Como reconhecer o luto e os sofrimentos, identificando como essas experiências se manifestam nas pessoas privadas de liberdade, em suas perdas reais e simbólicas?

## Envelhecer, adoecer e morrer no estabelecimento penal

Estudar sobre a saúde nos estabelecimentos penais é olhar para um espelho ampliado das vulnerabilidades, desigualdades e iniquidades do país. O sistema prisional brasileiro abriga hoje mais de 850 mil pessoas, embora a estrutura física tenha sido planejada para um número muito menor. Essa insuficiência de espaço leva à superlotação (Brasil, 2025). Costumamos pensar e ouvir que as pessoas privadas de liberdade são, em sua maioria, jovens, mas você sabia que o crescimento do número de pessoas idosas em privação de liberdade é alarmante? Esse processo de envelhecimento da população privada de liberdade ocorre, de forma geral, em ambientes superlotados e sem infraestrutura adequada, o que compromete a autonomia dessa população, dificulta a atuação das redes de apoio e restringe o direito fundamental de viver e morrer com dignidade (Vilela; Dias; Sampaio, 2021).

Contudo, envelhecer no estabelecimento penal não é apenas uma questão de tempo cronológico. É também uma expressão de raça, gênero e classe, que nos relembra que a história do aprisionamento no Brasil ainda se conecta às heranças do período de escravização. Cerca de 69% das pessoas privadas de liberdade se declaram negras (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025), e a cor, nesse contexto, marca trajetórias atravessadas por exclusão, pobreza e violência estatal. Você sabia que isso tem nome? *Seletividade penal*, expressão que revela que o sistema de justiça criminal não atinge a todos igualmente, mas de forma seletiva e desigual.

Entre as mulheres, a desigualdade ganha novas camadas. Elas representam pouco mais de 5% da população privada de liberdade, mas enfrentam condições ainda mais precárias: falta de acesso aos cuidados em saúde reprodutiva, escassez de insumos básicos de higiene (como absorventes), isolamento, abandono familiar e sobreposição de violências. No caso das mulheres negras, o peso é duplo: são punidas pela lei e pela cor (Araújo *et al.*, 2020; Leal *et al.*, 2022).

Pensar o cuidado nesse cenário exige reconhecer intersecções de gênero e cor como parte de uma postura ética em saúde. O ato de cuidar, portanto, precisa ser baseado em reflexões e práticas descolonizadoras, consolidando o princípio de que todas as vidas são dignas de cuidado.

Os cuidados paliativos e compassivos, nesse contexto, precisam ser mais do que uma prática clínica: devem ser uma postura política e sensível diante das injustiças. Eles precisam ser antirracistas, feministas, anticapacitistas e abertos à diversidade de corpos, afetos e existências, para que os princípios e diretrizes do SUS sejam efetivamente cumpridos.

Aqui, estamos falando sobre interseccionalidade, que mostra como diferentes formas de opressão, como racismo, machismo e desigualdade de classe, agem juntas e afetam a vida das pessoas de modo estrutural. Essa abordagem ajuda a entender que certas políticas e práticas podem reforçar essas desigualdades, produzindo novas formas de exclusão. Por isso, considerar a interseção desses fatores é essencial para criar ações que protejam direitos e reduzam injustiças (Silva; Menezes, 2020).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) (Brasil, 2014), ainda que não mencione diretamente os cuidados paliativos, reafirma o compromisso com o cuidado integral,



contínuo e humanizado. É esse princípio que sustenta a ideia de que garantir dignidade até o fim da vida é parte do direito à saúde, mesmo, e sobretudo, em contextos de privação de liberdade.

### **Reflexão na prática**

Como a identificação das vulnerabilidades e interseccionalidades das pessoas privadas de liberdade nos ajuda a compreender que cuidar é também descolonizar o olhar e reconhecer as feridas históricas que moldam o sofrimento de uma população específica?

### **Como se apresentam as perdas reais, simbólicas e a “morte civil”?**

Você já parou para pensar que vivenciamos diversas perdas ao longo da vida? Essas perdas não se resumem à morte de pessoas queridas, mas incluem rupturas, separações e as mais variadas crises que podem nos causar dor e sofrimento. Por isso, podemos dizer que, de alguma forma, todos nós carregamos nossas experiências de luto. Nesse sentido, convidamos você a refletir sobre o luto como um espaço que nos conecta enquanto humanos.

Voltando nosso olhar para a vida das pessoas privadas de liberdade, percebemos que são vidas atravessadas por perdas múltiplas, reais e simbólicas, que fragilizam a identidade e intensificam o sofrimento. As perdas reais são aquelas que se materializam na ausência definitiva: a morte de familiares, amigos ou colegas de cela, frequentemente marcada por barreiras e desafios no enfrentamento do luto. As perdas simbólicas se acumulam silenciosamente: o afastamento dos filhos, a privação da liberdade e do tempo, o adoecimento do corpo, a identidade perdida, a dignidade negada e a autonomia suspensa. O sofrimento, quando expresso, é, muitas vezes, deslegitimado, e o sujeito é chamado a enfrentar esses sofrimentos como parte da pena.

As instituições totais são espaços que retiram do indivíduo sua autonomia e sua singularidade. No estabelecimento penal, instala-se o que se pode chamar de *morte civil*: o sujeito, ainda vivo, é transformado em um “não ser social”, apagado de seus papéis e de sua história. Essa “morte antes da morte” não é apenas um conceito sociológico, mas uma experiência concreta de desumanização. Reconhecê-la é um passo ético

e político fundamental: só é possível cuidar quando se reconhece o outro como alguém que ainda é (Goffman, 2001).

### **Reflexão na prática**

Você sabia que existe a classificação Z65.1: *Prisão ou encarceramento* no CID-10<sup>1</sup>? Nesse contexto, o encarceramento pode ser compreendido como uma condição que ameaça a vida, em sentido pleno, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual. Ele gera e perpetua sofrimento intenso, expõe à violência, ao isolamento e à ruptura dos vínculos e priva o sujeito de elementos básicos de bem-estar, como liberdade, identidade e projeto de futuro. Na prática, podemos inferir que a privação de liberdade constitui uma condição que ameaça a vida, não apenas pelos riscos físicos que impõe, mas também pelas repercussões emocionais, sociais e espirituais que provoca. Sob a ótica ampliada do conceito de cuidados paliativos da OMS, o encarceramento pode ser reconhecido como uma experiência que demanda alívio da dor e cuidado compassivo, ainda que não figure nos manuais de diagnósticos tradicionais.

### **Aprofundamentos contextuais: biopoder, necropolítica e resistência pelo cuidado**

Vamos expandir um pouco mais nossa visão para compreender outros aspectos relacionados ao contexto do aprisionamento e pensar como esses aprofundamentos podem nos apoiar na reflexão sobre nossas práticas de cuidado?

Os conceitos de *biopoder* e *necropolítica* emergem como lentes que podem ser utilizadas para compreender as relações entre poder, vida e morte na sociedade contemporânea. Você já conhecia esses termos?

O conceito de *biopoder* descreve a forma como o Estado moderno passou a administrar a vida, controlar corpos, disciplinar gestos e organizar populações. O poder deixou de agir apenas pela força física ou pela punição direta e passou a se exercer sobre a própria vida, decidindo como devemos nascer, viver e adoecer (Foucault, 1999).

Já o conceito de *necropolítica*, que surgiu algumas décadas depois, amplia o debate nomeando os contextos em que o poder não apenas regula

---

1 A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) está em processo de atualização. Em 2027, será implantado no Brasil o CID-11.

a vida, mas também decide quem pode morrer e quem deve morrer, quem é digno de cuidado e quem é descartável. Nos estabelecimentos penais, nas periferias e em outros territórios de vulnerabilidade, essa lógica se expressa de forma concreta: abandono, adoecimento e morte tornam-se parte da engrenagem social (Mbembe, 2018).

→ ***O que fazer diante disso? O ato de cuidar como resistência.***

Enquanto o biopoder e a necropolítica moldam corpos, disciplinam gestos e produzem vidas que “valem mais” e vidas que “valem menos”, o ato de cuidar emerge como uma prática contra-hegemônica, um gesto ético e micropolítico, ou seja, no nosso cotidiano, que restitui humanidade ao encontro entre sujeitos.

O cuidado não é apenas uma técnica ou um protocolo, mas um ato vivo, realizado no espaço entre quem cuida e quem é cuidado. É nesse espaço de relação, que deve ser permeado por escuta, presença e responsabilização, que o trabalho em saúde ganha sentido: “no campo da saúde, o objeto não é a cura [...], mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde” (Merhy, 2004, p. 111).

Há três dimensões tecnológicas que podem coexistir nos atos de saúde (Merhy, 2004):

- Tecnologias duras: equipamentos, exames e instrumentos;
- Tecnologias leve-duras: saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia;
- Tecnologias leves: as relações – a escuta, o acolhimento, o vínculo e a confiança.

É justamente nesse terreno das tecnologias leves que o cuidado se faz ato de resistência: porque reafirma o valor da vida singular, mesmo nos espaços em que ela é negada. Cuidar é instaurar vida onde a política tende à morte.

Pessoas que avançam na progressão de alguma doença precisam dos outros níveis de cuidado e tecnologias, e a APS é uma importante coordenadora e apoiadora desse caminho terapêutico.

## **Reflexão na prática**

Trazer esses conceitos para o campo dos cuidados paliativos e compassivos não é apenas um exercício teórico: é uma forma de revelar o sentido ético-político do cuidado. Quando buscamos aliviar o sofrimento e preservar a dignidade, estamos, na prática, resistindo às forças que desumanizam a vida. Assim, como podemos afirmar o cuidado como um contraponto vital à necropolítica, um gesto que devolve presença, reconhecimento e humanidade às pessoas privadas de liberdade?

## **O luto das pessoas privadas de liberdade: dimensões simbólicas e sociais da perda**

As quatro tarefas do luto, apresentadas anteriormente, ganham contornos específicos no contexto de privação de liberdade (Hendry, 2009). Vamos entender melhor?

1. Aceitar a realidade da perda
  - *Alguns obstáculos*: notícias mal comunicadas e ausência de rituais de despedida;
  - *Consequências*: dificuldade de reconhecer a perda como real, prolongando a negação.
2. Elaborar e expressar a dor da perda
  - *Alguns obstáculos*: silêncio forçado e medo de demonstrar fragilidade, sobretudo para homens;
  - *Consequências*: dor silenciada, transformada em sofrimento invisível ou em sintomas físicos e psíquicos.
3. Ajustar-se a um mundo sem a pessoa que se foi
  - *Alguns obstáculos*: rigidez institucional, ausência de apoio social e rotinas que não favorecem a resignificação;
  - *Consequências*: dificuldade de reorganizar papéis e funções.
4. Encontrar um novo lugar simbólico para a presença de quem se foi e seguir adiante
  - *Alguns obstáculos*: falta de apoio psicossocial porque as equipes psicossociais geralmente estão sobrecarregadas e limitadas pelas condições institucionais;

- *Consequências*: dificuldade de ressignificar e encontrar um novo lugar simbólico diante da perda do ente querido e seguir adiante, com risco de cronificação do luto.

Esses obstáculos evidenciam que as tarefas do luto no contexto de privação de liberdade nem sempre são cumpridas, tornando-se fatores de risco para retorno ao sistema prisional (Teixeira Junior, 2024). Já pensou que o acolhimento dos lutos e sofrimentos das pessoas privadas de liberdade pode reduzir a reincidência?

### ***Imagens que falam***

O luto em privação de liberdade é como um rio represado: as águas querem seguir seu curso natural, mas encontram barragens que interrompem o fluxo, criando pressões internas e inundações inesperadas.



### ***Vamos refletir?***

“O que significa envelhecer, adoecer gravemente ou viver um luto dentro de um estabelecimento penal? Como posso, como profissional de saúde, abrir brechas de humanidade nesses cenários?”

### ***Dor Total nas pessoas privadas de liberdade***

Quando pensamos em dor, a primeira imagem que nos vem à mente é a do sofrimento físico. Todavia, o sofrimento de uma pessoa gravemente doecida não se limita à dimensão física; envolve também aspectos emocionais, sociais e espirituais, compondo uma experiência de dor que é, ao mesmo tempo, única e complexa. Assim, o conceito de *dor total* identifica quatro dimensões de sofrimentos: físico, emocional, social e espiritual (Saunders, 2006 *apud* Souza, 2023).

Essa visão rompe com a perspectiva biomédica tradicional e reconhece que a dor é uma linguagem do corpo e da alma, uma expressão do que está sendo perdido, não apenas da doença em si, mas também do sentido de vida ameaçado por ela. Cicely Saunders não apenas formulou

o conceito de *dor total*, como também nos recorda que: “O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida” (Saunders, 2006, p. 31 *apud* Souza, 2023).

A literatura contemporânea vem ampliando esse conceito, integrando o sofrimento às dimensões éticas e relacionais do cuidado (Rattner, 2023).

No contexto prisional, a noção de dor total nos ajuda a compreender que a privação de liberdade não produz apenas sintomas físicos, mas também rupturas emocionais, perdas sociais e feridas espirituais e existenciais, compondo um quadro de sofrimento integral.

### **Reflexão na prática**

Como podemos aplicar o conceito de *dor total* nos planos de cuidado, considerando as especificidades do contexto de privação de liberdade como elementos que atravessam todas as dimensões do sofrimento?

### **Dimensões da dor total nas pessoas privadas de liberdade**

- **Dor física:** manifesta-se sob a forma de doenças crônicas, dores osteomusculares, transtornos de saúde mental, infecções recorrentes e outras associadas às condições de privação de liberdade. Esses sofrimentos ainda podem potencializar as dores relacionadas às outras dimensões do indivíduo;
- **Dor emocional:** relaciona-se ao medo, à culpa, à saudade, à desesperança, à solidão e a outras emoções e sentimentos relacionados à privação de liberdade. O isolamento afetivo e o silenciamento dos sentimentos dificultam o reconhecimento do próprio sofrimento;
- **Dor social:** resulta da ruptura dos vínculos familiares e comunitários, da estigmatização social e da perda de papéis e pertencimento, que configuram a *morte civil*. A pessoa privada de liberdade é afastada de sua rede de apoio, tornando-se, muitas vezes, invisível aos olhos da sociedade;
- **Dor espiritual e existencial:** manifesta-se em crises de sentido, envolvendo culpa, remorso e dificuldade de perdoar e podendo desencadear uma busca e reflexões sobre espiritualidade e fé. Para a pessoa privada de liberdade, a ausência de rituais, a impossibilidade de viver o luto e a perda de esperança podem comprometer o sentido de vida.

## A dor total como ferramenta prática

Agora, vamos alinhar o conceito de *dor total* pensando como uma ferramenta prática? Podemos compreender a dor total como um mapa de quatro dimensões que orienta a escuta, a avaliação e as intervenções em saúde:

- **Dor física:** manejo de sintomas, alívio da dor e atenção a condições crônicas e agudas agravadas pela privação de liberdade. A utilização de instrumentos de avaliação, como as escalas de dor, é importante, assim como a identificação de pessoas com doenças graves;
- **Dor emocional:** escuta qualificada, comunicação compassiva, grupos de apoio, atividades artísticas, como arteterapia, e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS);
- **Dor social:** restabelecimento de vínculos familiares, acesso a benefícios sociais reconhecimento das perdas simbólicas. O apoio da equipe da assistência social é fundamental;
- **Dor espiritual e existencial:** diálogo sobre o sentido da vida, apoio religioso e filosófico, respeito à diversidade religiosa e resgate narrativo da história pessoal.

## Imagens que falam

A dor total é como um mosaico partido. Cada peça representa uma dimensão do sofrimento. Cuidar é ajudar a reorganizar esse mosaico, para que seja possível a expressão da pessoa em sua inteireza.



## Ferramentas e Possibilidades de Cuidado

*História para inspirar...*

*Carlos, homem negro de 54 anos, vivia com insuficiência cardíaca grave. Sentia falta de ar até para atravessar o pátio do estabelecimento penal. Mais do que a dor física, carregava a angústia de não saber se voltaria a ver a neta, que nascera quando ele já estava em privação de liberdade.*

*Na consulta, falou em voz baixa: “Doutora, o que eu mais queria era uma foto dela. Só isso já me faria respirar melhor”.*

O sofrimento de Carlos não cabia em uma receita ou em exames. Ele carregava dores múltiplas – físicas, emocionais, sociais e espirituais –, que exigiam um olhar ampliado do cuidado.

### **Comunicação como caminho: tecer vínculos e possibilitar o cuidado**

A comunicação é o primeiro gesto de cuidado e talvez o mais transformador. Em contextos de privação de liberdade, em que o silêncio é regra e a escuta é rara, falar e ser ouvido tornam-se formas de resistência e de cuidado. Vamos refletir sobre como essa tecnologia leve pode nos apoiar em nossos encontros de cuidado?

Nos cuidados paliativos, a comunicação é o eixo central do cuidado, sustentando as relações entre equipe, pessoa em sofrimento e seus familiares. A comunicação interpessoal, verbal e não verbal, constitui uma tecnologia essencial: é por meio da palavra, do olhar e do gesto que o cuidado se concretiza. Seus pilares fundamentais são a veracidade, a compaixão e o zelo (Silva; Silva, 2024).

Os familiares, nesse processo, são reconhecidos como “enfermos ocultos”: sofrem silenciosamente, atravessando lutos, culpas, medos e exaustão. Por isso, o cuidado precisa alcançá-los também (Silva; Silva, 2024).

### **Comunicação no contexto prisional**

Nos estabelecimentos prisionais brasileiros, a comunicação está frequentemente mediada por barreiras estruturais, como superlotação, falta de privacidade, discriminação e limitação de acesso à informação.



No sistema prisional, o acesso ao cuidado assume diversas formas, como bilhetes enviados pelas pessoas privadas de liberdade, pedidos emergenciais de situações agudas, atendimentos de rotina, consultas agendadas pela equipe de saúde ou encaminhamentos por outros profissionais dentro da mesma equipe. Essas múltiplas portas de entrada ajudam a vencer barreiras, mas também expõem a tensão permanente entre a imensidão das necessidades e os limites da oferta em atendimentos de saúde (Teixeira Junior, 2024). Essas barreiras dificultam práticas humanizadoras e compassivas, tornando o diálogo terapêutico um ato de resistência.

Nesse cenário, o ato de comunicar-se, verbal ou não verbalmente, torna-se a principal tecnologia leve de cuidado. Um olhar atento, um gesto paciente ou uma escuta silenciosa podem carregar relevante potência terapêutica.

### ***A família como parte do cuidado***

Nos cuidados paliativos, a comunicação compreende a família como parte essencial do cuidado. Porém, incluir os familiares no processo comunicativo é um desafio ético e institucional nos estabelecimentos penais. O distanciamento físico e burocrático dificulta a manutenção do vínculo afetivo e intensifica o sofrimento tanto da pessoa privada de liberdade quanto de seus familiares, que também adoecem. A família cumpre, simbolicamente, uma pena compartilhada, vivenciando o estigma, o cansaço e as barreiras de acesso aos espaços de cuidado e visitação (Dias *et al.*, 2025).

### ***Vamos refletir?***

Há quanto tempo você não escreve uma carta? Já pensou que, no contexto de privação de liberdade, esse pode ser um importante meio de comunicação?

A comunicação escrita, especialmente as cartas, pode representar um canal simbólico e afetivo de cuidado. Escrever e receber cartas é um gesto de conexão, de lembrança e reconhecimento mútuo. Contudo, as cartas demoram a sair e a chegar, e o acesso a papel e canetas é frequentemente restrito, o que gera ansiedade, angústia e sensação de isolamento. O que deveria ser um meio de expressão e vínculo se transforma, muitas vezes, em mais uma forma de espera e silenciamento (Teixeira Junior, 2024).

Reconhecer a família e a manutenção de vínculos como parte do cuidado é reconhecer a rede viva que sustenta a dignidade. Manter e fortalecer vínculos familiares, sempre que possível, é uma importante intervenção em saúde. Dessa forma, como podemos, enquanto equipes de saúde, construir fluxos e estratégias para incluir o contato com familiares no plano de cuidado da população assistida?

### ***Empatia e compaixão na comunicação e no cuidado***

A empatia pode ser compreendida como a capacidade de sentir com o outro, de aproximar-se emocionalmente de sua experiência. Entretanto, esse processo tem seus limites: jamais conseguimos sentir exatamente o que o outro sente, pois cada encontro é atravessado por nossas próprias vivências, percepções e histórias (Silva *et al.*, 2024).

A compaixão, por sua vez, vai além da empatia. Como um movimento ético e moral, a compaixão é agir pelo outro, a partir do reconhecimento sensível de seu sofrimento. Trata-se de transformar a percepção da dor alheia em ação de cuidado, sustentada por princípios de justiça e solidariedade. Schopenhauer a descreve como fundamento da moralidade, afirmando: “A compaixão, sozinha, é a base efetiva de toda a justiça livre e de toda a caridade genuína” (Schopenhauer *apud* Silva *et al.*, 2024, p. 13).

No cuidado em saúde das pessoas privadas de liberdade, especialmente sob a perspectiva dos cuidados paliativos, a compaixão torna-se uma atitude indispensável. Ela permite que nossa humanidade encontre espaço para se conectar com a humanidade do outro, aquietando julgamentos e abrindo caminho para uma escuta genuína e respeitosa.

### ***Saiba mais!***

A Terapia Focada na Compaixão (TFC), desenvolvida por Paul Gilbert, parte do reconhecimento de que grande parte do sofrimento humano nasce de emoções difíceis, como vergonha, culpa, medo e autocritica. Seu objetivo é cultivar a autocompaixão, por meio de três movimentos principais:

- Reconhecer o sofrimento;
- Aceitar a vulnerabilidade;
- Agir para aliviar a dor (Gilbert; Simos, 2024).

Você já tinha parado para refletir sobre como a autocompaixão é essencial para olharmos para nós mesmos e para nos conectarmos com quem cuidamos, em nossas humanidades?

Trazendo esse olhar para as pessoas privadas de liberdade, essas emoções são experiências cotidianas e, muitas vezes, silenciadas. Aplicar o olhar compassivo nesse contexto significa reconhecer a humanidade e criar espaços em que seja possível reaprender a sentir sem se destruir. Assim, a compaixão torna-se um caminho de reconexão e reconstrução moral, tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado.

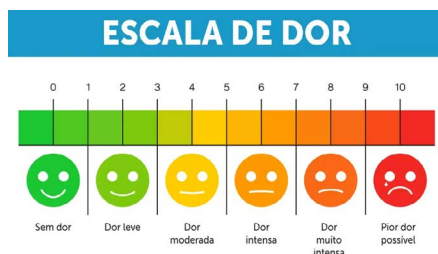
## **Ferramentas de avaliação em cuidados paliativos – acolhendo as dores físicas**

Cuidar é, antes de tudo, reconhecer quem precisa ser cuidado. Na saúde prisional, essa tarefa assume contornos éticos e clínicos complexos: a dor nem sempre é visível, e o sofrimento, muitas vezes, é silenciado. Por isso, instrumentos simples e sensíveis podem se tornar aliados poderosos das equipes que atuam nos estabelecimentos penais.

### ***Escalas de dor***

As escalas de dor são instrumentos que ajudam a traduzir o invisível em palavras e números, possibilitando mensurar a intensidade da dor física e acompanhar sua evolução. Entre as mais utilizadas estão a Escala Visual Analógica (EVA), a Escala Numérica (0-10) e a Escala de Faces. Essas ferramentas são aplicáveis em diferentes contextos e podem ser utilizadas inclusive por pessoas com baixa escolaridade ou dificuldade de expressão verbal.

**Figura 1 – Escala visual analógica de dor (EVA)**



Fonte: Lenorocha (2020).

## ***Instrumentos de avaliação para cuidados paliativos***

A identificação de pessoas com necessidade de cuidados paliativos ainda representa um desafio cotidiano para os profissionais de saúde, sobretudo diante da formação insuficiente na área e da ausência de rotinas sistematizadas de avaliação. Alguns instrumentos estruturados, como escalas funcionais e ferramentas prognósticas, possibilitam o reconhecimento precoce de necessidades e o encaminhamento oportuno (Marques; Cordeiro, 2021). Vamos conhecer duas escalas já traduzidas e validadas no Brasil?

Quando o objetivo é identificar necessidades mais amplas de cuidado, instrumentos como o **SPICT-4ALL-BR** (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool*) e o **NECPAL-BR** (Necessidades Paliativas) auxiliam as equipes a reconhecer sinais de declínio clínico, fragilidade e sofrimento persistente.

O SPICT-4ALL-BR, criado na Universidade de Edimburgo, orienta a observação de internações repetidas, dependência funcional, perda de peso, sintomas não controlados e doenças em estágio avançado.

Acesse a ferramenta: <https://www.spict.org.uk/wp-content/uploads/sites/74/2025/08/20250808-SPICT-4ALL-BR-2023.pdf>

Já o NECPAL-BR (Necessidades Paliativas), validado para uso no Brasil (Santana *et al.*, 2020), propõe iniciar a avaliação com uma pergunta-chave: “Você se surpreenderia se este paciente morresse no próximo ano?”

O instrumento inclui domínios clínicos, sociais e funcionais e facilita o reconhecimento precoce de pessoas que podem se beneficiar de cuidados paliativos.

Acesse a ferramenta: [https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/14378282-b3ad-4fcb-b474-b7158a1ca681/contentINSTRUMENTO NECPAL-BR \(Necessidades Paliativas\)](https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/14378282-b3ad-4fcb-b474-b7158a1ca681/contentINSTRUMENTO%20NECPAL-BR%20(Necessidades%20Paliativas))

Podemos adaptar esses instrumentos ao cenário da saúde prisional, considerando que não há instrumentos específicos validados no Brasil, como o *SPICT Prison*.

### ***Reflexão na prática***

“Você se surpreenderia se este paciente morresse no próximo ano?”

Essa pergunta, que pretende despertar o olhar clínico para a vulnerabilidade diante de doenças graves, adquire uma força ainda maior quando feita em uma instituição penal porque, nesse contexto, a vida está constantemente ameaçada, pela precariedade das condições sanitárias, pela complexidade institucional, pelo sofrimento psíquico e pela erosão cotidiana da dignidade. Assim, a privação de liberdade, em si, pode ser compreendida como uma condição que ameaça a vida, tanto em seu aspecto biológico quanto em seu sentido existencial.

### ***Reflexão na prática***

Em casos de pessoas privadas de liberdade com doenças em estágio avançado, que necessitam de suporte clínico, como oxigenoterapia, acesso venoso, hidratação parenteral, analgesia contínua ou vigilância clínica intensiva, é fundamental refletir sobre as condições reais da instituição penal para oferecer um cuidado seguro e integral.

Quando essas condições não estão disponíveis, a equipe deve articular fluxos intersetoriais com o SUS e o sistema de justiça, considerando a prisão domiciliar humanitária, prevista no art. 318 do Código de Processo Penal (Brasil, 1941), como medida de dignidade e cuidado no fim da vida.

### ***Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)***

Você já ouviu falar ou já experimentou alguma prática integrativa e complementar em saúde? Relembre suas experiências e reflita sobre como podemos pensar essas práticas no cuidado de pessoas privadas de liberdade.

Você sabia que as PICS vêm ganhando cada vez mais espaço no SUS? Essas práticas são reconhecidas oficialmente desde a promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006 (Brasil, 2006).

Esse avanço expressa um movimento que busca resgatar modos mais humanos e integrais de aprender e praticar o cuidado. As PICS se caracterizam pela interdisciplinaridade e por linguagens próprias, que se contrapõem à visão altamente tecnológica e fragmentada da saúde

ainda predominante na sociedade contemporânea (Telesi Junior, 2016). As PICS são procuradas não apenas por apresentarem baixo perfil de efeitos adversos, mas também por seu potencial de estimular processos de autocura, reduzir o consumo de medicamentos e favorecer a escuta e o acolhimento durante o cuidado (Ruela, 2019).

Talvez você tenha percebido que essas práticas têm potencial para ampliar o cuidado das pessoas privadas de liberdade. E como tem sido a implementação das PICS na saúde prisional? Apesar de seu grande potencial para promover saúde mental, aliviar a dor e resgatar o sentido da vida, sua oferta nos estabelecimentos penais brasileiros ainda é heterogênea e limitada.

Profissionais que as utilizam relatam experiências com auriculoterapia, práticas antroposóficas, aromaterapia, arteterapia, meditação, reiki, uso de plantas medicinais, bioenergética e terapias de redução de estresse, reconhecendo nessas práticas formas de cuidado que ultrapassam o modelo biomédico (Teixeira Junior, 2024).

### ***Reflexão na prática***

No campo dos cuidados paliativos e na saúde prisional, as PICS assumem relevância ainda maior, oferecendo recursos para o alívio da dor total e para o resgate do sentido de existir, especialmente entre pessoas com doenças crônicas e limitações funcionais ou em estágio avançado de adoecimento. Dessa forma, como podemos identificar e transpor os desafios para a implementação dessas práticas?

### **Acolher o luto e criar espaços coletivos de cuidado**

Como vimos ao longo desta cartilha, o luto das pessoas privadas de liberdade é atravessado por silêncios, interrupções e impossibilidades. Por isso, acolher o luto é uma forma potente de afirmar a vida nos estabelecimentos penais.

Esse acolhimento pode ocorrer de diferentes formas:

- Facilitando o contato com familiares, por meio de cartas, telefonemas ou fotografias;

- Promovendo grupos de escuta e partilha, em que a perda possa ser narrada, reconhecida e simbolizada;
- Oferecendo consultas individuais e a assistência de grupos psicossociais.

As experiências coletivas, como grupos terapêuticos, rodas de conversa, oficinas de arteterapia e aplicação de PICS, ampliam o espaço de expressão e produzem sentido compartilhado. Quando o sofrimento encontra ressonância no outro, ele deixa de ser peso isolado e se transforma em narrativa possível.

### ***Reflexão na prática***

Os grupos de acolhimento, os atendimentos coletivos psicossociais e as PICS têm se mostrado caminhos potentes para o cuidado em saúde prisional. Ao favorecer falas mais abertas e acolhedoras, esses espaços permitem identificar necessidades de saúde e superar os limites do modelo biomédico tradicional, promovendo saúde mental, vínculo e bem-estar entre as pessoas privadas de liberdade. Mesmo quando ofertadas de forma irregular, essas práticas revelam o potencial transformador do cuidado que escuta, acolhe e compartilha (Teixeira Junior, 2024).

### ***Imagens que falam***

Acolher o luto é como oferecer um copo de água a alguém no deserto. Não resolve a travessia, mas torna o caminho menos árido.

### ***Vamos refletir?***

“Como posso usar a dor total, as ferramentas de avaliação, as PICS e o acolhimento do luto como ferramentas concretas para transformar o cuidado em minha prática prisional?”



## **Avaliação, reflexões finais e perspectivas**

*História para inspirar...*

### **Katy e o caderno**

*Katy, mulher trans parda de 37 anos, passou metade da vida atrás das grades. Durante esse tempo, perdeu o pai, a irmã e alguns amigos de cela, mas não pôde se despedir de nenhum deles em seus funerais. Carregava no corpo dores crônicas e no coração a sensação de vazio, como se cada perda fosse um pedaço de si que se apagava.*

*Certo dia, encontrou um caderno usado, esquecido no corredor. Começou a escrever nele lembranças da infância, histórias da rua, sonhos interrompidos e até pedidos de perdão que nunca conseguiu entregar. Aos poucos, aquele caderno tornou-se um espaço de memória e esperança.*

*Na última consulta, mostrou-o à equipe de saúde e disse, com um tímido sorriso: “Eu sei que não posso recuperar o que ficou para trás, mas, se ainda posso contar a minha história, é porque não perdi tudo. Esse caderno me lembra que ainda sou alguém, e é com ele que vou me reconhecer quando sair”.*

Chegamos ao final dessa travessia. Nesse momento, vamos integrar saberes, práticas e sensibilidades, transformando o cuidado em saúde prisional em um espaço de humanidade possível. Ao longo desse percurso, buscamos abrir janelas para compreender o sofrimento, a comunicação e o acolhimento, reconhecendo o poder da escuta, da presença e da solidariedade como fundamentos do cuidado.

## **Caminhos possíveis para integrar os cuidados paliativos e compassivos à saúde prisional**

Integrar a perspectiva dos cuidados paliativos e compassivos à saúde prisional é reconhecer que o sofrimento humano não se limita ao fim da vida: ele atravessa o cotidiano de quem vive e trabalha no estabelecimento penal.

Formar profissionais sensíveis a essa realidade implica incluir, nas rotinas de cuidado, espaços de escuta, de elaboração e de presença. A



educação permanente, as formações específicas em cuidados paliativos e compassivos e o incentivo à implementação das PICS são estratégias fundamentais para esse processo.

Reconhecer que o cuidado em saúde no estabelecimento penal é também criar frestas de humanidade permite que a dor possa ser vista, nomeada e acolhida como um ato ético e político.

### ***Imagens que falam***

Integrar cuidados paliativos ao cuidado ampliado em saúde, em instituições penais, é como plantar árvores em solo árido: exige esforço e tempo, mas, quando criam raízes, transformam o ambiente.



### ***Trabalho multiprofissional e intersetorial***

O cuidado em saúde prisional não é tarefa de uma única categoria profissional, mas um exercício coletivo de corresponsabilidade. Profissionais das áreas da saúde, segurança e justiça formam uma rede de cuidado que só cumpre seu papel quando seus fios se entrelaçam com respeito e diálogo.

Além disso, projetos e parcerias com instituições universitárias, programas de graduação e residências médicas e multiprofissionais podem fortalecer vínculos e transformar as instituições penais em espaços de cuidado ampliado e cenários de ensino.

O olhar compassivo floresce quando diferentes setores reconhecem seu papel na proteção da vida, especialmente em situações de fim de vida, luto ou adoecimento grave.

### ***Acolhimento e fortalecimento de vínculos familiares***

A família, mesmo ausente ou fragmentada, é fonte de sentido e resiliência para muitas pessoas privadas de liberdade. Facilitar o contato com familiares, por meio de visitas, ligações, fotos ou cartas, pode transformar profundamente a experiência do adoecimento e do luto.

O fortalecimento dos vínculos é uma forma de cuidado que atravessa os muros, reavivando o pertencimento e a esperança.

Reconhecer a família como parte do cuidado é também reconhecer o sofrimento invisível de quem “cumpre pena junto”, muitas vezes em silêncio.

## **Perspectivas e continuidade**

- **Formação profissional:** incluir, nos programas de educação permanente e em outros espaços de formação, conteúdos sistemáticos sobre morte, luto e cuidados paliativos, ampliando o repertório técnico e emocional das equipes;
- **Políticas públicas:** fomentar diretrizes e políticas específicas para o acesso a cuidados paliativos e compassivos no sistema prisional, reconhecendo o direito ao cuidado integral e digno;
- **O papel do estudante-trabalhador:** reconhecer-se como agente de cuidado e transformação em seus cenários de prática, cultivando reflexão crítica, empatia e compromisso ético.

## **Atividade integrativa final: minha bússola de cuidado**

- O que levo comigo desta travessia?
- Que aprendizado foi mais marcante?
- Que imagem ou metáfora melhor traduz meu jeito de cuidar?
- Que compromisso pessoal assumo para minha prática?

Você pode utilizar as questões das seções “*Vamos refletir?*” como perguntas norteadoras para produção do seu texto.

Escreva sua síntese de forma simples e honesta. Essa será a sua bússola de cuidado, o guia íntimo que acompanhará sua travessia profissional.

## **Carta de encerramento**

*Querido estudante-trabalhador,*

*Encerramos este percurso, mas não o caminho. Se cada página foi uma fresta aberta entre muros, que agora você siga levando consigo o olhar que reconhece, nas dores, nas histórias e nos encontros, a potência do cuidado.*

*Cuidar, afinal, é insistir na vida e olhar com respeito e sentido para a morte e para todas as dimensões do sofrimento humano. É fazer germinar humanidade onde ela parece estéril.*

*Que sua prática siga sendo bússola e abrigo compassivos.*

*Com afeto,*

A autora

## Referências

- ARAÚJO, P. F. *et al.* Behind bars: The burden of being a woman in Brazilian prisons- Behind bars: The burden of being a woman in Brazilian prisons. **BMC International Health and Human Rights**, v. 20, 28, 2020. Disponível em: <https://bmcinthealthhumanrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-020-00247-7>. Acesso em: 17 nov. 2025.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. Revisão técnica de Adriano Correia. 13. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.
- BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Levantamento de Informações Penitenciárias**. 18º Ciclo – 1º Semestre 2025. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relatorios-de-informacoes-penitenciarias/relatorio-do-1o-semester-de-2025.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2025.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 8 nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jan. 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html). Acesso em: 8 nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 maio 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html). Acesso em: 8 nov. 2025.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 13 out. 1941. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm). Acesso em: 8 nov. 2025.
- DIAS, A. P. M. *et al.* Vivendo a privação de liberdade: o cuidado do medico de família e comunidade a familiares e egressos do sistema prisional. *In*: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE; SASSI, A. P.; FIUZA, T. M.; DIAS, R. B. (org.). **PROMEF Programa de Atualização em Medicina de Família**

- e Comunidade:** Ciclo 20. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2025. p. 47-77.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública.** São Paulo: FBSP, 2025. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2025/09/anuario-2025.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- FRANKL, V. E. **Em busca de sentido.** Petrópolis: Vozes, 1985.
- GILBERT, P.; SIMOS, G. (org.). **Terapia focada na compaixão:** aplicações e prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2024.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo.** Tradução e organização de Fausto Castilho. Campinas: Editora Unicamp; Petrópolis: Editora Vozes, 2012.
- HENDRY, C. Incarceration and the tasks of grief: a narrative review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 2, p. 270-278, 2009. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04890.x.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** Tradução de T. L. Kipnis. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- LEAL, M. *et al.* Health of female prisoners in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p. 4521-4529, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d9VRytNkdLmKQTxrVvY6vKG/?format=html&lang=en>. Acesso em: 17 nov. 2025.
- LENOROCHA. Como medir a dor? **Cafisio**, 4 mar. 2020. Disponível em: <https://cafisio.com.br/como-medir-a-dor/>. Acesso em: 13 nov. 2025.
- MARQUES, R. S.; CORDEIRO, F. R. Instrumentos para identificação da necessidade de cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde (REAS)**, v. 13, n. 4, e7051, 2021. DOI: 10.25248/REAS.e7051.2021.
- MBEMBE, A. **Necropolítica.** São Paulo: n-1 Edições, 2018.
- MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS/Brasil:** caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 110-138. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER\\_SUS.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf). Acesso em: 8 nov. 2025.
- RATTNER, M. 'Total pain': reverence and reconsideration. **Frontiers in Sociology**, v. 8, 1286208, 2023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/sociology/articles/10.3389/fsoc.2023.1286208/full>. Acesso em: 13 nov. 2025.
- RUELA, L. O. *et al.* Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e

- complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DQgMHT3WqyFkYNX4rRzX74J/?lang=pt>. Acesso em: 8 nov. 2025.
- SANTANA, M. T. E. A. *et al.* Cross-cultural adaptation and semantic validation of an instrument to identify palliative requirements in Portuguese. **Einstein**, v. 18, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/jXYwndR7CyxFVSMHBrPXMQ/?format=html&lang=en>. Acesso em: 8 nov. 2025.
- SILVA, A. E. *et al.* Fadiga por compaixão. *In*: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS; SILVA, R. S.; GARCIA, J. B. S. (org.). **PROPALIATIVO** – Programa de Atualização em Cuidados Paliativos: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2024. p. 11-47. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).
- SILVA, M. J. P.; SILVA, R. S. Comunicação como um dos pilares dos cuidados paliativos. *In*: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS; SILVA, R. S.; GARCIA, J. B. S. (org.). **PROPALIATIVO** – Programa de Atualização em Cuidados Paliativos: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2024. p. 13-43. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).
- SILVA, R. A.; MENEZES, J. A. A interseccionalidade na produção científica brasileira. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 4, 2020. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082020000400010](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000400010). Acesso em: 17 nov. 2025.
- SOUZA, A. A. *et al.* Sedação paliativa para controle de sofrimento existencial refratário: um fluxograma. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 31, e3605PT, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/B45Srm3fHmM4wyHtYwBHZww/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2025.
- STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. **Death Studies**, v. 23, n. 3, p. 197-224, 1999.
- TEIXEIRA JUNIOR, J. E. **Unidades Básicas de Saúde Prisionais**: estratégias e práticas no SUS para o cuidado de pessoas privadas de liberdade no Complexo Penitenciário da Papuda – DF. 2024. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2024.
- TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gRhPHsV58g3RrGgJYHJQVTn/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 8 nov. 2025.
- VILELA, D. S. D.; DIAS, C. M. S. B.; SAMPAIO, M. A. Idosos encarcerados no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Contextos Clínicos**, v. 14, n. 1, p. 304-329,

2021. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822021000100015](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822021000100015). Acesso em: 8 nov. 2025.

WORDEN, J. W. **Terapia do luto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 8 nov. 2025.



