

ATENÇÃO À SAÚDE EM UM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO SOB A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

HEALTH CARE IN A PSYCHIATRIC CUSTODY AND TREATMENT
HOSPITAL FROM THE PERSPECTIVE OF NURSING PROFESSIONALS

ATENCIÓN A LA SALUD EN UN HOSPITAL DE CUIDADO Y
TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO BAJO LA PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA

Laís Garcia Coelho¹
Sheila Rubia Lindner²
Jeferson Rodrigues³

RESUMO: Este estudo buscou identificar as fragilidades e fortalezas da assistência de enfermagem às pessoas internadas em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. O trabalho foi realizado a partir de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, sendo o cenário um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de uma cidade da região Sul do Brasil. A coleta de dados, realizada em janeiro de 2023, se deu através de entrevistas semi-estruturadas com 13 profissionais de enfermagem da instituição. A análise de dados resultou em duas categorias (fragilidades e fortalezas) e quatro subcategorias: infraestrutura, gestão, assistência à saúde e cuidado de enfermagem. Os resultados destacaram as fragilidades da gestão do sistema de saúde público brasileiro diante do cenário de justiça e a forma como essas fragilidades impactam no trabalho dos profissionais da saúde. Por outro lado, a escuta ativa e o cuidado da equipe de enfermagem destacam-se como ferramentas fundamentais para superar esses desafios no âmbito judiciário e promover o cuidado integral aos pacientes internados no HCTP.

2184

Palavras-chave: Saúde mental. Assistência de enfermagem. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Saúde coletiva. População privada de liberdade.

ABSTRACT: This study aimed to identify the weaknesses and strengths of nursing care for people admitted to a forensic psychiatric hospital. The work was conducted through a qualitative, descriptive-exploratory research approach, with the setting being a Forensic Psychiatric Hospital in a city in the southern region of Brazil. Data collection, carried out in January 2023, was done through semi-structured interviews with 13 nursing professionals from the institution. Data analysis resulted in two categories (weaknesses and strengths) and four subcategories: infrastructure, management, health care, and nursing care. The results highlighted the weaknesses of the Brazilian public health system management in the context of justice and how these weaknesses impact the work of health professionals. On the other hand, active listening and the care provided by the nursing team stand out as fundamental tools to overcome these challenges within the judicial framework and promote comprehensive care for patients admitted to the forensic psychiatric hospital.

Keywords: Mental health. Nursing care. Forensic Psychiatric Hospitals. Public health. Population deprived of freedom.

¹Enfermeira pela Universidade Federal de Santa Catarina. Residente em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública de Florianópolis.

²Doutorado em Saúde Pública, professora, Universidade Federal de Santa Catarina.

³Professor Associado II do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMEN: Este estudio buscó identificar las debilidades y fortalezas de la atención de enfermería a personas internadas en un hospital de custodia y tratamiento psiquiátrico. El trabajo se realizó a partir de una investigación cualitativa, de carácter descriptivo-exploratoria, teniendo como escenario un Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico de una ciudad de la región sur de Brasil. La recolección de datos, realizada en enero de 2023, se realizó a través de entrevistas semiestructuradas a 13 profesionales de enfermería de la institución. El análisis de los datos resultó en dos categorías (debilidades y fortalezas) y cuatro subcategorías: infraestructura, gestión, atención de salud y atención de enfermería. Los resultados resaltaron las debilidades en la gestión del sistema público de salud brasileño frente al escenario de justicia y la forma en que esas debilidades impactan el trabajo de los profesionales de la salud. Por otro lado, la escucha activa y la atención por parte del equipo de enfermería se destacan como herramientas fundamentales para superar estos desafíos en el ámbito judicial y promover la atención integral a los pacientes ingresados en el hospital.

Palabras clave: Salud mental. Asistencia de enfermería. Hospitales de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico. Salud pública. Población privada de libertad.

INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início simultaneamente ao surgimento do movimento sanitário na década de 70, que propunha a transformação dos modelos de atenção e gestão em saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços, bem como o empoderamento dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

No fim da década de 70, diversos movimentos relacionados à saúde - como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com participação popular inclusive de familiares de pacientes, e o Movimento Sanitário - denunciaram os abusos ocorridos em instituições psiquiátricas, assim como a deterioração das condições de trabalho, como resultado do caráter autoritário do governo dentro dessas instituições (BRASIL, 2005).

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica foi um movimento que buscou transformar o modelo de atenção à saúde mental, substituindo o antigo modelo manicomial - centrado na internação prolongada em hospitais psiquiátricos - por um modelo mais humanizado e integrado à comunidade (BRASIL, 2005).

Neste sentido, no sistema penal brasileiro, os indivíduos portadores de transtornos mentais são denominados de inimputáveis ou semi-imputáveis. De acordo com o Art. 26 do Código Penal Brasileiro “é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 1940).

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) surgiram como instituições destinadas ao cumprimento da medida de segurança aplicada à pessoas que cometeram algum crime e foram considerados inimputáveis ou semi-imputáveis durante a execução da pena (CAETANO, 2019).

Por fim, a Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu marco em 2001, com a publicação da Lei 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, sendo responsável por um dos mais significativos movimentos de transformação na área da saúde no País das últimas quatro décadas (MACHADO, 2020). Desde a publicação desta lei, existem diversas recomendações para que os HCTPs se ajustem de acordo com as novas normas da saúde mental, conforme descrito no documento “Relatório Final do Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” (BRASIL, 2002). Entretanto, estudos recentes evidenciam que a Reforma Psiquiátrica não alcançou os HCTP e os pacientes dessas instituições seguem estigmatizados, tendo os seus direitos humanos violados (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Em fevereiro de 2023, foi aprovada a Resolução nº 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e visa “adequar a atuação da Justiça às normas nacionais e internacionais sobre os direitos das pessoas em sofrimento mental ou com deficiência psicossocial em conflito com a lei” (BRASIL, 2023, p.3). O documento fornece subsídios aos juízes para assegurar o direito a tratamento ao decorrer de todo o processo penal, desde a audiência de custódia até o eventual cumprimento de medida de segurança (COFEN, 2023).

2186

É importante mencionar que, embora a Reforma Psiquiátrica tenha tido início na década de 1980, ela ainda não foi completamente implementada e passa por diversas tentativas de desmonte nos dias atuais. Como exemplo podemos citar a apresentação do Projeto de Decreto Legislativo nº 81/2023, que visa sustar a aplicação da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023 do Conselho Nacional de Justiça, e foi apresentado para a Câmara dos Deputados apenas um mês após a aprovação da Resolução nº 487. No momento a ementa encontra-se na situação “Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário”.

Por conta disso, o movimento de desinstitucionalização e transformação do modelo de atenção em saúde mental segue em curso, com o objetivo de garantir a humanização do

cuidado, a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e a ampliação da oferta de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (MACHADO, 2020).

Este estudo é norteado pela seguinte questão: “Quais as fortalezas e fragilidades da assistência de enfermagem em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico?”. Neste sentido, o objetivo dessa pesquisa é identificar as fortalezas e fragilidades da equipe de enfermagem na assistência às pessoas internadas em um HCTP.

MÉTODO

Estudo qualitativo, de caráter descritivo-exploratório, realizado com os enfermeiros e técnicos de enfermagem responsáveis pela assistência à saúde dos pacientes internados em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de um município da região Sul do Brasil.

Os critérios de inclusão utilizados foram os profissionais que trabalham no HCTP há pelo menos seis meses e que aceitaram participar da pesquisa. Como critérios de não inclusão estavam os profissionais em férias e/ou licença saúde durante o período da coleta. Por fim, como critérios de exclusão, foram considerados aqueles que não apresentaram o tempo de experiência proposto previamente.

2187

Os convites para participar do estudo foram feitos de forma presencial, a partir de uma conversa individual, em que foram explicados os objetivos e metodologia do estudo e dirimida as dúvidas dos participantes. Posteriormente, de acordo com a disponibilidade de cada profissional durante o plantão, as entrevistas foram realizadas dentro de uma sala reservada da unidade.

As entrevistas aconteceram durante o mês de janeiro de 2023 e foram realizadas pela própria pesquisadora. Antes da entrevista iniciar, os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de Uso de Depoimentos, oficializando sua participação no estudo e autorizando a gravação de suas vozes.

As entrevistas foram conduzidas utilizando um roteiro semi-estruturado, composto por sete perguntas referentes à temática, em que a pesquisadora direcionava as questões já existentes, e se necessário, explorava novas questões em função do conteúdo fornecido pelo entrevistado, visando atender aos objetivos da presente pesquisa. Esse momento foi registrado através de um dispositivo de gravação de áudio. Posteriormente, os dados foram

transcritos para o *Google Docs*[®], para que pudessem ser organizados e analisados. Além disso, foram assegurados aos 13 entrevistados o anonimato, bem como o direito de recusar participação ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Os dados foram analisados seguindo o método de Laurence Bardin, que propõe uma abordagem metodológica para a análise de dados qualitativos que envolve três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2004). O processo de análise resultou em duas categorias (fragilidades e fortalezas) e quatro subcategorias: infraestrutura; gestão; assistência à saúde e cuidado de enfermagem. Por fim, para garantir o anonimato dos participantes, adotou-se a codificação que inseriu as abreviações “E” para enfermeiros e “TE” para técnicos de enfermagem.

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) conforme o parecer nº 5.782.707 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 61936622.6.0000.0121. E também foi autorizado pela direção geral do HCTP, cenário deste estudo.

A pesquisa está em conformidade com as orientações estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual define as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), e pela Resolução nº 510/2016, do mesmo conselho, a qual trata das normas aplicáveis a pesquisas em Ciências (BRASIL, 2016),

2188

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

O estudo foi realizado em um HCTP de um município da região Sul do Brasil. Esta instituição conta com oito enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem.

Participaram do estudo 13 profissionais de enfermagem, sendo seis enfermeiros e sete técnicos de enfermagem, nove do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com idades entre 26 e 65 anos, sendo dois com idade entre 26 e 30 anos, quatro entre 31 e 40 anos, seis entre 41 e 50 anos e um entre 51 e 65 anos.

Com relação ao tempo de atuação dentro do HCTP, a variação foi de seis meses a 31 anos, sendo 9 com tempo de trabalho entre um a 10 anos, três entre 11 a 20 anos e um entre 21 e 31 anos.

Além disso, dos 13 profissionais de enfermagem participantes da pesquisa, sete possuem algum tipo de especialização, variando entre gestão em saúde pública, UTI,

acupuntura, urgência e emergência, políticas públicas e metodologia *Lean*, enquanto seis não possuem nenhum tipo de especialização. Nenhum participante possuía especialização em saúde mental.

A análise de dados resultou em duas categorias (fragilidades e fortalezas) e quatro subcategorias, as quais serão exemplificadas e analisadas com base nas perspectivas dos profissionais: infraestrutura; gestão; assistência à saúde e cuidado de enfermagem.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes incluídos no estudo

Categoria	N	%
Sexo		
Feminino	9	69,23%
Masculino	4	30,77%
Profissão		
Enfermeiro	6	46,15%
Técnico de Enfermagem	7	53,85%
Idade		
26-30	2	15,38%
31-40	4	30,77%
41-50	6	46,15%
51-65	1	7,69%
Tempo de atuação no HCTP (anos)		
1-10	9	69,23%
11-20	3	23,08%
21-31	1	7,69%
Especialização		
Saúde mental	0	0,00%
Gestão em Saúde Pública	1	7,69%
Políticas Públicas	1	7,69%
Urgência e Emergência	2	15,38%
UTI e Urgência e Emergência	1	7,69%
Acupuntura	1	7,69%
Metodologia <i>Lean</i>	1	7,69%
Não possui	6	46,15%

Fonte: Autores (2024).

Funcionamento do HCTP

De acordo com os entrevistados, os pacientes podem ser admitidos no HCTP por diferentes meios, sendo os principais: determinação judicial, medida de segurança e encaminhamento de outra unidade prisional.

Então os pacientes entram aqui por 3 vias: determinação judicial, que aí é o juiz que determina; por estar em surto nas unidades prisionais, vir fazer uma avaliação e aí acaba internado né; ou por medida de segurança, que aí o juiz determina que ele tem que cumprir uma medida de segurança, então essas são as maneiras que eles entram aqui no hospital (E1).

O paciente pode vir de três vias: ou ele vem de outra instituição em que ele está preso, para realizar o laudo de sanidade mental aqui; ou ele veio já pra cumprir medida de segurança, então ele vem pra cá já com a medida de segurança, ou é ex-paciente que vem da rua e o juiz já conhece e manda pra cá por determinação judicial (TE5).

Em todos os casos, a admissão no HCTP inicia com o acolhimento do enfermeiro e posteriormente da equipe multidisciplinar, para determinar a necessidade de internação e o tipo de tratamento necessário.

Normalmente ele é internado, aí a enfermagem faz o acolhimento geral, vê se toma alguma medicação específica, se tem alguma mancha ou algum ferimento, algum sinal de agressividade, isso é algo muito importante aqui pra nós pelo fato de ser justiça, porque o paciente pode vir a ter algum problema, então a gente precisa saber se na hora que ele entrou aqui ele apresentava algum sinal de agressividade ou qualquer coisa parecida (E1).

Fica eu, o paciente, a gente tem um questionário com as principais questões, a gente vê se ele tá mais eufórico, se ele tá agressivo, se tem algum risco de suicídio, faz os testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite. Explica que ele está em um hospital de custódia, vê se ele está orientado e faz um acolhimento com ele, dá o material de higiene, falar que a gente tá aqui, falar como funciona se ele precisar de ajuda da psicologia, da enfermagem, quando é que ele vai poder ter as consultas né, que é meio que quinzenal, das assistentes sociais e da psicóloga, aí colocam ele na cela, ele toma banho e esse é o acolhimento(E10).

Um diferencial na assistência de enfermagem é a forma com que é feita a escala de trabalho da equipe, visto que os profissionais trabalham um dia e folgam quatro:

A gente trabalha um dia e folga quatro, ficamos 24 horas aqui, e nessas 24 horas a gente ajuda a verificar os sinais vitais, ajuda nas demandas dos pacientes, quando tem intercorrência faz alguma medicação se necessário, conforme prescrição médica. A gente passa as prescrições médicas à mão para o computador. Atende paciente, conversa, faz evolução, todas essas coisas assim (E6).

Apenas três dos 13 entrevistados mencionam os protocolos de enfermagem existentes na instituição:

O hospital tem protocolos também, tem protocolo de risco de suicídio, de contenção, a gente segue os protocolos para conseguir estabilizar os pacientes. Quando o paciente interna e tem risco de suicídio, o médico já deixa ali na prescrição evidente "risco de suicídio", então nosso olhar já muda, e caso não tenha nada na ficha e a gente observe no dia-a-dia a gente também já avisa no prontuário... para que o médico possa avaliar novamente e entrar com outras medicações. Tem uma

sala para observação para esses pacientes com risco de suicídio ficarem para ficarem mais em evidência, porque eles não podem ficar junto com os outros (TE7).

Temos os protocolos de atendimentos e todas as documentações que nós temos que seguir, quando cheguei aqui a Gerente de Enfermagem mostrou os documentos de rotina, pra poder entender assim, tem algo que já é preconizado de como fazer né, seguir os protocolozinhos, de surto, de risco de suicídio, etc, e a gente acaba seguindo eles (TE8).

Temos o protocolo de risco de suicídio, tiramos qualquer material que possa ocasionar suicídio, a gente geralmente tira a roupa deles e qualquer material de onde ele esteja que possa ocasionar um incidente, uma madeira, vidro de janela, ou até mesmo até aquela própria cordinha da descarga (E13).

Às vezes também a gente usa contenção, se a gente achar que necessita contenção a gente faz, a contenção tem um período de duas horas, a gente inicia, anota o horário, dando duas horas a gente acaba tirando, é mais em casos de automutilação ou em casos que a gente vê que ele pode se prejudicar, como dar soco na parede, se cortar, coisas assim, que a gente vê que ele pode ser prejudicado (E13).

Fragilidades - Infraestrutura:

Conforme a resposta da maioria dos entrevistados, a infraestrutura do HCTP se mostra precária e conta com diversos problemas, como falta de materiais, falta de tecnologias, materiais vencidos, etc.

Falta de estrutura física, demanda muito tempo pra fazer alguma coisa, a questão tecnológica também, no caso, a falta dela, né?... Hoje na psiquiatria também vejo a própria banalização e descaso com a condição psiquiátrica, principalmente se tratando de manicômio judicial/hospital de custódia (E3).

2191

Eu acho que um problema crônico do serviço público, que é a estrutura, falta material, falta estrutura, tu peca pra fazer um atendimento de qualidade, às vezes falta medicação, material de curativo, sabe? Se tivesse um investimento maior, uma manutenção maior pra essa assistência, ia ficar bem melhor de trabalhar (TE9).

Proporcionar a saúde no ambiente carcerário é uma tarefa desafiadora, haja vista que as instituições penitenciárias encontram-se insalubres e superlotadas, com carência de recursos e falta de amparo financeiro, o que não propicia a efetivação das leis e regulamentos para garantir aos cidadãos custodiados o acesso aos cuidados de saúde (SANTANA; REIS, 2019).

Outro ponto importante trazido pelos entrevistados foi a dificuldade da integração com outros serviços de saúde:

O suporte que a gente tem de rede também é bem precário, hoje até se tem um pouco, antigamente não existia nada, mas ainda é bem precário assim, às vezes não supre as necessidades, por exemplo para fazer exames a gente depende do SisReg⁴ e/ou Celk⁵, vai pra outro canal e aí eles autorizam, então às vezes a gente fica na pendência de demorar uma coisa que talvez pudesse ter sido mais rápido (TE2).

⁴ Sistema Nacional de Regulação.

⁵ Sistema informatizado para banco de dados e serviços de saúde.

Então a gente não tem nada da estrutura que um hospital público da saúde tenha, aqui é muito improvisado, tudo aqui é muito improvisado, esse é o grande problema que a gente tem aqui. A gente tem que ir pra rede pública de saúde quando precisa fazer um exame pro paciente... ele entra na fila do SUS como se ele tivesse em casa, ele não tem nenhum atendimento, nenhuma prioridade, por ele estar internado. E isso é um problema, porque a gente sabe que muitas vezes a demanda de um paciente que está em seu domicílio é diferente da demanda de um paciente que está institucionalizado. Acredito que deveríamos ter acesso com mais facilidade. A gente não tem nada digitalizado de prontuário, precisa melhorar muito isso. Outra falha é a medicação, às vezes falta medicação.. (TE5).

Analisando esses relatos, podemos perceber que a instituição caminha em sentido contrário à Política Nacional de Humanização (PNH), principalmente em relação à diretriz de Gestão Participativa e Cogestão:

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão, que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde. Colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde (BRASIL, 2013, p.9).

Alguns entrevistados mencionam que, apesar de se tratar de um hospital, a instituição não possui médicos plantonistas 24 horas, problema que se torna ainda mais latente durante intercorrências:

Aqui não é hospital da saúde, nós não temos nem plantonistas e nem sobre-aviso médicos, então é um hospital que muitas vezes fica jogado para a equipe técnica sem um médico, é até difícil entender isso, que é um hospital que não tem um plantonista médico ou sobreaviso, são médicos que deveriam estar aqui, é uma grande falha. De noite, se acontece alguma intercorrência e não tem médico, com medicação faltando, a gente tem que chamar o SAMU, se for caso clínico, se for caso psiquiátrico tentamos ligar pro médico e resolver entre nós” (TE5).

“Às vezes não tem um médico 24 horas, às vezes o paciente tá ali e demanda de ter que trocar algo da prescrição e não tem como” (E6).

A falta de profissionais de saúde dentro do sistema prisional prejudica significativamente a assistência à saúde dos pacientes, resultando em um atendimento inadequado, atrasos, limitações no acesso aos cuidados de saúde e impactos negativos tanto na saúde física quanto mental dos cidadãos.

Às vezes a gente quer implementar alguma coisa mas não tem pessoal suficiente para demandar aquela segurança pra gente poder implementar um trabalho em grupo, que vai ajudar os pacientes a entenderem alguma situações, por exemplo, a gente pra fazer isso depende muito da segurança, e se não tem pessoas suficientes da segurança a gente não consegue fazer isso, e pra eles isso não vai ser prioridade (E11).

Fora a falta de efetivo, né? E no que isso impacta? Impacta tanto na segurança, porque se tu não tiver segurança... Aí se não tem segurança às vezes tu não tem um paciente que ganha pátio, se tu não tem um paciente que ganha pátio... ele agita, sabe? É uma cascata de acontecimentos que só vai piorando, e isso impacta no próprio serviço do enfermeiro(E3).

Ou seja, podemos observar que a demanda por serviços é significativamente maior do que o número reduzido de profissionais disponíveis para atender, o que resulta em um trabalho de enfermagem cada vez mais extenuante e incessante (SANTANA; REIS, 2019).

Fragilidades - Gestão:

A gestão do HCTP é de responsabilidade da Secretaria de Justiça e Cidadania e da Secretaria de Estado da Administração Prisional e Socioeducativa, por conta disso, o HCTP possui algumas barreiras relacionadas à segurança e saúde. Esta categoria está intrinsecamente ligada à anterior e podemos observar diversas semelhanças nas falas dos profissionais:

Uma coisa é tu ser gerenciado pela saúde, e outra coisa é tu ser gerenciado por alguém que não entende (judiciário), que não conhece a necessidade da ponta, que não sabe... E na realidade é que o foco do sistema é penitenciário, não é entender, então sempre tem essa barreira entre o agente prisional/policial penal/jurídico com a equipe de saúde" (E3).

Eu vejo que a estrutura do nosso hospital não é uma estrutura de hospital ligada à secretaria de saúde, o nosso hospital é da segurança pública, então ele não tem uma administração à nível de secretaria, à nível financeiro, de materiais... Tudo é diferente aqui" (TE5).

A fragilidade começa com o próprio sistema, né? A gente é da Secretaria de Segurança Pública e tem muita visão ainda que não é da saúde, a primeira fragilidade é essa: é um sistema mais voltado ao sistema prisional. Aos poucos está mudando, já esteve pior, está melhorando mas com passos lentos" (E13).

Os HCTP, embora levem o nome "hospitais", não se enquadram como unidades de saúde, sendo classificados pelo SUS como unidades prisionais (BRASIL, 2014). Desta forma, possuem uma estrutura completamente controlada pelo sistema prisional, e, ao invés de adotar uma abordagem terapêutica, funcionam como um manicômio, promovendo a segregação e a prisão. Isso resulta em um duplo estigma para os pacientes judiciários: eles são rotulados tanto como "loucos" quanto como "criminosos" (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

Como mencionado pelos entrevistados, a enfermagem trabalha em conjunto com os agentes penais diariamente. Em um estudo realizado por Santana e Reis (2019), a importância do trabalho em conjunto das duas categorias é reforçada:

A equipe de enfermagem trabalha em interface com os agentes penitenciários que são os primeiros a escutarem as queixas dos custodiados e decidirem se retiram o

custodiado da cela para o atendimento, ou fazem um elo de comunicação entre o privado de liberdade e o profissional e/ou outras resoluções (SANTANA; REIS, 2019, p. 4).

A dualidade entre hospital e prisão é pauta de reflexão de muitos profissionais de enfermagem, principalmente quando se fala da relação dos agentes penitenciários com os pacientes internados no HCTP.

A gente tem bastante dificuldade, primeiro porque é um olhar de enfermagem e de segurança junto, então tem todo um trabalho de abordagem para fazer com que as pessoas entendam que é um hospital. Estamos com um período um pouco de retrocesso, pelos gestores que vem com uma ideia de prisão, né? E aí já não tem mais o mesmo olhar, a gente tem uma batalha... essa é a nossa maior dificuldade né: como lidar com a saúde e com a justiça juntas (E1).

Ah é bem difícil trabalhar aqui, não é fácil, por ser cadeia, por ter essa visão de ser "preso". Às vezes a gente tem dificuldade para estar acessando (os pacientes), tem bastante conflitos relacionados com a segurança assim, de às vezes eles não autorizarem, acharem que é um procedimento deles e tomarem conduta, e às vezes a gente não concorda, então eu vejo isso como uma dificuldade (TE2).

Eu acho que o hospital ainda tá muito centralizado na cadeia, né? Então às vezes a prioridade deles é a segurança e não a saúde. Às vezes a gente tem dificuldade de falar com alguns pacientes que são mais agressivos, ninguém quer lidar com eles, porque a gente não pode ficar sozinha na sala com eles, ou se ficar com o agente penal também tem essa questão de não conseguir lidar direito, os policiais pensais não tem muito o tato de lidar com isso, ou ficam dando "pitaco" no que não deveriam (E10).

É bem difícil a implementação da humanização dentro do HCTP, porque entra a questão da segurança né, querendo ou não, eles são treinados pra uma coisa e a gente é pra outra, então juntar isso, os dois né, tanto a gente ter a visão da segurança quanto eles a visão da humanização, é bem complicado assim, porque eles não estudaram aquilo, eles estão aprendendo com a gente e a gente está aprendendo com eles, mas até ter essa adaptação é bem dificultoso essa parte (E11).

2194

Através dos depoimentos dos entrevistados podemos perceber que ainda há certa dificuldade em conciliar o trabalho da equipe de enfermagem e do agente penal. De acordo com um estudo feito por Silva, Sousa e Araújo (2017, p. 8) "a permanência do agente penitenciário durante a consulta de enfermagem impede que o apenado fique à vontade e que interaja e participe do cuidado que lhe é oferecido".

Desta forma, nota-se que há uma certa dependência no agente penitenciário, pois, para ter o contato com o paciente, a equipe de enfermagem precisa primeiramente ter contato com o agente, pois ele é quem irá decidir como o cuidado deve ser prestado - e seus limites - (LIMA *et al.*, 2020).

Os entrevistados também comentam sobre como a administração e a gestão influenciam diretamente ao cuidado prestado aos pacientes:

A gente é um hospital de custódia, trabalha com psiquiatria, sendo gerido por uma secretaria de segurança e não existe investimento, a gente está atrelado à penitenciária, então o fundo que faz investimento aqui investe na penitenciária, e

não no hospital de custódia, e nós somos geridos pela penitenciária e não pelo sistema de saúde. A gente vive muito da bondade alheia (E3).

É complicado porque depende muito da época e da administração em que nós estamos, mas eu acho que poderia ser um pouco mais.. talvez a questão de organização assim de sistema, a forma como o sistema trabalha, porque acaba querendo ou não sendo um presídio, então acabam barrando muito a gente nessa parte da segurança (TE8).

De acordo com Soares Filho e Bueno (2016), a divergência entre o SUS e as normas da execução penal resulta em um modelo de tratamento guiado pela legislação criminal, em vez da política pública de saúde, apresentando várias contradições, como por exemplo:

Modelo de tratamento determinado pela legislação criminal e não pela política pública de saúde; desinternação condicionada à cessação da periculosidade, sendo esta uma rara providência no sistema de justiça; internações perpétuas, sem indicação clínica para tal e independente da gravidade do delito; tratamento realizado na esfera da Justiça; escassa participação da rede pública de saúde/assistência social, com desresponsabilização da rede de saúde e assistência social na atenção à esta clientela; cronificação, reforço do estigma e institucionalização dos pacientes; perda irreversível de vínculos familiares e impossibilidade de retorno ao meio sociofamiliar; consumo de recursos públicos que deveriam estar sendo utilizados para financiar os serviços abertos, inclusivos e de base comunitária (SOARES FILHO; BUENO, 2016, p. 4).

A escassez de equipamentos, insumos e recursos humanos são fatores que geram altos níveis de estresse nos profissionais e comprometem a qualidade do cuidado prestado (SOARES *et al.*, 2020). Alguns participantes trazem também a dificuldade de realizar atividades de educação em saúde com os pacientes, tanto por falta de conscientização dos gestores como pela visão que os agentes penais possuem dos pacientes internados:

Hoje não temos mais diversas atividades de educação em saúde, por falta de efetivos e também por falta de conscientização dos gestores que não tem esse olhar, enfim, a gente perdeu bastante coisa por conta disso (E1).

Muita coisa está atrelada ao processo jurídico, e como porque de certa forma a gente tem uma falta de efetivo e às vezes alcançar paciente psiquiátrico e poder atender de forma humanizada e esse processo todo, fica difícil às vezes tu conseguir fazer as tal das terapias, alguns grupos... porque o nosso serviço ele muitas vezes fica limitado ao agente prisional (E3).

Não tem muito trabalho em grupo, ajuda mutua, não tem nada disso, isso também é uma fragilidade, porque também precisa de agente (penal), a gente tem pouco policial penal para ficar com a gente ali no grupo né, com 20/10 pacientes, é sempre uma dificuldade porque tem sempre a questão da segurança e a questão da saúde, aí fica um embate, é tudo bem dificultoso (E10).

Às vezes a gente quer implementar alguma coisa mas não tem pessoas suficiente para demandar aquela segurança pra gente poder implementar um trabalho em grupo, que vai ajudar os pacientes a entenderem alguma situações, por exemplo, a gente pra fazer isso depende muito da segurança, e se não tem pessoas suficientes da segurança a gente não consegue fazer isso, e pra eles isso não vai ser prioridade, até tu explicar pra segurança que é pra gente fazer um trabalho legal e não sei o que, eles não vão entender isso como uma necessidade urgente, porque pra eles urgente é o paciente estar lá passando mal e ter um atendimento imediato (E11).

Fragilidades - Assistência à Saúde:

A Resolução COFEN 736/2024 “dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem” e afirma que o Processo de Enfermagem (PE) deve ser executado, de maneira ordenada e sistemática, em todo cenário socioambiental, no qual acontece o cuidado de Enfermagem.

O registro correto das informações do paciente não apenas é um dever ético e profissional, mas também é fundamental para assegurar a excelência, proteção e efetividade do cuidado oferecido ao paciente durante todo o processo de enfermagem. O PE se organiza em cinco etapas, que são interdependentes, recorrentes, inter-relacionadas e cíclicas, sendo estas descritas no Art. 4º da Resolução 736/2024:

§ 1º Avaliação de Enfermagem – compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;

§ 2º Diagnóstico de Enfermagem – compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;

§ 3º Planejamento de Enfermagem – compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver:

I – Priorização de Diagnósticos de Enfermagem;

II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;

III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

§ 4º Implementação de Enfermagem – compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:

I – Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;

II – Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares (COFEN, Resolução 736/2024).

Nos HCTPs, o registro correto das informações se torna ainda mais importante devido às particularidades dos pacientes que necessitam de cuidados de saúde mental em um ambiente prisional, já que muitas vezes esses pacientes apresentam quadros psiquiátricos complexos e demandam uma atenção especializada e humanizada. Entretanto, a maioria dos participantes experienciam dificuldades em realizar o registro das informações de maneira efetiva dentro da instituição:

Prontuário eletrônico também não temos. O sistema aqui de saúde que a gente usa, nem é prontuário de saúde em si, é o do sistema penitenciário, a gente não tem um prontuário onde a gente consiga ver o histórico do paciente, eu também não posso botar qualquer coisa ali porque todo mundo tem acesso aquilo, um advogado, um juiz... então se eu botar ali, pra quem não conhece o que é uma evolução de enfermagem, vai ter contato com aquilo ali e vai dizer assim "ah não, não dá", dependendo do que tu põe no prontuário ali na parte de saúde, o juiz vai olhar lá e dizer "isso aí é falha de segurança, falha de enfermagem, etc (E3).

A falta de um prontuário exclusivo de saúde para os pacientes internados dentro do sistema prisional pode ter diversos impactos na assistência prestada e alguns dos problemas associados incluem: falta de continuidade e compartilhamento de informações, dificuldade na coordenação da assistência e desafios legais e éticos, especialmente no que diz respeito ao acesso e sigilo das informações de saúde dos pacientes. A falta de controle sobre o acesso aos dados pode comprometer a privacidade dos pacientes e gerar preocupações relacionadas à confidencialidade das informações sensíveis pelos profissionais de justiça.

2197

Outro ponto mencionado pelos participantes foi a falta de autonomia dos profissionais enfermeiros, que impacta diretamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes internados. Nos depoimentos, é evidente o sentimento de impotência diante das tarefas necessárias que não podem ser realizadas devido às limitações do próprio sistema:

A gente não tem nenhuma autonomia praticamente, porque é tudo centrado no médico, o médico tem que prescrever até um AGE⁶. A gente não tem autonomia pra nada, e se quiser fazer um POP ou se quiser fazer alguma coisa também não pode, porque não pode ter o nosso nome ali, tem que ter o nome de uma pessoa específica, então é meio complicado a gente conseguir melhorar a nossa assistência (E10).

Outra coisa que eu acho que tem dificuldade é pra gente dar medicação para o paciente sem receita, as vezes o enfermeiro não tem nem a liberdade de dar uma dipirona sem prescrição médica, tudo depende exclusivamente do médico e ele não fica 24h igual a equipe de enfermagem, se acontece algo mais urgente a gente tem que chamar SAMU e ir pro hospital com o paciente (TE12).

⁶ Loção hidratante à base de Ácidos Graxos Essenciais (AGE)

Fortalezas - Cuidado de Enfermagem

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) “o atendimento à saúde da população privada de liberdade deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais por parte dos profissionais de saúde” (BRASIL, 2014, p. 12). Neste sentido, alguns participantes mencionam a existência de estereótipos relacionados ao paciente psiquiátrico, e de como muitas vezes esses discursos são perpetuados por profissionais que trabalham lá:

A relação é enfermeiro-paciente, é só saúde, eu não to aqui pra julgar a situação judiciária de cada um, isso é com o sistema deles. O paciente psiquiátrico é único, singular (E₃).

Eu percebo assim que quem entra aqui e não tem o contato diário que nós temos, não tem a mesma visão que a gente, as pessoas têm medo deles, tem medo de se aproximar, e acham que são animais, sabe? Mas a gente que convive diariamente a gente perde medo, e convive com eles como tu convive com um amigo, sabe? A gente trata eles pelo nome, a gente sabe o nome de todos, sabe muita história deles, então a gente tem um relacionamento bem estreito assim com os pacientes, então isso nos dá confiança para trabalhar com eles. A gente faz o possível para dar o tratamento mais humanizado (TE₅).

A gente tem que ter uma escuta né, porque nós profissionais da saúde tratamos eles como pacientes né? Diferente dos outros profissionais que trabalham aqui, os agentes (penais) enxergam eles como presos... Então às vezes tem esse embate assim, às vezes eles (agentes penais) até preferem que a gente os trate como presos também, mas não é bem assim (TE₁₂).

2198

Apesar de todas as dificuldades de se trabalhar em um local que contém uma infraestrutura precária, com constante falta de materiais, efetivos e autonomia, os profissionais se sentem gratos por conseguirem prestar, dentro do possível, um atendimento humanizado aos pacientes.

Os pacientes têm um cuidado mais humano estando aqui, entre aqui (HCTP) e a cadeia, aqui é bem mais humano do que a cadeia. Se todos pudessem, seria muito bom. Porque pra nós eles são pacientes, eles não são presos, entendeu? É diferente, aqui é bem mais humano. É uma loucura, mas é bom trabalhar aqui (TE₇).

Assim, é um hospital, então a partir do momento, independente do público que seja, a humanização é o básico que a gente tem que ter com qualquer tipo de paciente, independente de onde a gente esteja, seja um HCTP ou presídio (E₁₁).

A gente tá aqui não pra julgar eles, mas sim para fazer o serviço da gente, principalmente a gente aqui da área da saúde, a decisão aqui do que eles fizeram não cabe a gente, cabe à justiça. Então cuidado humanizado é isso, eles têm direito de, apesar do crime que cometeram, a gente considerar eles como um paciente qualquer de hospital. Humanização é isso, a gente trabalha em conjunto, todas as equipes e eles têm o mesmo tratamento que qualquer paciente tem nos hospitais (E₁₃).

Outro ponto citado pelos participantes foi a mudança do comportamento dos pacientes, de quando chegam (muitas vezes agitados e/ou agressivos) para quando já estão internados, recebendo a assistência da equipe de enfermagem.

A gente vê a diferença de como o paciente chegou e como ele fica após o cuidado e o suporte, muitas vezes eles chegam quebrando tudo e surtando, e depois ficam recuperados e mudados depois de um certo tempo aqui. Ver como eles aceitam as medicações e o tratamento, é muito gratificante. Mas a melhor parte é isso: ver a evolução deles, ver primeiro como eles entram e depois como eles se mantêm (TE4).

Eu percebo o resultado que a gente tem. A gente recebe o paciente em surto, irreconhecível, ele muda.. parece que é outra pessoa quando ele compensa, quando começa a trabalhar, começa a conviver com os outros, a gente nota a melhora dele. Isso é gratificante para o nosso trabalho (TE5).

Eu gosto da saúde mental, então às vezes quando o paciente está em surto, ou meio deprimido, e a gente chega lá e conversa, às vezes nem precisa de medicação, só o fato de tu dar atenção pro paciente isso já alivia e tu vê o retorno assim (E6).

Na área da saúde o mais importante é criar um vínculo com o paciente, e isso a gente consegue fazer, mesmo diante de todas as dificuldades. E os atendimentos que a gente faz eles também ficam bem agradecidos, é algo que tu ainda consegue ter esse retorno, as pessoas conseguem ver que tu tá ajudando elas então a gente tem esse retorno, mesmo os atendimentos sendo um pouco mais limitados (E11).

Soares *et al* (2020), em uma de suas pesquisas, também fala sobre os sentimentos positivos trazidos pela equipe de enfermagem ao prestar assistência aos pacientes privados de liberdade: “gratidão e reconhecimento foram destacados, em função da possibilidade de suprir necessidades e ajudar pessoas marginalizadas” (SOARES *et al.*, 2020, p. 8).

2199

Assim, é importante destacar que a enfermagem deve participar ativamente na promoção de condições de vida digna para as pessoas privadas de liberdade, tanto do ponto de vista biológico, social, psicológico e espiritual, além de criar um ambiente livre de qualquer forma de discriminação (SANTANA; REIS, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender, através dos discursos dos profissionais de enfermagem, as principais fragilidades e fortalezas relacionadas à assistência à saúde das pessoas internadas dentro de um HCTP. Além disso, mostrou o impacto positivo que um cuidado humanizado e qualificado tem na melhoria do estado de saúde dos pacientes internados.

Dentre as fragilidades, destaca-se a dificuldade em conciliar o trabalho dos profissionais de saúde e dos agentes penais. Essa situação ocorre devido à falta de uma infraestrutura adequada deste HCTP, visto que, dentro do sistema penal, os indivíduos com

transtorno mental em conflito com a lei acabam sendo tratados como criminosos e não como pacientes. Além disso, a gestão do HCTP é feita por órgãos de justiça e não de saúde, o que corrobora para que os gestores tenham uma visão mais punitivista, e, conseqüentemente, o HCTP se torna uma espécie de prisão perpétua para os excluídos da sociedade. Outras fragilidades citadas foram a falta de autonomia do profissional enfermeiro, a escassez de materiais e a existência de medicamentos vencidos.

Em contrapartida, os profissionais de enfermagem tentam oferecer, dentro do possível, um atendimento mais humano e eficiente aos pacientes. Como fortaleza da assistência de enfermagem, podemos citar o impacto positivo que o cuidado humanizado proporciona, melhorando o quadro clínico e o cotidiano dos pacientes internados.

O discurso dos enfermeiros e técnicos de enfermagem torna-se fundamental para que possamos entender como é possível melhorar o tratamento para as pessoas internadas dentro dos HCTP. Desta forma, é indispensável que todos os profissionais ofereçam uma assistência de maneira respeitosa, empática, cuidadosa e sem julgamento. Além disso, é necessário que os gestores tenham uma visão mais humanizada e ofereçam condições adequadas para que os profissionais de saúde consigam desempenhar seu papel com qualidade e excelência.

2200

É importante destacar que este estudo foi realizado em apenas um HCTP, cuja realidade é singular, o que não permite generalização. Desta forma, espera-se que novos estudos sejam realizados sobre o tema, buscando gerar uma maior produção de conteúdos relacionados à temática, que ainda é pouco abordada nos dias atuais.

REFERÊNCIAS

1. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/pjecnj/download.seam?cid=7006>. Acesso em: 15 abr. 2023.
3. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2023.
4. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2023.

5. BRASIL. Decreto-Lei nº 12.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 12 mai 2023.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 14 mai. 2023.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/PNAISP. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2023.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/2029>. Acesso em: 14 mai. 2023.
9. BRASIL. Ministério Público Federal. Reforma psiquiátrica e manicômio judiciário: relatório final para reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_psiquiatrica.pdf. Acesso em: 10 mai. 2023.
10. BRASIL. Projeto de Decreto-Legislativo nº 81/2023, de 21 de março de 2023. Susta a aplicação da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023 do Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Câmara dos Deputados. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2246869&filename=PDL%2081/2023. Acesso em: 15 abr. 2023.
11. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. O Conselho Nacional de Justiça institui política antimanicomial no judiciário. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/conselho-nacional-de-justica-institui-politica-antimanicomial-no-judiciario_107319.html. Acesso em: 15 abr. 2023.
12. COFEN. Resolução nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/> Acesso em: 03 jul. 2024.
13. CAETANO, Haroldo. Loucos por liberdade: direito penal e loucura. Goiânia: Escolar Editora, 2019. 224 p.
14. LIMA, MHS *et al.* Assistência de enfermagem no sistema prisional. Rev. Saúde em Foco. 2020. v. 12 p. 438-445.
15. MACHADO, CV. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos e desafios. 2020. Rio de Janeiro. v.44 n. 3 p. 5-8.

16. OLIVEIRA, AS *et al.* Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no sistema prisional: a morte social decretada? 2022. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 12, p. 4553-4558.
17. SANTANA, JCB; REIS, FCA Percepção da equipe de enfermagem acerca da assistência à saúde no sistema prisional. 2019. Rev., Fund. Care Online. 11(5): 1142-1147.
18. SILVA, AAS *et al.* Relato de experiência: sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade prisional fundamentada na teoria de orem. 2017. Rev Enferm UFSM. 7(4): 725-735.
19. SOARES, AAM *et al.* Vivências da equipe de enfermagem no cotidiano do sistema penal. 2020. Rev baiana enferm. 4:e 34815.
20. SOARES FILHO, MM *et al.*; Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. 2016. Ciência e saúde coletiva. 21(7):2101-2110.