RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

SEGURANÇA HOSPITALAR NO ATENDIMENTO DE PESSOAS EM FLAGRANTE DELITO: UMA ANÁLISE DE PROTOCOLOS

HOSPITAL SECURITY IN THE CARE OF INDIVIDUALS CAUGHT IN THE ACT OF COMMITTING A CRIME: AN ANALYSIS OF PROTOCOLS

SEGURIDAD HOSPITALARIA EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS EN FLAGRANTE DELITO: UN ANÁLISIS DE PROTOCOLOS

Elaine Cristina do Sacramento Zattera[1], Conrado Luiz Zattera

e7109137
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i10.9137

PUBLICADO: 10/2026

RESUMO

O atendimento hospitalar de pessoas em situação de flagrante delito ou submetidas a outras formas de custódia estatal produz uma interface particularmente sensível entre segurança pública e assistência à saúde. Este artigo analisa aspectos jurídicos, operacionais e assistenciais relacionados à entrada, permanência e custódia desses pacientes em serviços de urgência e emergência, com ênfase na comunicação entre as equipes, na proteção de dados e do sigilo profissional, na avaliação de riscos, no uso proporcional de meios de contenção e na prevenção de exposição ocupacional a agentes biológicos. Adota-se abordagem qualitativa, de caráter exploratório, mediante pesquisa bibliográfica e documental, tendo como fontes centrais a legislação brasileira, atos normativos e literatura relacionada à segurança pública e à assistência em saúde. A análise evidencia que a condição de custodiado não afasta o direito à saúde nem autoriza o compartilhamento irrestrito de informações clínicas. Ao mesmo tempo, a necessidade de preservação da custódia exige medidas de segurança proporcionais, fundamentadas e compatíveis com as condições clínicas do paciente. Propõe-se, como contribuição aplicada, a adoção de protocolo integrado que contemple comunicação prévia, identificação de riscos, fluxo de entrada, definição de responsabilidades, proteção de dados, biossegurança, registro das medidas de contenção e planejamento da alta ou transferência. Conclui-se que a integração institucional, orientada pela legalidade, necessidade, proporcionalidade, segurança do paciente e dignidade humana, constitui elemento central para reduzir riscos e conflitos no atendimento de pessoas sob custódia.

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento hospitalar. Segurança hospitalar. Custódia estatal. Flagrante delito. Protocolos.

ABSTRACT

Hospital care for individuals caught in the act of committing a crime or otherwise placed under state custody creates a particularly sensitive interface between public security and healthcare. This article analyzes legal, operational, and care-related aspects concerning the admission, stay, and custody of these patients in emergency services, with emphasis on communication between teams, protection of personal data and professional confidentiality, risk assessment, proportional use of restraint measures, and prevention of occupational exposure to biological agents. A qualitative, exploratory approach is adopted through bibliographic and documentary research, using Brazilian legislation, normative acts, and literature related to public security and healthcare as central sources.

[1] Universidade Federal do Paraná.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

The analysis indicates that being in custody does not remove the right to healthcare or authorize unrestricted disclosure of clinical information. At the same time, the duty to maintain custody requires proportionate, justified security measures compatible with the patient's clinical condition. As an applied contribution, an integrated protocol is proposed covering prior notification, risk identification, admission flow, allocation of responsibilities, data protection, biosafety, documentation of restraint measures, and discharge or transfer planning. It is concluded that institutional integration, guided by legality, necessity, proportionality, patient safety, and human dignity, is essential to reduce risks and conflicts in the care of individuals under custody.

***KEYWORDS**: Hospital care. Hospital security. State custody. Caught in the act. Protocols.*

RESUMEN
La atención hospitalaria de personas en situación de flagrante delito o sometidas a otras formas de custodia estatal genera una interfaz particularmente sensible entre la seguridad pública y la asistencia sanitaria. Este artículo analiza aspectos jurídicos, operativos y asistenciales relacionados con el ingreso, la permanencia y la custodia de estos pacientes en servicios de urgencias y emergencias, haciendo hincapié en la comunicación entre los equipos, la protección de datos y el secreto profesional, la evaluación de riesgos, el uso proporcional de medidas de contención y la prevención de la exposición laboral a agentes biológicos. Se adopta un enfoque cualitativo de carácter exploratorio mediante investigación bibliográfica y documental, utilizando como fuentes principales la legislación brasileña, las normas reglamentarias y la literatura sobre seguridad pública y asistencia sanitaria. El análisis pone de manifiesto que la condición de persona bajo custodia no anula el derecho a la salud ni autoriza el intercambio irrestricto de información clínica. Al mismo tiempo, la necesidad de mantener la custodia exige medidas de seguridad proporcionales, fundamentadas y compatibles con el estado clínico del paciente. Como contribución aplicada, se propone la adopción de un protocolo integrado que contemple la comunicación previa, la identificación de riesgos, el flujo de ingreso, la definición de responsabilidades, la protección de datos, la bioseguridad, el registro de las medidas de contención y la planificación del alta o traslado. Se concluye que la integración institucional — guiada por los principios de legalidad, necesidad, proporcionalidad, seguridad del paciente y dignidad humana — constituye un elemento clave para reducir riesgos y conflictos en la atención de personas bajo custodia.

***PALABRAS CLAVE:** Atención hospitalaria. Seguridad hospitalaria. Custodia estatal. Flagrante delito. Protocolos.*

INTRODUÇÃO

A entrada e a permanência de pessoas sob custódia estatal em serviços hospitalares de urgência e emergência constituem situações que exigem coordenação entre diferentes deveres institucionais. De um lado, os órgãos de segurança pública devem preservar a custódia, prevenir fugas e proteger a integridade de agentes, profissionais, pacientes e terceiros. De outro, a instituição de saúde deve assegurar atendimento adequado, seguro e não discriminatório, priorizando a avaliação clínica, a estabilização e o tratamento do paciente.

A situação torna-se ainda mais complexa quando o atendimento decorre de flagrante delito ou de lesões relacionadas à ocorrência policial. Nesses casos, a equipe de saúde pode

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

necessitar de informações mínimas sobre o contexto do atendimento para reconhecer riscos imediatos, organizar o fluxo assistencial e adotar medidas de biossegurança. Isso, entretanto, não significa que informações constantes do prontuário ou outros dados clínicos possam ser livremente disponibilizados aos agentes responsáveis pela custódia.

No ordenamento brasileiro, a proteção da dignidade da pessoa humana e da integridade física e moral permanece aplicável às pessoas privadas de liberdade ou submetidas à custódia estatal. Paralelamente, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) disciplina o tratamento de dados pessoais, incluindo dados referentes à saúde, classificados como sensíveis. A análise do cenário, portanto, demanda conciliação entre segurança institucional, assistência à saúde, sigilo profissional e proteção de dados.

O problema de pesquisa que orienta este estudo é: de que modo protocolos integrados entre instituições de saúde e órgãos de segurança pública podem compatibilizar a manutenção da custódia com a prestação de assistência hospitalar segura, ética e juridicamente adequada? O objetivo geral é analisar os principais riscos e limites jurídicos e operacionais envolvidos no atendimento de pessoas sob custódia em unidades hospitalares e propor elementos para um protocolo integrado.

A relevância do tema decorre da necessidade de reduzir decisões improvisadas em situações de elevada complexidade. A ausência de fluxos previamente definidos pode gerar falhas de comunicação, exposição indevida de dados, uso desproporcional de meios de contenção, riscos de fuga e acidentes envolvendo agentes biológicos. A construção de procedimentos institucionais claros pode contribuir para a segurança do paciente, dos trabalhadores e da própria atividade de custódia.

1. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica e documental. A análise documental concentra-se em normas jurídicas brasileiras e atos institucionais pertinentes à proteção da dignidade, à assistência à saúde, à proteção de dados pessoais, ao uso de algemas e à responsabilização de agentes públicos. A pesquisa bibliográfica considera literatura relacionada à segurança pública, ao atendimento em saúde e à gestão de riscos.

A análise foi organizada em categorias temáticas previamente definidas a partir do problema de pesquisa: entrada e comunicação entre as equipes; proteção de dados e sigilo profissional; contextualização do paciente; riscos de fuga e de violência; biossegurança; uso de meios de contenção; e responsabilidades jurídicas. Não se pretende estabelecer uma regra

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

operacional única para todos os estabelecimentos, mas identificar requisitos mínimos que possam subsidiar a elaboração ou revisão de protocolos locais.

Como limitação, destaca-se que o estudo não apresenta investigação empírica em hospitais ou órgãos de segurança pública. Assim, as recomendações propostas devem ser submetidas à validação institucional e adaptadas às características físicas, assistenciais, jurídicas e operacionais de cada serviço.

2. INTERFACE ENTRE SEGURANÇA PÚBLICA E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A entrada e custódia para atendimento hospitalar de pessoa apanhada em flagrante delito ou contra a qual exista mandado de prisão e que apresente lesões, ou ainda encaminhada por serviços de socorro imediato, como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou bombeiros, via de regra, na maioria das ocasiões é realizada pela Polícia Administrativa, função esta desempenhada pela Polícia Militar:

> A Polícia Administrativa é a função exercida especificamente pelas polícias militares de todo o país, com característica ostensiva e com função preventiva, isto é, a prevenção da atividade delituosa do indivíduo, a fiscalização da prática pelos cidadãos de toda a legislação pertinente e a preservação da ordem pública (a segurança de direitos e a proteção bens tutelados juridicamente, como a vida e a propriedade. Quando ocorre a quebra da ordem ou o cometimento de algum crime, a Polícia Administrativa, de forma repressiva, desempenha ações para o restabelecimento da normalidade, bem como prisão e encaminhamento dos indivíduos à polícia judiciária. (ZATTERA; PEREIRA FILHO, 2023).

A Polícia Administrativa consubstancia-se na atividade exercida pelas corporações militares estaduais com caráter predominantemente ostensivo, preventivo e fiscalizatório, voltada à preservação da ordem pública e tutela de bens jurídicos essenciais, como a vida e a propriedade. Sob a ótica operacional, quando ocorre a quebra da normalidade ou a constatação de infração penal em situação de flagrância, essa mesma polícia atua de forma repressiva e imediata para o restabelecimento da paz social, o que inclui a contenção, o algemamento legal e a escolta do indivíduo até a rede de saúde para a devida lavratura posterior dos atos de polícia judiciária.

A Polícia Administrativa, dentro de sua missão constitucional, possui inúmeras modalidades de policiamento, dentre as quais se destaca o radiopatrulhamento, no qual a equipe policial executa o patrulhamento subordinada a uma central que recebe as ocorrências pelo número telefônico 190 e as despacha, via rádio, para a equipe policial, usualmente em viatura, modalidade que atua ininterruptamente, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana:

> Sendo uma modalidade de policiamento executada com eficiência pelas Organizações Policiais Militares operacionais de área, o radiopatrulhamento

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

> consiste no emprego do rádio atrelado à viatura policial, o que permite uma resposta rápida para o atendimento das mais diversas ocorrências, desde a prevenção do crime até a sua flagrância, além da potencialização da coordenação entre as diversas equipes em serviço por meio do rádio comunicador. (ZATTERA; PEREIRA FILHO, 2023).

A apresentação por outras autoridades, como Guardas Municipais e Polícias Civis, também ocorre, porém com menor frequência, em razão não apenas da superioridade de efetivo e de cobertura territorial das Polícias Militares, mas também do próprio dever constitucional por elas exercido.

Nessa perspectiva, o deslocamento para o ambiente hospitalar inaugura um momento de extrema sensibilidade operacional e jurídica. A equipe de radiopatrulhamento ou de unidades especializadas da Polícia Militar, ao realizar a escolta, deixa o seu habitat tático natural e passa a atuar em um espaço civil — o pronto-socorro —, onde as prioridades institucionais de segurança e custódia encontram-se diretamente com o dever constitucional de prestação de socorro e preservação da vida. Consequentemente, a eficiência desse procedimento inaugural depende de uma comunicação fluida entre os órgãos de atendimento pré-hospitalar (SAMU/Bombeiros) e os agentes de segurança, garantindo que o indivíduo custodiado receba o tratamento médico de urgência sem que sejam negligenciados os protocolos obrigatórios de vigilância, prevenção de fugas e controle de periculosidade.

2.1. Paciente em pronto atendimento de urgência sob custódia

O paciente em pronto atendimento de urgência é a pessoa que, no caso em tela, é escoltada e apresentada por uma autoridade policial para atendimento médico-hospitalar com um quadro agudo ou risco iminente de morte, decorrente geralmente de lesões sofridas em prática delituosa em flagrante, do cumprimento de mandado de prisão judicial em aberto por meio da força policial, ou ainda da necessidade de tratamento decorrente de condição patológica preexistente agravada pelo confinamento.

Nessa ótica, a figura do custodiado no ambiente de saúde representa um duplo desafio fático e normativo. Trata-se de um indivíduo que, simultaneamente, ostenta a condição de jurisdicionado sob a tutela restritiva do Estado — exigindo rigorosos padrões de vigilância, contenção de riscos e prevenção de fugas — e a condição de paciente amparado por princípios constitucionais inegociáveis, como o direito à saúde, à integridade física e à assistência humanizada.

A convergência desses papéis antagônicos no ecossistema hospitalar exige das equipes médicas, de enfermagem e de segurança pública uma atuação plenamente sincronizada. Enquanto os profissionais de saúde concentram esforços na reversão do quadro clínico crítico e

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

na estabilização do paciente, os agentes de escolta mantêm a custódia legal, garantindo que o direito à assistência médica transcorra sem comprometer a ordem pública, a segurança de terceiros ou a eficácia das medidas legais subsequentes.

2.2. Regramentos jurídicos de proteção de dados e sigilo

No contexto do atendimento, faz-se necessário trazer à baila a observância do ordenamento jurídico pertinente aplicável tanto para assegurar a privacidade do paciente quanto para manter a integridade funcional e o atendimento praticado pelos agentes que estão em serviço, destacando-se a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, segundo a qual os dados referentes à saúde, como os constantes de fotografias, exames, prontuários e vídeos, são classificados como dados pessoais sensíveis, assegurados pela proteção contida na referida Lei:

> Art. 5º Para os fins desta Lei, considera-se:
> I - dado pessoal: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável;
> II - dado pessoal sensível: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, **dado referente à saúde** ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;
> III - dado anonimizado: dado relativo a titular que não possa ser identificado, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento;
> IV - banco de dados: conjunto estruturado de dados pessoais, estabelecido em um ou em vários locais, em suporte eletrônico ou físico;
> V - titular: pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento;
> VI - controlador: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais;
> VII - operador: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador; (...) (BRASIL, 2018, grifo nosso).

O ambiente hospitalar — especialmente em situações que envolvem pacientes sob custódia policial, quadros de urgência e emergência ou exposição a situações vexatórias — constitui um ecossistema altamente sensível no que tange à privacidade e ao tratamento de informações. A divulgação não autorizada de dados de saúde, tais como fotografias de prontuários, exames de imagem, vídeos de atendimento ou informações sobre o estado clínico e jurídico do custodiado, representa uma grave violação legal e ética, com repercussões diretas sobre os direitos fundamentais da personalidade.

Sob a égide da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD — Lei nº 13.709/2018), as informações referentes à saúde de um indivíduo são categorizadas explicitamente como **dados pessoais sensíveis** (art. 5º, inciso II), exigindo padrões rigorosos de segurança, sigilo e restrição de acesso. O vazamento ou a exposição indevida dessas informações rompe o dever de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

confidencialidade inerente à atividade médica e de segurança, expondo o paciente a constrangimentos ilegais e discriminatórios.

A LGPD estabelece princípios como finalidade, adequação, necessidade, segurança e prevenção. Aplicados ao contexto hospitalar, esses princípios recomendam que o acesso e o compartilhamento de informações sejam delimitados à finalidade legítima e ao mínimo necessário. A existência de interesse de segurança pública, por si só, não transforma o prontuário em documento de livre acesso.

Também é necessário distinguir os tratamentos realizados pelo estabelecimento de saúde daqueles realizados por órgãos de segurança pública. A própria LGPD contém disciplina específica para determinadas operações relacionadas à segurança pública e à investigação ou persecução penal, o que exige análise do contexto e da base jurídica aplicável (BRASIL, 2018). No ambiente hospitalar, a proteção de dados de saúde continua sendo elemento central da relação assistencial.

A responsabilidade pelo tratamento inadequado de dados deve ser examinada segundo as circunstâncias concretas, as funções exercidas por controlador e operador e as disposições dos arts. 42 a 45 da LGPD. Não é adequado afirmar, de modo genérico, que todos os agentes respondem solidariamente em qualquer situação. A responsabilização depende da conduta, do regime jurídico aplicável e dos requisitos previstos na legislação.

No plano assistencial, o sigilo profissional também desempenha função essencial. Informações clínicas somente devem ser compartilhadas quando houver fundamento jurídico e finalidade legítima, observados os deveres éticos da profissão. Em situações de emergência, a prestação do cuidado não deve ser condicionada à obtenção de consentimento quando a legislação e as circunstâncias clínicas autorizarem ou exigirem a atuação imediata.

3. CONHECIMENTO DO PACIENTE

Ao se apresentar um indivíduo em flagrante de prática delituosa, ou em cumprimento de mandado de prisão preexistente, sugere-se a apresentação da identificação do indivíduo e também um breve histórico do ocorrido para contextualização e melhor consciência situacional da equipe que irá realizar o atendimento médico.

3.1. Histórico criminal

Além do repasse pela equipe policial do histórico do ocorrido para contextualização e melhor consciência situacional da equipe médica, faz-se necessário o levantamento de histórico criminal do indivíduo a ser atendido, como homicídios e crimes de maior potencial ofensivo, pois

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

o histórico a ser analisado reflete diretamente na avaliação de risco e na postura de vigilância a ser adotada tanto pela equipe policial quanto pela equipe médica.

O histórico criminal, isoladamente, não permite concluir que uma pessoa apresentará comportamento violento ou tentará fugir durante o atendimento. Para fins de segurança, devem ser priorizadas informações atuais e verificáveis, como ameaça concreta, tentativa recente de fuga, comportamento agressivo observado, estado de agitação, uso de substâncias e condições clínicas capazes de alterar a percepção ou o comportamento. A avaliação deve ser individualizada e proporcional.

Essa abordagem reduz o risco de decisões baseadas em preconceitos e melhora a qualidade da comunicação entre as equipes. O objetivo do protocolo não é definir a "periculosidade" do paciente, mas identificar riscos específicos para que sejam adotadas medidas adequadas ao caso.

3.2. Histórico de doenças transmissíveis

O histórico de doenças transmissíveis em detentos constitui um dos maiores desafios de saúde pública e segurança institucional, especialmente quando esses indivíduos são subitamente inseridos em redes de atendimento de urgência hospitalar. A alta prevalência de patologias infecciosas no sistema prisional decorre de fatores estruturais crônicos — como superlotação, insalubridade, ventilação deficiente e carência de assistência médica contínua — transformando o ambiente carcerário em um vetor de amplificação epidemiológica.

Para as equipes de saúde e os agentes de segurança que realizam a escolta, o conhecimento prévio ou a suspeita de um quadro infectocontagioso não se restringe a uma mera formalidade clínica; trata-se de um mecanismo essencial de biossegurança situacional. As principais morbidades que compõem esse perfil epidemiológico exigem protocolos específicos de manejo:

3.2.1. Doenças de transmissão respiratória (aerossóis e gotículas)

Tuberculose (TB): É uma das patologias de maior incidência e relevância no sistema prisional brasileiro, com taxas de infecção significativamente superiores às da população geral. A superlotação das celas e a convivência prolongada em ambientes fechados facilitam a disseminação do *Mycobacterium tuberculosis*. Durante o atendimento de urgência — principalmente se o custodiado apresentar tosse persistente, dispneia ou surtos de agitação psicomotora —, o risco de contaminação aérea por aerossóis para a equipe médica e policial é iminente, exigindo o uso imediato de máscaras de proteção respiratória adequadas (como a PFF2/N95).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

Infecções Virais Agudas (Influenza e outras viroses respiratórias): Quadros gripais e síndromes respiratórias agudas graves (SRAG) também circulam com facilidade no cárcere, potencializados pela tosse e por espirros durante resistências ativas ou contenções físicas.

3.2.2. Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e patógenos sanguíneos

HIV, Hepatite B e Hepatite **C:** O confinamento, associado a práticas de vulnerabilidade e ao uso de materiais perfurocortantes clandestinos (como lâminas de barbear ou tatuagens artesanais não esterilizadas), eleva os índices de portadores crônicos desses vírus. No contexto hospitalar, o risco biológico se manifesta de forma aguda durante situações de confronto, contenção física ou uso de força, nas quais ocorrem mordidas, arranhaduras ou exposição a fluidos corporais (sangue e saliva). Qualquer solução de continuidade na pele (cortes ou arranhões) dos profissionais ou respingos em mucosas (olhos, nariz e boca) configuram acidentes de exposição biológica de alto risco.

3.2.3. Infecções de pele e partes moles

Escabiose (Sarna), Pediculose e Infecções Estafilocócicas (como o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina – MRSA): Condições dermatológicas contagiosas são frequentes devido à aglomeração e à precariedade de itens de higiene pessoal. Além do desconforto, lesões de pele abertas ou abscessos aumentam o risco de transmissão por contato direto durante o manuseio e a imobilização do paciente.

3.2.4. A interface entre o histórico epidemiológico e a prática profissional

A identificação prévia de doenças transmissíveis altera drasticamente a dinâmica de atendimento no pronto-socorro. Ela exige que a equipe policial e os profissionais de saúde adotem, de forma simultânea, Medidas de Precaução Padrão e Baseadas na Transmissão.

Contudo, essa triagem epidemiológica deve ser conduzida com absoluta discrição e respeito ao sigilo profissional e à dignidade da pessoa humana. O estigma associado à condição de detento portador de doença infectocontagiosa não pode servir de justificativa para tratamentos vexatórios, isolamentos desproporcionais ou negligência na prestação do socorro médico. O equilíbrio reside na proteção coletiva contra agentes biológicos perigosos, sem que haja a supressão dos direitos fundamentais garantidos ao indivíduo sob custódia.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

4. RISCOS POTENCIAIS

A análise de riscos potenciais no contexto de pacientes sob custódia — que envolve a interseção delicada entre o cuidado em saúde e a segurança de custódia policial — é um procedimento de governança clínica e jurídica indispensável. O objetivo central é antecipar cenários críticos de conflito de missões: enquanto a equipe de saúde busca a preservação da vida, do bem-estar e o sigilo profissional, a equipe policial foca na custódia, prevenção de fugas e garantia da ordem pública.

5. RISCO DE FUGA

Ao realizar o atendimento médico de um indivíduo preso e sob custódia do Estado, deve-se ter em mente que o custodiado avalia o risco de executar uma fuga, principalmente ao se avaliar o ambiente físico em que se encontra, o fluxo de pessoas e a possibilidade de fragilidade de escolta por parte da equipe policial em decorrência de procedimentos médicos a serem executados.

Para pacientes sob custódia, caso os agentes verifiquem potencial risco de fuga, o uso de algemas deve observar a Súmula Vinculante nº 11 do Supremo Tribunal Federal:

> Só é lícito o uso de algemas em casos de resistência e de fundado receio de fuga ou de perigo à integridade física própria ou alheia, por parte do preso ou de terceiros, justificada a excepcionalidade por escrito, sob pena de responsabilidade disciplinar, civil e penal do agente ou da autoridade e de nulidade da prisão ou do ato processual a que se refere, sem prejuízo da responsabilidade civil do Estado. (BRASIL, 2008)

Também se faz relevante um local específico no ambiente hospitalar para a realização do atendimento do paciente em epígrafe, se possível em andar não térreo, com janelas possuindo gradil, e portas com trancas reforçadas.

6. IMPUTAÇÕES LEGAIS

Um dos pontos mais críticos nessa interface é a imposição de medidas vexatórias desnecessárias, como a manutenção prolongada de algemas em pacientes debilitados, anestesiados ou em procedimentos que não oferecem risco real de fuga, bem como a exposição desrespeitosa da condição de saúde ou jurídica do custodiado perante terceiros e meios de comunicação.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

Tais condutas afrontam diretamente o núcleo essencial da dignidade da pessoa humana, princípio reitor do Estado Democrático de Direito brasileiro (BRASIL, 1988). A restrição de liberdade imposta pela custódia penal não autoriza a supressão dos demais direitos inerentes à pessoa humana, exigindo das autoridades e profissionais envolvidos uma atuação pautada estritamente pela razoabilidade e proporcionalidade. Verifica-se, também, a possível incidência da Lei de Abuso de Autoridade (Lei nº 13.869/2019), que tipifica como crime, entre outras condutas, constranger o preso, mediante violência, grave ameaça ou redução de sua capacidade de resistência, a exibir-se ou ter seu corpo exibido à curiosidade pública ou a submeter-se a situação vexatória ou a constrangimento não autorizado em lei (BRASIL, 2019). No plano sanitário e ético, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e os Códigos de Ética Profissional (médica e de enfermagem) garantem o atendimento humanizado, a autonomia do paciente e o sigilo profissional, vedando a cooperação de profissionais de saúde em atos de coação, tortura ou tratamentos degradantes (BRASIL, 1990).

7. PROPOSTA DE PROTOCOLO INTEGRADO

Com base na análise realizada, propõe-se um conjunto mínimo de etapas para subsidiar protocolos institucionais. A proposta não substitui normas locais, ordens judiciais, regulamentos sanitários ou atribuições legais dos órgãos envolvidos:

I. Comunicação prévia: Sempre que as circunstâncias permitirem, informar à unidade hospitalar a chegada de pessoa sob custódia, indicando a existência da custódia e riscos imediatos conhecidos.

II. Definição do fluxo de entrada: Estabelecer acesso e percurso que reduzam exposição desnecessária do paciente e minimizem riscos para profissionais, usuários e terceiros.

III. Triagem e prioridade clínica: Submeter o paciente à avaliação assistencial segundo critérios clínicos, sem discriminação decorrente da condição de custódia.

IV. Briefing de segurança: Compartilhar com a equipe apenas informações necessárias à segurança: risco atual, comportamento observado e circunstâncias relevantes para prevenção de violência ou fuga.

V. Proteção de dados: Restringir acesso a prontuários, exames, imagens e demais dados clínicos às pessoas e finalidades autorizadas, observando LGPD e sigilo profissional.

VI. Plano de custódia: Definir, com a equipe de segurança, posicionamento dos agentes, controle de acesso e medidas para prevenção de fuga, sem interferência desnecessária no cuidado.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

VII. Contenção excepcional: Quando necessária, utilizar meio proporcional e juridicamente fundamentado, com registro da justificativa e reavaliação diante de mudanças clínicas.

VIII. Biossegurança: Aplicar precauções padrão e específicas conforme risco de transmissão, incluindo EPI e fluxo de atendimento ocupacional em caso de exposição.

IX. Registro e comunicação de incidentes: Documentar eventos relevantes, incluindo fugas, agressões, exposições ocupacionais, alterações de contenção e falhas de comunicação.

X. Alta ou transferência: Planejar antecipadamente a continuidade do cuidado e a transferência da custódia, definindo responsabilidades e informações clínicas que precisam acompanhar o paciente.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os elementos analisados indicam que o principal desafio não está na escolha entre segurança e assistência, mas na organização de mecanismos capazes de fazer com que ambas ocorram simultaneamente. A adoção de fluxos integrados reduz a dependência de decisões improvisadas e permite que cada instituição atue dentro de suas competências.

A comunicação constitui ponto crítico. Informação insuficiente pode expor trabalhadores e usuários a riscos evitáveis; informação excessiva pode violar direitos e ampliar indevidamente o acesso a dados sensíveis. O critério operacional mais consistente é a comunicação orientada por finalidade: informar aquilo que é necessário para uma decisão concreta de segurança ou assistência, preservando o restante sob as regras de sigilo.

Outro aspecto relevante é a individualização das medidas de contenção. A condição de custódia não transforma automaticamente o paciente em pessoa de alto risco. Da mesma maneira, uma situação inicialmente estável pode se modificar durante o atendimento. Por isso, protocolos devem prever avaliação contínua e comunicação entre as equipes.

A proposta apresentada também evidencia a necessidade de indicadores de qualidade. Instituições que adotarem protocolos integrados podem acompanhar, por exemplo, número de incidentes de segurança, eventos de fuga ou tentativa de fuga, exposições ocupacionais, ocorrências de uso de contenção, falhas de comunicação e não conformidades relacionadas ao acesso a dados. Esses indicadores podem subsidiar ciclos de melhoria contínua.

O atendimento hospitalar de pessoas sob custódia estatal constitui cenário de elevada complexidade, no qual segurança pública, assistência à saúde, proteção de dados, biossegurança e direitos fundamentais precisam ser considerados de forma integrada. A condição de custodiado não elimina o direito à assistência nem autoriza tratamento degradante, assim como a necessidade de atendimento não elimina o dever de preservação da custódia.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

A análise demonstrou que a comunicação entre os órgãos envolvidos deve ser estruturada por finalidade e necessidade, evitando tanto a omissão de informações relevantes para a segurança quanto o compartilhamento indiscriminado de dados clínicos. A LGPD e o sigilo profissional impõem limites importantes, enquanto a legislação constitucional e infraconstitucional estabelece parâmetros para a atuação dos agentes públicos.

Quanto aos riscos operacionais, destacam-se a possibilidade de fuga, a ocorrência de violência e a exposição a agentes biológicos. A resposta institucional deve privilegiar avaliação individualizada, prevenção, medidas proporcionais e registro das decisões. No caso das algemas, a excepcionalidade e a fundamentação previstas na Súmula Vinculante nº 11 devem ser observadas, com especial atenção às condições clínicas do paciente.

Como contribuição prática, propôs-se um protocolo integrado composto por comunicação prévia, fluxo de entrada, triagem clínica, briefing de segurança, proteção de dados, planejamento da custódia, contenção excepcional, biossegurança, registro de incidentes e organização da alta ou transferência. A implementação dessas medidas, adaptada à realidade de cada instituição, pode favorecer maior previsibilidade, segurança e respeito aos direitos fundamentais.

Por fim, recomenda-se que pesquisas futuras incorporem investigação empírica em hospitais e órgãos de segurança pública, permitindo avaliar a efetividade dos protocolos propostos, identificar barreiras de implementação e construir indicadores comparáveis. Dessa forma, o debate poderá avançar de uma abordagem predominantemente normativa para modelos de gestão de segurança hospitalar sustentados também por evidências produzidas no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Súmula Vinculante nº 11. Brasília, DF: STF, 2008.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em:

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 12 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.869, de 5 de setembro de 2019. Dispõe sobre os crimes de abuso de autoridade e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13869.htm. Acesso em: 12 set. 2026.

ZATTERA, C. L.; PEREIRA FILHO, A. L. A necessidade de readequação dos limites geográficos nos bairros da região sul de Curitiba: uma abordagem sob a ótica do radiopatrulhamento. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, [S. l.], v. 4, n. 11, e4113664, 2023. DOI: https://doi.org/10.47820/recima21.v4i11.3664. Acesso em: 2 set. 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.