



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MARIANA FORMIGA MORAIS

**A VULNERABILIDADE DO ENFERMEIRO ENTRE CUIDAR E CUSTODIAR:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

CUITÉ

2015

MARIANA FORMIGA MORAIS

**A VULNERABILIDADE DO ENFERMEIRO ENTRE CUIDAR E CUSTODIAR:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Campina Grande como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal

CUITÉ

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M827v Moraes, Mariana Formiga.

A vulnerabilidade do enfermeiro entre cuidar e custodiar: uma revisão integrativa. / Mariana Formiga Moraes. – Cuité: CES, 2015.

55 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Francilene Figueredo da Silva Pascoal.

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Cuidado de enfermagem. 3. Prisões. I. Título.

CDU 616.9-083

MARIANA FORMIGA MORAIS

**A VULNERABILIDADE DO ENFERMEIRO ENTRE CUIDAR E CUSTODIAR:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de Campina Grande como
requisito para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Banca examinadora

Orientadora - Prof.^a Ms. Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal
Universidade Federal de Campina Grande.

Examinadora - Prof.^a Ms. Mariana Albernaz Pinheiro Carvalho
Universidade Federal de Campina Grande.

Examinadora - Prof.^a Ms. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima
Universidade Federal de Campina Grande.

CUITÉ

2015

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Aliete Queiroga Formiga Moraes** e **Lenilson Paula de Moraes** fonte inesgotável de amor e doação por todo o apoio, confiança, proteção, pelo amor incondicional, por tudo! Sem o suor de vocês literalmente nada disso seria possível. A minha fada madrinha, **Alizete Queiroga Formiga** por ter executado com triunfo seu papel, realizando sempre todos os meus sonhos como em conto de fadas, além de ter me dado o imensurável prazer de ter duas mães, sem você parte disso também não seria possível. A minha avó **Maria de Lourdes Queiroga Formiga** (*In memoriam*) por me ensinar o verdadeiro sentido de amar o próximo como a si mesmo, fazendo com que eu possa dá o melhor de mim a cada paciente, e assim só aumentar o amor pela profissão.

AGRADECIMENTO

Primeiramente a **Deus** pelo dom da vida, por sempre me manter forte para encarar todos os obstáculos percorridos durante minha trajetória, além de ter guiado meu caminho e feito minha escolha pela enfermagem.

À meus pais **Lenilson Paula de Moraes** e **Aliete Queiroga Formiga Moraes**, por serem bastante iluminados, batalhadores, perseverante, e embora todas as dificuldades sempre me fizeram ser a pessoa mais amada do mundo e acreditaram sempre em meus sonhos fazendo as vezes o impossível pra que se tornassem realidade, a vocês o meu muito obrigada por tudo mesmo, até os “não”, pois hoje com certeza sou uma pessoa muito melhor pela educação que vocês me deram, a vocês dedico o melhor de mim e “eu tenho tanto pra lhes falar, mas com palavras é impossível dizer como é grande o meu amor por vocês”.

À minha fada madrinha, **Alizete Queiroga Formiga**, não tem como explanar com palavras toda a sua grandeza, todo o seu merecimento, pois você vai muito além do que versos; é uma pessoa que merece todas as recompensas do mundo, não só por ser uma guerreira que desde cedo já lutava por seus ideais, mas pelo simples fato de ser quem é, uma fada madrinha, uma tia/mãe muito especial e um ser humano dotado de qualidades raras, abençoada pelo Senhor, que o tempo não conseguiu diminuir toda imensidão de carinho em seu coração. A você muito obrigada por tudo, você junto com mainha e painho são o meu sinônimo de carinho verdadeiro além de ser muito especial para mim.

A meus **avós paternos** (In memoriam) que mesmo ausentes sempre se fizeram presentes em meus pensamentos. E meus avós maternos, **Maria de Lourdes Queiroga Formiga** (In memoriam) por me ensinar que a família é a base para tudo, a importância da partilha e que você pode fazer sempre o bem sem olhar a quem, não tenho nem palavras pra agradecer o quanto você é importante na minha vida, e o quanto seus ensinamentos me são valiosos. O meu avô **Francisco Formiga de Sousa**, por sempre acreditar que eu serei uma ótima profissional e dizer com toda alegria que eu cuidarei dele somente quando estiver velho (coisa que irá demorar muito) e isso será com um imensurável prazer.

Ao meu namorado, melhor amigo e companheiro de todas as horas, **Daniel Tavares Guilherme**, pelo carinho, compreensão, amor e solidariedade. Por sempre escutar pacientemente minhas explicações sem fim das matérias no decorrer do curso, me ensinar a ter mais paciência e por sempre me apoiar em todas as minhas decisões.

Aos meus **amigos**, e **familiares** que me apoiaram e que sempre estiveram ao meu lado durante esta longa caminhada, além de sempre ficarem ao meu lado nas horas que eu mais precisava. A vocês a minha eterna gratidão.

Ao meu amigo, colega de turma, moto taxi, orientador, e demais funções **Edjaclécio da Silva Oliveira (Edjaças)** muito obrigada por sua amizade, sua paciência sem fim, e até as “cortadas”, sem você esses cinco anos teriam sido bem mais difícil, não tenho nem palavras para agradecer o quanto você foi importante nessa jornada.

À minha orientadora **Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal**, pela confiança em aceitar me orientar mesmo sem nem me conhecer, por acreditar em mim e ouvir pacientemente as minhas considerações, compartilhando comigo as suas ideias, conhecimento e experiências sempre me motivando. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional, por ser uma profissional extremamente qualificada e pela forma sensível que conduziu minha orientação.

A minha grande professora **Alyne Mendonça Saraiva Nagashima**, primeiramente por seu jeito sereno, meigo e alegre em me mostrar a saúde mental, fazendo com que eu me apaixonasse de forma a querer seguir minha carreira profissional na área, nunca esquecerei seus eternos ensinamentos, seus preciosos conselhos e sua inestimável confiança em mim, quero que saiba que para mim é uma honra e orgulho em tê-la como componente da minha banca.

A **Mariana Albernaz Pinheiro Carvalho**, pela sensibilidade que a diferencia como educadora e pela presença marcante em minha vida acadêmica e afetiva, a quem eu agradeço pelas lições de humildade, amor ao próximo, respeito pela diversidade e lições de vida, essências na minha caminhada pessoal/profissional. Minha eterna gratidão por todo seu carinho, atenção e dedicação.

A minha turma da faculdade, em especial a **Fernanda Albyege A. A. Valentim**, que muitas vezes compartilhei momentos de tristezas, alegrias, angústias e ansiedade, mas que sempre esteve ao meu lado me apoiando e me ajudando.

Agradeço a todos **os profissionais enfermeiros** que passaram por mim nessa última jornada do curso, por todos os ensinamentos que pacientemente foram passados, que aos poucos foi se transformando em aprendizado não só para a vida profissional, mas também pessoal, o agradecimento é em especial a **equipe da UBS Luíza Dantas de Medeiros**, por terem me acolhido com tanto carinho e terem me mostrado que um sonho que se sonha junto é realidade, indo bem além das minhas expectativas do que é um cuidar em equipe, muito obrigada mesmo!

Agradeço a todos os **Mestres do CES** que passaram pelo meu caminho nesses cinco anos, por me proporcionarem não só o conhecimento racional, mas também a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional. A palavra mestre, não explana a grandeza dos professores dedicados, os quais sempre terão meus eternos agradecimentos.

Por fim, todos vocês que direta e indiretamente fizeram parte dessa conquista junto comigo, agradeço por me ajudar a trilhar esse lindo caminho.

EPÍGRAFE

*“No coração de cada homem, por mais
violento que ele seja, há sempre uma
semente de amor prestes a brotar.”*

- Irmã Dulce.

RESUMO

MORAIS, Mariana Formiga. **A vulnerabilidade do enfermeiro entre cuidar e custodiar: Uma revisão integrativa.** 2015. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharelado em Enfermagem]. Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

Os transtornos mentais (TM) são alterações do funcionamento psíquico global, podendo afetar qualquer pessoa em qualquer época da vida. Estes indivíduos ao cometerem delitos e serem diagnosticados nos sistemas prisionais com TM, de acordo com a lei 7.210/84 de execução penal devem ser submetidos à medida de segurança, passando à condição de inimputável, recebendo especial tratamento curativo, estabelecido em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Neste ambiente híbrido, de clientela tão específica o profissional de enfermagem, vem buscando entender seu papel, trazendo consigo estigmas morais provenientes de uma cultura, contribuindo para a gênese de sentimentos como a discriminação, a não aceitação das diferenças e o medo, proporcionando muitas vezes, situações conflitantes, entre os cuidados administrados a essas pessoas e o íntimo de quem os administra. **OBJETIVO:** Analisar a prática do profissional enfermeiro frente à sua atuação nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico à luz da literatura disponível. **METODOLOGIA:** O estudo realizado consta de uma revisão integrativa desenvolvida no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015. Tendo a escolha desse método por oportunizar um embasamento científico que permitisse através de pesquisas já realizadas, elaborar uma síntese de estudos publicados, possibilitar conclusões gerais a respeito de uma área de estudo e uma compreensão mais completa do tema de interesse, produzindo assim, um saber fundamentado e uniforme para a realização do cuidado de enfermagem diferenciado. **RESULTADOS:** A amostra final desta revisão foi constituída por seis artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, um foi encontrado na base de dados LILACS, três na BDEF e dois na BVS. **CONCLUSÃO:** O cuidar em situação de cárcere é permeado por questões limites, e por desafios que tanto o profissional de enfermagem, quanto os demais trabalhadores deverão superar para desempenhar seu papel na instituição, porém através da interdisciplinaridade e da padronização da assistência de enfermagem pode ofertar uma solidez na profissão, garantindo um padrão na prestação de cuidados, além de servir de referência para a formação contínua de todos os profissionais de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem. Prisões. Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

MORAIS, Mariana Formiga. **Nurse vulnerability between taking care and custoding: An integrative review**. 2015. 55p. Completion of Course Work. [Nursing Bachelor Degree]. Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

Mental derangement (MD) are abnormalities of the global psychic operation, with beginning easily determined after period of normal operation, which can affect any person in any lifetime. When these individuals commit offenses and once they are diagnosed with MD at the prison system, according to the law 7.210/84 of penal execution, they must be submitted to safety precaution, passing to unimputable condition, receiving special healing treatment, established in Psychiatric Detention and Treatment at Hospitals. Within this hybrid environment, with such specific clientele that the nursing professional is found, searching for comprehend his role, bringing with him moral stigma from a culture, contributing to the genesis of feelings such as discrimination, non-acceptance of differences and fear, providing often, conflicting situations between the care administered to these patients and the depths of who administers them. **OBJECTIVE:** Analyze the practice of professional nurse in to their performance in Psychiatric Detention and Treatment at Hospitals in the light of the available literature. **Methodology:** The study consists of an integrative review developed from November 2014 to February 2015 period. This method was chosen because it gives the opportunity for a scientific embasament that allowed through the previous studies, provide a synthesis of published studies, to make possible general conclusions in a sense of a study área and a more complete comprehension of the interest theme, creating so, an uniform and fundamented knowledge to the realization of differenced nurse care. **RESULTS:** The final sample of this review was constituted by six scientific papers, selected by previously established criteria. So, one paper was found in LILACS data base, three in BDENF and two in BVS. **CONCLUSION:** In a jail situation, taking care is permeated by limit questions and by challenges that both, the nursing professional and the others professionals will have to get over to play their role, however through the interdisciplinarity and standardization of nursing assistance may offer a solidity in the profession, granting a standard in taking cares, besides serving of reference to the continuous formation of all nursing professional.

Key-words: Nursing care, prisons, psychiatric nursing.

LISTA DE SIGLAS

AAMR	Associação Americana de Retardo Mental
ATP	Alas de Tratamento Psiquiátrico
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CP	Código Penal
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PE	Processo de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtorno Mental
UPCT	Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos artigos de acordo com a base de dados.	30
Tabela 2. Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação.....	31
Tabela 3. Distribuição dos artigos de acordo com o delineamento da pesquisa.	31
Tabela 4. Distribuição dos artigos de acordo com as técnicas para coleta de dados utilizada.	32
Tabela 5. Distribuição dos artigos de acordo com o tipo de estudo desenvolvido.....	34
Tabela 6. Distribuição dos artigos de acordo com a formação profissional dos autores.....	34
Tabela 7. Distribuição dos artigos de acordo com a titulação dos autores.....	35
Tabela 8. Evidências científica referente ao tema central o cuidar de enfermagem em HCTP.	36
Tabela 9. Evidências científicas dos elementos das vulnerabilidades do profissional de enfermagem em Hospital de Custódia e tratamento psiquiátrico.....	40
Tabela 10. Evidências científica referente às estratégias de enfrentamento no ambiente de trabalho pelo enfermeiro em HCTP.	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.2 OBJETIVO GERAL	17
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 Considerações históricas do transtorno mental.....	18
2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.	20
2.3 Concepções sobre a Enfermagem Psiquiátrica no Brasil.....	22
2.4 O Louco-infrator e a legislação Brasileira	24
3 MÉTODOLOGIA.....	27
3.1 Tipo de Estudo	27
3.2 Coleta de Dados	27
3.3 População e Amostra	28
3.4 Análise dos Dados	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
4.1 Caracterização dos estudos selecionados.....	30
4.2 Discussão dos estudos selecionados	35
O cuidar de enfermagem em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.....	36
As vulnerabilidades encontradas no processo de trabalho do enfermeiro em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.....	39
Estratégias para o enfrentamento no ambiente de trabalho pelo enfermeiro no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e comportamentais são alterações de comportamento ou do funcionamento psíquico global, podendo afetar qualquer pessoa em qualquer época da vida. São exemplos a depressão, transtorno de personalidade, o abuso de drogas e álcool, esquizofrenia, entre outros (ANSELMINI et al, 2006).

Desde o início das civilizações os Transtornos Mentais (TM) despertam preocupações entre todas as esferas da sociedade, uma vez que, tais transtornos podem provocar desconforto, fazendo com que o indivíduo deixe de agir pelos padrões esperados de funcionalidade, mesmo que temporariamente, pois a doença impossibilita o desenvolvimento de atividades de forma adaptativa, imergindo em uma não realidade insidiosa e com a capacidade de julgamento alterada, tornando difícil o ajustamento comportamental às expectativas do meio social onde está inserido, podendo repercutir em alguns casos, em atos criminosos (OLIVEIRA; ARRAES, 2011).

Atualmente, os portadores de TM que cometem delitos são mantidos sob a custódia do Estado com o título de “loucos infratores”, definidos pelo Código Penal Brasileiro em seu artigo 26 como inimputáveis ou semi-imputáveis. Sendo inimputável a incapacidade de entender um ato delituoso como de caráter ilícito (CASTRO, 2009) e semi-imputáveis definidos como sujeitos que possuem sua culpabilidade diminuída por estarem em um estado fronteiro entre a completa sanidade mental e o estado patológico e, portanto, não podem ser mantidos juntos com outros presos, ficando em manicômios judiciários (OLIVEIRA; ARRAES, 2011; PRADO, 2006, p. 422-423).

No Brasil, o manicômio judiciário foi instituído na segunda década do século XX, sua criação se deu a partir de amplos debates no campo jurídico-penal sobre a loucura criminosa, nos quais estavam também incluídos os presos que enlouqueciam nas prisões. Essa instituição posteriormente passou a ser denominada como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), conforme previsão do Código Penal Brasileiro nos seus artigos 96 e 97 e na Lei de Execução Penal no artigo 99 (DANTAS; CHAVES, 2007).

O critério adotado pelo Código Penal Brasileiro para avaliação da responsabilidade penal é o bi psicológico: a responsabilidade só é excluída se o agente, em razão de doença mental ou retardamento mental, era, no momento da ação, incapaz de entendimento ético-jurídico e/ou de autodeterminação. Para a aplicação desse critério, o perito deve analisar os seguintes itens: verificação da existência ou não de doença mental ou retardo mental pelo

exame de sanidade mental; avaliação do nexos de causalidade entre estes é o crime; avaliação da capacidade de entendimento e de autogoverno (deliberação) (VALENÇA et. al., 2011).

Quando há suspeita de que o autor de um delito tem transtorno mental, a perícia psiquiátrica criminal é judicialmente solicitada, com o objetivo de verificar se o quadro apresentado aboliu e/ou reduziu a capacidade de entendimento e/ou determinação do agente. Nestas situações, de acordo com a determinação judicial, a pena pode ser substituída por medida de segurança que tem como proposta proporcionar ao louco criminoso um destino diferente daquele dado ao criminoso comum; sendo esta medida um ambiente de caráter preventivo e terapêutico, e não punitivo, pois prescrevem tratamento. Podendo esta medida de segurança ser detentiva (cumprida sob a forma de internação em hospital de custódia) ou restritiva (atendimento ambulatorial) (GARBAYO; ARGOLO, 2008).

Nestes casos da substituição da pena pela medida de segurança, esta será cumprida no HCTP, denominado antigamente como manicômio judiciário, que é um hospital prisão, um estabelecimento penal que visa assegurar à custódia e o tratamento do louco infrator, aquele que cometeu delito em decorrência de transtorno mental, trazendo na essência, seu caráter ambivalente e ambíguo, uma vez que agrupa características de um ambiente prisional e asilar (SANTOS; VALENTE, 2014).

Por sua vez, a dicotomia custodiar/cuidar nesses estabelecimentos, encontra-se veementemente exacerbada, pois de um lado, tem-se a equipe terapêutica, sempre buscando criar um ambiente que proporcione cuidado; e do outro lado, encontra-se a equipe de segurança, composta por guardas, procurando manter a ordem e a disciplina com rigor, deixando bem claro o caráter prisional e asilar do estabelecimento (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2006).

Os HCTP atuam de forma excludente, punitiva, asilar e com atos de descuidos, características de práticas ambivalentes, que podem ser explicadas por tal instituição permanecer estacionária em tempo anterior a Reforma Psiquiátrica, que preconiza um modelo assistencial comunitário, integrativo, gerador de autonomia, de resgate da cidadania e de reinserção social, além disto, tal instituição não é regida pelo SUS, mas sim por órgãos da justiça, não estando sujeita a fiscalização do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), abrindo brechas, para atos de violência, abusos e até ocorrência de óbitos(OLIVEIRA; ARRAES, 2011).

Na busca de ofertar o cuidado aos loucos infratores, a equipe terapêutica, deve tentar criar um ambiente que proporcione tratamento, realizando trabalhos como oficina de argila, oficina da terra, musicoterapia, debates, palestras, saídas terapêuticas, sendo essa equipe

composta por psiquiatras, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, clínico geral, cardiologista, assistência jurídica e a equipe de enfermagem. Permanecendo o desafio do fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar e da capacitação dos profissionais da saúde e da Justiça para o redirecionamento da assistência ao “louco infrator” (CORDIOLI, 2006).

Vale ressaltar que o profissional de enfermagem que atua no HCTP, de acordo com Souza, Santos e Souza (2006) ainda procura entender seu papel nesta instituição, pois trás consigo estigmas morais provenientes de uma cultura de criação, contribuindo para a gênese de sentimentos como a discriminação, a não aceitação das diferenças e o medo, proporcionando muitas vezes, situações conflitantes, entre os cuidados administrados a esses pacientes e o íntimo de quem os administra.

Essa assistência prestada pelo profissional de enfermagem a este grupo específico deve ser garantida, tanto pelos princípios ético e morais do profissional, como pela legislação brasileira, através da Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, estabelecida ente os Ministérios da Justiça e o Ministério da Saúde com o objetivo de garantir a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme os princípios estabelecidos na lei 8.080/90, criando assim o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos (BRASIL, 2004).

Desta forma o interesse pelo tema se deu devido a afinidade da autora deste estudo pela enfermagem psiquiátrica, além da pretensão em contribuir para uma assistência de enfermagem transparente, e induzir mais estudantes e profissionais interessados na área a ofertar cada vez mais uma assistência de qualidade aos pacientes em sofrimento mental.

Mediante o exposto, ressalta-se a importância da realização deste estudo, em virtude da insuficiência de pesquisas na área da saúde acerca da temática, sobretudo, procurando conhecer a vulnerabilidade que acomete os profissionais de enfermagem que atuam em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico a fim de que possam gerar reflexões que possibilitem o despertar de desenvolvimento de políticas de apoio à esses profissionais no intuito de melhorar a qualidade de vida do profissional e fornecer assim uma melhor assistência aos pacientes destes estabelecimentos, além de servir como suporte para futuras pesquisas envolvendo o tema.

Por todos estes aspectos, este estudo busca responder a seguinte questão norteadora: Quais as práticas realizadas pelo enfermeiro frente à sua atuação nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico?

1.2 OBJETIVO GERAL

- Analisar a prática do profissional enfermeiro frente à sua atuação nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico à luz da literatura disponível.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores de vulnerabilidade do profissional enfermeiro em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico;
- Descrever o cuidado prestado pelo enfermeiro no cotidiano de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico;
- Identificar estratégias de enfrentamento do enfermeiro em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico;
- Caracterizar a produção científica nacional e internacional sobre a vulnerabilidade do cuidar da enfermagem em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Na revisão da literatura, visando aprofundar o conhecimento sobre o assunto, será abordado um breve histórico acerca do transtorno mental, da enfermagem psiquiátrica e os movimentos associados, além de descrever a legislação que assegura o caráter de tratamento aos portadores de transtornos mentais em Hospitais de Custódia e Tratamento psiquiátrico.

2.1 Considerações históricas do transtorno mental

A história da relação do ser humano com a loucura existe desde os primórdios da civilização, diante da história de tolerância e contestação entre as pessoas. A inserção da diferença numa perspectiva religiosa proporcionava ao louco um lugar contextualizado dentro da comunidade, fazendo com que a sua individualidade, ao invés de ser excluída, fosse assimilada como uma contribuição ao bem-estar comum. Dessa forma, as sociedades ditas mais primitivas consideravam os indivíduos que apresentavam distúrbios mentais como emissários da divindade e assim portadores de poderes sobrenaturais (BRASIL, 2012).

Corroborando com as ideias anteriores, Holmes (2001) afirma que antigos livros da Bíblia revelam que egípcios, árabes e hebreus já sofriam destes transtornos, havendo explicações místico-religiosas para esses distúrbios. Esses povos acreditavam que o comportamento anormal era decorrente de possessões por forças sobrenaturais, como deuses irados, maus espíritos e demônios.

Na Grécia, algumas doenças mentais eram vistas como sendo vinganças dos deuses, tendo originado nessa época os tratamentos médicos para alguns transtornos. Hipócrates mostrou que o cérebro era o órgão responsável pelos transtornos mentais e que o comportamento anormal pode ser devido ao mau funcionamento deste ou a uma doença fisiológica. Seus seguidores parecem ter sido os primeiros a produzir uma classificação das doenças mentais (CATALDO; ANNES; BECKER, 2003).

Na Idade Média, a loucura era tida como castigo de Deus, como a lepra e outros males. Na Europa, especificamente em Paris, na Idade Média, havia cerca de 19 mil leprosários, e, a partir do século XV, com o fim das Cruzadas, a lepra tinha como lugar a segregação. Com o término dos focos orientais da infecção, ficaram sem utilidade esses lugares obscuros, e os ritos não estavam mais destinados a suprimi-la, mas a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la em uma exaltação inversa. A lepra, desaparecida ou quase, legou as estruturas, e, frequentemente, nos mesmos locais, os jogos de exclusão foram

retomados pelos pobres, vagabundos, presidiários e as “cabeças alienadas”, (Foucault, 1997, p. 6).

Em meados do século XVII o mundo da loucura vai se tornando o mundo da exclusão. Cria-se, em toda a Europa, estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos: os considerados inválidos, pessoas a quem a família ou o poder real queriam evitar um castigo público, pais de família dissipadoras, eclesiásticos em infração, enfim, todos aqueles que em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade davam amostras de “alteração”. Estas casas não tinham orientação médica; os doentes estavam lá porque não podiam ou não deviam fazer parte da sociedade (FOUCAULT, 1994).

No início do século XIX surge na França o médico psiquiatra Philippe Pinel (1745-1826) marcando um novo momento da assistência a psiquiatria. Assumindo as suas funções no hospício, tornando o local uma casa de tratamento e não mais um depósito de horror e de temor. Para tanto, introduziu a função médica ao libertar os loucos de suas correntes assim como dispensou-lhes um tratamento voltado à adequação do homem ao seu meio ambiente (PALOMBA, 2003).

No final do século XIX e começo do século XX, médicos de todo o mundo reconheceram as doenças mentais como uma forma de enfermidade, tornando-se objeto de pesquisa e tratamento, quando Sigmund Freud e outros médicos europeus deram início a uma mudança drástica na abordagem dos transtornos mentais, com o advento do estudo do inconsciente e da psicanálise. Sendo apenas a partir do século XX que se conheceu a psiquiatria como é hoje (HOLMES, 2001).

No Brasil, a partir da segunda metade do século XIX, teve princípio a assistência psiquiátrica pública, desenvolvida através de instituições de caráter asilar pertencentes à Igreja Católica, sendo de forma leiga o cuidado exercido no estabelecimento. A população dessa época, sem muita diferença dos tempos atuais, via no louco uma ameaça à segurança pública, sendo o recolhimento aos asilos a única maneira de lidar com a pessoa com transtorno psiquiátrico, esse recolhimento, autorizado e legitimado pelo Estado por meio de textos legais editados pelo Imperador, no intuito de ofertar proteção à sociedade (FORTES, 2010).

O autor ainda assegura que a crescente pressão da população para o recolhimento dos alienados a um lugar de isolamento fez com que o Estado Imperial determinasse a construção de um lugar específico com o objetivo de tratá-los. Nasceu assim o hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, com a função de remover e excluir o louco da sociedade. De forma

gradativa, esse modelo assistencial se desenvolveu e se ampliou em todo o território nacional, consolidando e reproduzindo no solo brasileiro o hospital psiquiátrico europeu como o espaço socialmente legitimado para a loucura.

Atualmente a política nacional de saúde mental brasileira, tem como base a desinstitucionalização, que consiste no deslocamento da atenção a pessoa com transtorno mental prestada em instituições fechadas para espaços extra-hospitalares que sejam capazes de atender às necessidades da pessoa com sofrimento mental e sua família, de modo que esse processo ocorra o mais próximo possível da comunidade, valorizando a manutenção dos vínculos sociais e familiares (AMARANTE, 2007).

2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em fins dos anos de 1970, quando a qualidade cruel de vida e a falência ética e terapêutica nas instituições psiquiátricas tornaram-se uma realidade insuportável, foi enfim apontada à sociedade através dos profissionais de saúde mental, que organizaram o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) no Rio de Janeiro, que denuncia à violência existente nos manicômios, a mercantilização da loucura, e a hegemonia de uma rede privada de assistência, no intuito de desenvolver coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, dando início ao processo que se chamou de reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1998).

O autor complementa ainda que a reforma psiquiátrica brasileira é entendida como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de proposta de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria que ocorre no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e relações interpessoais marcados por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Esse movimento foi influenciado pelo movimento de luta anti-manicomial da Itália iniciado na década de 1960, denominado como Psiquiatria Democrática em 1973, que tinha como líder Franco Basaglia, psiquiatra italiano, que durante sua caminhada profissional possibilitou a realização de novas alternativas para os saberes e as práticas em saúde mental e iniciou as mudanças na assistência psiquiátrica italiana através de duas experiências bastante expressivas na história do movimento: as experiências nos hospitais psiquiátricos de Gorizia e Trieste. Superando o modelo asilar/carcerário herdado dos séculos anteriores e substituí-lo por uma rede diversificada de Serviços de Atenção Diária em Saúde Mental de Base Territorial e Comunitária (BASAGLIA, 1980).

No auge desse contexto reformista acontece em Brasília no ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Em seu relatório final, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes. E diferente das demais conferências houve caráter de consulta e participação popular, contando com representantes de vários setores da comunidade (BRASIL, 1986).

No ano de 1989, é aprovado no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado (PT-MG) que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, o que marcou o início do movimento da reforma psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Foi a partir daí que ocorreram as principais mudanças no campo político-jurídico nacional, resultando na elaboração e aprovação de projetos de lei com os mesmos propósitos no Rio Grande do Sul, Ceará, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Pernambuco (BRODBECK, 2001).

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, no dia 6 de abril de 2001, foi aprovada a proposta do Paulo Delgado, porém com a presença de alterações importantes no documento normativo.

Assim, a Lei Federal nº 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (CASTRO, 2009).

Atualmente com o advento da reforma psiquiátrica, a prática de enfermagem psiquiátrica é inserida em diversos serviços de atenção ao portador de transtorno mental (hospital-dia, HCTP, Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial, entre outros) e ainda encontra algumas parcerias da saúde mental com a saúde da família, através da Estratégia Saúde da Família (COIMBRA et. al., 2005).

Ainda a visão do autor ao se refletir sobre a enfermagem sobre a reabilitação psicossocial no Brasil, não se pode falar do indivíduo com transtorno mental sem considerar sua família, ou seja, não se consegue cuidar do portador de transtorno mental com eficácia sem cuidarmos da sua família.

Destarte, fica evidente que os cuidados de enfermagem que antigamente era disponibilizado apenas a comunidade, se adequaram as necessidades atuais e hoje se observa tais atribuições em diversos espaços para populações bem diversificadas, como em domicílio, plataformas, navios de petróleo, bem como em unidades do Sistema Penal, destinado a pessoas tuteladas pelo Estado (SOUZA, et. al., 2013).

2.3 Concepções sobre a Enfermagem Psiquiátrica no Brasil

Até meados do século XIX no Brasil, os loucos viviam ociosos, sofrendo todos os tipos de maus tratos. Com as mudanças atribuídas para a organização das cidades, os alienados passaram a ser presos nos porões insalubres das Santas Casas de Misericórdia, fundadas no século XVI, sendo neste período, o trabalho desenvolvido pela Enfermagem manual, não especializada, sem qualquer preparo, estando a cargo das irmãs de caridade (ALBUQUERQUE; MARCOLAN, 2000).

Na segunda metade do século XIX, foi quando surgiu o hospício de Pedro I, sendo a primeira instituição psiquiátrica brasileira, implantado em 1852, que tinha como objetivo não apenas excluir os loucos, mas sim ofertar tratamento clínico à loucura. Posteriormente passam a ser criados nas diferentes capitais do país, os Hospitais Colônias, destinados a restringir, vigiar, reprimir e controlar o louco, tornando-o politicamente docilizado, através da disciplina moral, método consagrado por Philippe Pinel no século XVIII (MIRANDA, 1994).

Ainda no século XIX, surgiu Florence Nightingale, enfatizando a valorização de uma assistência humanizada aos pacientes, além da necessidade de pessoas qualificadas para a prestação do cuidado. Neste período até meados do século XX, o Brasil teve sua economia centrada na exportação cafeeira, o que necessitou na época de uma política à saúde de cunho sanitaria, que teve como objetivo combater as endemias que podiam prejudicar a exportação. Em virtude deste contexto, no dia 23 de março de 1922 foi fundado o Departamento Nacional de Saúde Pública, com a finalidade de prestar serviço à Saúde Pública no Brasil e por conseguinte, uma ocupação para os enfermeiros (PEREIRA, LABATE-FARIAS, 1998).

A primeira tentativa de sistematização da enfermagem psiquiátrica brasileira tem origem no ano de 1890, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, anexa ao Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, criada através do Decreto n. 791, pelo Marechal Deodoro da Fonseca, chefe do Governo Provisório da República, o qual tornava oficial o Ensino da Enfermagem no Brasil. A criação desta escola, de acordo com o

artigo n. 1 do referido decreto, teve por objetivo explícito, “preparar enfermeiros e enfermeiras para os hospícios e os hospitais civis e militares” decorrente da crise causada pela saída abrupta das irmãs de caridade destes locais, e da necessidade da existência de pessoal dotado de alguma qualificação profissional (OGUISSO, 2007).

Algumas dificuldades foram citadas nos momentos iniciais da escola, apontando primeiramente sobre a compreensão e atuação do Estado na questão da doença mental através da exclusão e testagem de teorias bizarras naqueles que, supostamente, não mereciam cuidados mais qualificados ou, pelos menos, humanizados (LIMA; AMORIM, 2003).

Ainda na visão dos autores a obrigatoriedade do ensino da enfermagem psiquiátrica foi determinada pela Lei n° 775 de 1949, que estabeleceu para a segunda série do curso o ensino de Enfermagem e Clínica Neurológica e Psiquiátrica. Entretanto, mais de 50% das Escolas não conseguiam oferecer estágios por falta de condição nos campos de prática. Tornando-se evidente, que por razões técnicas e/ou morais, a enfermagem moderna somente a partir do final da década de 40 começou a se aproximar do doente mental e ver nele alguém que deveria receber uma assistência qualificada.

Foi somente no final 1940 e começo de 1950 que surgiram os primeiros trabalhos, enfatizando a importância do conhecimento científico de psicologia e psiquiatria e, posteriormente, também do relacionamento enfermeiro-paciente, acenando para a possibilidade futura da formulação de teorias próprias de Enfermagem Psiquiátrica, possibilitando uma evolução na prática e no conhecimento próprio da enfermagem (MAFTUM; ALENCASTRE, 2002).

Nas funções da enfermeira psiquiátrica, cabiam a ela conhecimentos de semiologia e psicopatologia, ser capaz de compreender sinais, sintomas e reações, assim como compreender problemas e conflitos dos pacientes, anotar o que observou de forma que todos possam compreender e elaborar um plano de enfermagem psiquiátrica, não havendo ainda preocupação quanto a importância do relacionamento terapêutico, que ocorreu somente no final da década de 60 (SOARES, 2008).

Na década de 60, a enfermagem psiquiátrica vivia uma etapa difícil em sua história. A falta de profissionais habilitados para atuar no campo da saúde mental parece ser a principal discussão da época. Na enfermagem 90% do pessoal que militava nos hospitais psiquiátricos não tinham condições culturais e emocionais para proporcionar conforto e segurança àqueles sob seus cuidados. A inserção dos profissionais nos serviços de saúde mental, no final dos

anos 80, parece ser ainda determinada pela garantia de sobrevivência e pela falta de opção de trabalho em outros serviços de saúde (LIMA; AMORIM, 2003).

Nas palavras de Lima e Amorim, (2003) a enfermagem ainda “colhe os frutos” da psiquiatria comprometida com uma visão reducionista de doença mental, da rigidez de um compromisso teórico e de uma visão dogmática em relação à loucura. Os resultados de velhas práticas foram refletidos no cotidiano dos profissionais de enfermagem, como a questão das enfermarias fechadas e superlotadas, que encontramos nos anos 90 e o papel de “guarda” desempenhado por longo tempo pela enfermagem.

Recentemente, pode-se observar que há condições diferentes quanto ao reconhecimento da área, pois os enfermeiros realizam um curso de especialização em enfermagem psiquiátrica, a fim de melhorarem sua prática profissional, na busca da valorização e conhecimento a cerca da temática. Contudo, observa-se, que há uma alta rotatividade em serviços psiquiátricos, decorrente da insuficiência de profissionais devidamente qualificados (SOARES, 2008).

Para o enfermeiro que atua em psiquiatria, o trabalho representa situações de emergência, além de indefinição e dificuldade de entender seu papel dentro da equipe, predomínio das atividades burocráticas, atribuindo sua dificuldade à formação acadêmica, sendo esta considerada insuficiente (SOARES, 2008).

2.4 O Louco-infrator e a legislação Brasileira

A imputabilidade se refere ao indivíduo que no momento no qual cometeu o delito tinha sua sanidade mental completa, a capacidade de compreensão do crime e de suas penalidades, além da liberdade de escolha entre praticar ou não o crime (PALOMBA, 2003). Ser imputável, então, implica em ter capacidade para ser culpado, ou seja, o indivíduo é culpável (MIRABETE, 2004).

Para que a imputabilidade possa ser verificada, é necessário averiguar a higidez biopsíquica do indivíduo, representada pela saúde mental e capacidade de apreciar o caráter ilícito do fato, e a maturidade, estabelecida por critério cronológico como acima de dezoito anos de idade (NUCCI, 2008).

Ainda nas palavras do autor existem vários modelos de averiguação quanto a higidez mental e, por consequência, da capacidade de imputação que vão desde a adoção de critérios biológicos que levam em conta unicamente a existência ou não de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardo, até os psicológicos, que levam em

consideração apenas a capacidade do indivíduo entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se conforme esse entendimento. No Código Penal Brasileiro, o critério utilizado é o que engloba as duas formas de averiguação previamente descrita, sendo denominado de biopsicológico.

De acordo com decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Art. 26, afirma que:

“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.”

E em seu Parágrafo único, diz que a pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Nas palavras de Oliveira (2011) aqueles que comprovadamente incapazes de compreender o feitiço de sua conduta, incumbirão as medidas de segurança, uma vez que se criou a ideia de que "não seria possível cobrar de quem não possuía noção do valor dos seus atos". Sendo assim, estas pessoas não serão encarceradas, mas sim internadas em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado, sujeito a tratamento ambulatorial (art. 96 do CP), com regime disciplinado no Título VI do Código Penal.

A medida de segurança artigo 97 §1º do Código Penal assinala que a internação e/ou tratamento ambulatorial serão por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos. Por outro lado, a cessação de periculosidade se dá findo o prazo mínimo de duração da internação ou da submissão a tratamento ambulatorial. A verificação do estado de periculosidade do agente por meio de perícia médica determinará a cessação da execução da medida de segurança (MIRABETE, 2000).

Quanto aos agentes semi-imputáveis, a pena é aplicada, porém reduzida, podendo ser substituída pela internação do agente, conforme reza o art. 98 do Código Penal: "na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial" (OLIVEIRA, 2011).

Nestes casos substituição da pena pela medida de segurança, esta será cumprida no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, como dispõe o artigo 99 da Lei 7210, de 11 de Julho de 1984, que diz que:

“O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no art. 26 e seu parágrafo único do Código Penal”.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é um hospital-prisão, estabelecimento penal, que visa assegurar custódia e tratamento do interno. Tem, na essência, seu caráter ambivalente e ambíguo, uma vez que agrupa características hospitalares, como equipe de saúde, enfermarias, postos de enfermagem, salas de atendimento médico, oficinas terapêuticas e, ao mesmo tempo, características de presídio, evidenciadas por todo um sistema de segurança composto por equipe de guardas, muros altos com arame, portões de ferro, grades em portas e janelas e cadeados (GOFFMAN, 2001).

Sendo esta instituição vinculada à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Estado e é uma instituição protetora da sociedade retendo aqueles que, em decorrência de transtorno mental, violaram as leis de sociabilidade civil, ou seja, desviaram-se e cometeram crimes. Esse tipo de criminoso, o direito penal trata de maneira diferente do criminoso comum, baseando-se na noção de culpabilidade. O criminoso psicótico é isento de pena por ter praticado o ato em estado de não-responsabilidade jurídico-legal (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015. Tendo a escolha desse método por oportunizar um embasamento científico que permitisse através de pesquisas já realizadas, compreender a vulnerabilidade do enfermeiro diante o cuidar em Hospitais Psiquiátricos, tendo como benefícios, permitir a síntese de estudos publicados; possibilitar conclusões gerais a respeito de uma área de estudo; proporcionar uma compreensão mais completa do tema de interesse, produzindo assim, um saber fundamentado e uniforme para a realização do cuidado de enfermagem diferenciado.

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), esse tipo de revisão tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Em relação à sua importância, estudiosos afirmam que esse recurso pode criar uma forte base de conhecimentos, capaz de guiar a prática profissional e identificar a necessidade de novas pesquisas (MANCINI, 2007).

Para a elaboração do presente estudo as seguintes etapas foram percorridas: definição da questão norteadora (problema) e objetivos da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações (seleção da amostra); busca na literatura; análise dos estudos, apresentação e discussão dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

3.2 Coleta de Dados

Segundo Andrade (2006), a coleta de dados deve ser realizada de maneira esquematizada e lógica, no intuito de facilitar o desenvolvimento da pesquisa.

As seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), e periódicos de enfermagem, serviram como instrumento para a coleta de dados a partir do cruzamento dos seguintes descritores: “cuidados de enfermagem” AND “enfermagem psiquiátrica”; “cuidados de enfermagem” AND “prisões”; “enfermagem

psiquiátrica”; AND “prisões” todos esses descritores foram pesquisados no dicionário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), juntamente com o operador booleano AND.

3.3 População e Amostra

Segundo Gil (2008), uma população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns. O elemento ou membro da população particular que é submetida a um estudo, chamada de população-alvo. Em termos estatísticos, a população pode ser o conjunto de indivíduos que trabalham em um mesmo lugar, usuários de uma determinada repartição, dentre outros.

Neste sentido a fim de atender ao objetivo proposto, a população desse estudo foi composta por toda a literatura relacionada ao tema do estudo indexada nos bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Optou-se por estas bases de dados e biblioteca virtual por entender que atingem a literatura publicada nos países da América Latina e Caribe, como também referências técnico-científicas brasileiras em enfermagem e incluem periódicos conceituados da área da saúde.

Quando o pesquisador seleciona uma amostra, ou seja, uma pequena parte de uma população, espera que esta parcela represente toda a população do estudo (GIL, 2008). Para selecionar a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: tratar do tema escolhido, publicação de artigos na íntegra e apresentar-se na língua portuguesa e inglesa e que tenha sido publicado nos últimos 10 anos. Quanto aos critérios de exclusão: artigos disposto em forma de apostilas, cartas e editoriais, pois não contemplam os critérios necessários para uma pesquisa científica (RIBEIRO et. al., 2012). Sendo também excluídos os artigos que não estavam disponíveis na íntegra, com o ano de publicação com período superior a 10 anos e tomando também o cuidado em excluir artigos que eram repetidos entre as bases de dados utilizadas.

Desta forma, respeitando as normas de inclusão e exclusão, a amostra final foi composta por 6 artigos, sendo 5 artigos em português e apenas um em inglês.

A seleção foi realizada a partir de uma leitura criteriosa do material encontrado nas bases de dados, sendo selecionado apenas a literatura que atendia aos critérios de inclusão e exclusão deste estudo. Foram incluídas apenas as publicações que responderam às questões do estudo, disponíveis na íntegra e no idioma português e inglês, todos os tipos de delineamentos metodológicos foram aceitos.

3.4 Análise dos Dados

O processo de análise de dados envolve diversos procedimentos: codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos estatísticos. Juntamente com a análise, pode ocorrer também a interpretação dos dados, que consiste, fundamentalmente, em estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com outros já conhecidos, quer sejam derivados de teorias, quer sejam de estudos realizados anteriormente (GIL, 2008).

Para análise do conteúdo dos artigos foi utilizado um instrumento de coleta de dados desenvolvido pela autora do trabalho, contemplando as seguintes informações: ano de publicação, idioma e resultados com enfoque na assistência de enfermagem em Hospitais Psiquiátricos.

Os artigos foram avaliados, e as produções que atenderam os critérios previamente estabelecidos, foram selecionadas para este estudo, e lidas na íntegra.

Elaborou-se um instrumento para a coleta das informações, a fim de responder a questão norteadora desta revisão, composto pelos seguintes itens: base de dados encontrada, delineamento da pesquisa, formação profissional dos autores, titulação dos autores, instrumento utilizado e ano de publicação. Os dados foram descritos, utilizando-se frequência absoluta (n) e percentual (%).

Após a leitura das pesquisas selecionadas na íntegra, prosseguiu-se com a análise e organização das temáticas: O cuidar de enfermagem em Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico; As Dificuldades encontradas no processo de trabalho do enfermeiro em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; Estratégias de enfrentamento no ambiente de trabalho pelo enfermeiro no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico;

Com o intuito de descrever e classificar os resultados, evidenciando o conhecimento produzido sobre o tema proposto, realizou-se a análise, categorização e síntese das temáticas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, serão apresentados e analisados os resultados da revisão, de forma a caracterizar os estudos selecionados e, posteriormente será feita uma exposição, entremeadada por discussão, dos fatores que geram vulnerabilidade no cuidar de enfermagem em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, identificados nos resultados e discussão de estudos primários.

A amostra final desta revisão foi constituída por seis artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, um foi encontrado na base de dados LILACS, três na BDENF e dois na BVS, como exposto na tabela 1. Apresentando a seguir as especificações de cada um dos artigos através das tabelas 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7.

4.1 Caracterização dos estudos selecionados

A tabela 1 está relacionada com o total de artigos encontrados, pré-selecionados, excluídos e incluídos, a partir das estratégias de busca, em cada base de dados.

Tabela 1. Distribuição dos artigos de acordo com a base de dados, 2014.

BASE DE DADOS	Estudos localizados		Estudos selecionados	
	N	%	N	%
LILACS	129	49,62%	1	17%
BDENF	129	49,62%	3	50%
BVS/BIREME	2	0,77%	2	33%
TOTAL	260	100 %	6	100 %

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

As bases de dados que mais obtiveram o número de publicações foram a LILACS e BDENF, ambas com 129 publicações (49,62%), seguida da BVS, contendo 2 publicações(0,77%). Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão a base de dados com mais publicações que atendessem a temática foi a BDENF, com 3 artigos (50%) dentre elas uma em inglês e duas nacionais, seguida da BVS com 2 publicações (33%) e por fim a LILACS com 1 publicação (17%), sendo todas as outras publicações nacionais. A prevalência das pesquisas nacionais talvez se deva ao fato de ter incluído na busca base de dados que abrange a América-Latina.

A tabela 2 está relacionada ao ano de publicação dos artigos selecionados para a revisão integrativa.

Tabela 2. Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação.

ANO DE PUBLICAÇÃO	N	%
2005	1	17%
2006	1	17%
2013	1	17%
2014	3	50%
TOTAL	6	100%

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Quanto ao ano de publicação, predominaram os estudos publicados em 2014, com 3 estudos representando o equivalente a 50% dos artigos selecionados para a revisão, seguido do recorte, 2005 a 2013, todos com 01 estudo, representando cada um 17% dos artigos selecionados.

Ainda no que tange ao recorte temporal de publicação pode-se considerar que os estudos brasileiros são recentes na literatura, visto que o intervalo está entre 2005 e 2013, com uma publicação em 2005, 2006 e 2013, e três publicações em 2014, sendo uma delas em inglês.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das publicações que apresentam a vulnerabilidade da enfermagem em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, segundo o delineamento do estudo.

Tabela 3. Distribuição dos artigos de acordo com o delineamento da pesquisa.

DELINEAMENTO DA PESQUISA	N	%
Qualitativa	5	83%
Quali-quantitativa	1	17%
TOTAL	6	100%

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Conforme os dados da Tabela 3, o maior percentual de publicações está classificado como artigo de pesquisa qualitativa (83%), seguido de pesquisas Quali-quantitativa com 17% das publicações.

O campo científico aponta uma tendência para o surgimento de um novo paradigma metodológico. Um modelo que consiga atender plenamente as necessidades dos pesquisadores. Essa dicotomia positivista versus interpretativo, quantitativo versus qualitativo, parece estar cedendo lugar a um modelo alternativo de pesquisa, o chamado quanti-qualitativo, ou o inverso, quali-quantitativo, dependendo do enfoque do trabalho (GÜNTHER, 2006).

Assim como o ser humano é composto de duas dimensões, matéria e espírito, também é clara a ideia de que todas as coisas mundanas possuem, ao menos, uma representação objetiva e outra subjetiva (GÜNTHER, 2006).

Corroborando com o autor anterior, May (2004) afirma que ao avaliar esses diferentes métodos, deveríamos prestar atenção, não tanto aos métodos relativos a uma divisão quantitativa-qualitativa da pesquisa social como se uma destas produzisse automaticamente uma verdade melhor do que outra, mas aos seus pontos fortes e fragilidades na produção do conhecimento social. Para tanto é necessário um entendimento de seus objetivos e da prática.

Em relação ao aspecto qualitativo, entende-se como um método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como expressam seus sentimentos, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos (MINAYO et al., 2007). Diante desse contexto, os artigos abordados buscavam em sua maioria como apresentado na tabela, conhecer as interpretações do ser humano em relação ao cuidado em cárcere, explicando assim a maior incidência de pesquisas qualitativas no estudo.

As tabelas 4 e 5 apresentam a distribuição das publicações selecionadas de acordo com o instrumento utilizado pelo autor para desenvolver a pesquisa.

Tabela 4. Distribuição dos artigos de acordo com o tipo de estudo desenvolvido.

TIPO DE ESTUDO	N	%
Revisão Integrativa	1	17%
Reflexão Teórica	1	17%
Pesquisa de Campo	4	66%
TOTAL	6	100%

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Com relação ao tipo de estudo utilizado nos artigos utilizado, houve uma predominância da pesquisa de campo (66%), seguidos por reflexão teórica e revisão integrativa, ambos representados por 17% dos estudos.

A pesquisa de campo composta por 66% dos artigos é mais utilizada para descrever um tipo de pesquisa feito nos lugares da vida cotidiana e fora do laboratório ou da sala de entrevista. Nesta ótica, o pesquisador ou pesquisadora vai ao campo para coletar material que serão depois analisados utilizando uma variedade de métodos tanto para a coleta quanto para a análise (SPINK, 2003). Sendo a mais utilizada por o pesquisador precisar ir até os presídios a fim de que se haja o desenvolvimento das pesquisas.

Quanto à revisão integrativa (17%) é um método de pesquisa que permite analisar e identificar as evidências científicas encontradas na prática clínica, além de sintetizar os resultados de forma sistemática e ordenada nas publicações, permitindo que preencha as lacunas do conhecimento, a fim de contribuir para a realização de novos estudos (MARTINS, et. al., 2014).Seguido da reflexão teórica, também com 17% que consiste em evidenciar a relação intersubjetiva presente nas pesquisas com base em evidencias teóricas.

Tabela 5. Distribuição dos artigos de acordo com os instrumentos para coleta de dados utilizada.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	N	%
Entrevista semiestruturada	2	33%
Grupo focal	1	17%
Software SANIT	1	17%
Instrumento desenvolvido pelo autor	2	33%
TOTAL	6	100%

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Com relação ao instrumento para coleta de dados utilizado nos acervos pesquisados, observou-se uma predominância da entrevista semiestruturada (33%), seguido do grupo focal e do Software SANIT ambos representando 17% dos estudos.

Quaresma (2005), afirma que a entrevista semiestruturada é mais empregada devido à sua importância para a captação de dados subjetivos que se relacionam com os valores, as atitudes e as opiniões dos sujeitos entrevistados.

A entrevista semiestruturada é uma técnica utilizada para coletar dados a partir de um conjunto de questões previamente definidas pelo pesquisador, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sugerido. Este tipo de entrevista produz uma melhor

amostra da população, obtém um direcionamento maior referente à temática e permite obter respostas espontâneas determinadas pelos significados pessoais de suas atitudes e comportamentos (BONI; QUARESMA, 2005).

No grupo focal se considera o que é da ordem da verticalidade e da horizontalidade. Cada integrante fala a partir da sua verticalidade, isto é, a partir de suas vivências. Mas, como a história individual constrói-se no seio de inter-relações experiência das, os relatos, as opiniões, os posicionamentos são constructos que vão se delineando nas relações com o(s) outro(s). Remetem-se, portanto, aos grupos de origem, manifestações da história pregressa e contemporânea. Assim, os sujeitos também são porta-vozes da horizontalidade em que se inscrevem e o próprio debate no grupo focal é uma dessas construções (TAVARES; CORTEZ; MUNIZ, 2014). Já o software SAINT, é um método coleta de dado utilizado pelo sistema prisional (MARTINEZ-DELGADO, 2014).

A tabela 6 mostra a distribuição da formação profissional dos autores que desenvolveram as pesquisas selecionadas para compor o estudo.

Tabela 4. Distribuição dos artigos de acordo com a formação profissional dos autores.

FORMAÇÃO DO AUTOR	N	%
Advogado(a)	1	5%
Enfermeiro(a)	13	68%
Administrador(a)	1	5%
Não-especificado	4	21%
TOTAL	19	

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Dentre os artigos incluídos na revisão integrativa, treze (68%) são de autoria de enfermeiros, dois (10%) foram redigidos por advogados e administradores e em quatro (21%) não foi possível identificar a categoria profissional de seus autores. A prevalência de enfermeiros pode ser explicada pelo fato de ter incluído na busca base de dados em enfermagem e utilizar os descritores contendo o nome enfermagem.

A tabela 7 apresenta a distribuição das titulações dos autores das pesquisas selecionadas.

Tabela 5. Distribuição dos artigos de acordo com a titulação dos autores.

TITULAÇÃO DO AUTOR	N	%
Graduado	2	11%
Especialista	2	11%
Mestre	4	21%
Doutor	7	37%
Não-especificado	4	21%
TOTAL	19	100%

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

No que se refere à titulação dos pesquisadores, observou-se um maior quantitativo de publicações por doutores (37%) e por mestres (21%), isso se da devido a exigência atual em produção de artigos - por parte do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - faz com que esses pesquisadores tenham maior incentivo em desenvolver produções de cunho científico (AZEVEDO et al., 2013). Seguido de especialistas e graduados, contendo o mesmo número de publicações (11%), e quatro (21%) não identificava a titulação dos pesquisadores.

Os Programas de Pós-Graduação se constituem, desse modo, em espaços de prática que possibilitam o desenvolvimento de pesquisadores, das ações investigativas, dos processos de construção de conhecimento e de novas tecnologias, em que as linhas de pesquisa representam um dos principais eixos norteadores dessas atividades. Além disso, tais programas se encontram intimamente ligados a uma mobilização permanente da comunidade acadêmica nacional e a um processo contínuo de integração com a comunidade científica internacional, orquestrados e apoiados pela CAPES e pelo CNPq (AZEVEDO et al., 2013).

4.2 Discussão dos estudos selecionados

A partir da análise dos dados, emergiram as categorias: o cuidar de enfermagem em Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico; As dificuldades encontradas no processo de trabalho do enfermeiro em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; Estratégias para o enfrentamento no ambiente de trabalho pelo enfermeiro no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, onde será abordada cada uma delas a seguir.

CATEGORIA 1: O CUIDAR DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Tabela 6. Evidências científica referente ao tema central o cuidar de enfermagem em HCTP.

AUTORES	TITULO	OBJETIVO	CUIDAR DA ENFERMAGEM EM HCTP
SOUZA, F.S et. al.,2013.	Cuidados de enfermagem em situação de cárcere segundo Waldow: entre o profissional e o expressivo	Levantar junto à produção científica brasileira os cuidados de enfermagem administrados ao interno em situação de cárcere.	O cuidado que a enfermagem outrora disponibilizava a sociedade, foram adequadas as necessidades atuais e, hoje, tem-se atribuições da enfermagem, em vários ambientes, desenvolvendo ações preventivas e cuidativas para clientela diversificada, como exemplos HCTP.
SANTOS, M.L.S.C; SOUZA, F.S; SANTOS, C.V.S.C	As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem Com o psicótico infrator	Descrever as atitudes dos profissionais de enfermagem no cuidado ao psicótico infrator, identificando as consequências dessas atitudes no cuidado de enfermagem.	O cuidado da equipe terapêutica, incluindo a equipe de enfermagem nos HPCT, busca criar um ambiente que proporcione tratamento, realizando trabalhos como oficina de argila, oficina da terra, musicoterapia, debates, saídas terapêuticas, entre outros.
VALENTE, G.S.C; SANTOS, F.S.	A complexidade do trabalho de enfermagem no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico	Analisar as formas com que os profissionais de enfermagem lidam com a complexidade do trabalho no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.	O cuidar em cárcere é permeado por questões complexas, e por desafios que os profissionais atuante nesses estabelecimento, devem o superar para desempenhar seu papel na instituição.
SOUZA ML, et. al.,2005.	O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica.	Realizar uma reflexão sobre o cuidado de enfermagem elegendo a dimensão ético-política e alguns aspectos histórico-filosóficos que o caracterizam.	Cuidar em enfermagem consiste em desenvolver com empenho esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade.

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

A primeira categoria apresenta, de acordo com os artigos analisados, as diferentes formas do cuidar da enfermagem no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), apontando diferentes ações desenvolvidas.

Dos seis artigos utilizados somente quatro foram utilizados na discussão. Dentre os excluídos para a categoria se deu por um não abordar a ideia central e o outro abordar o cuidado em hospital psiquiátrico, e o estudo tratar de HCTP.

Dos artigos selecionados para desenvolver a categoria os autores afirmam que o cuidado de enfermagem teve que se adequar as necessidades atuais e, hoje tem-se o trabalho da enfermagem em vários cenários e espaços, desempenhando ações preventivas e de cuidado para clientela, bastante diversificada, incluindo o sistema prisional. O tratamento terapêutico nessas instituições deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, incluindo a enfermagem, sendo este o único profissional da saúde a passar 24 horas seguidas em contato com os internos (SOUZA, et. al.,2005; SOUZA, et. al., 2013).

O cuidado baseia-se na preservação da saúde das pessoas, na perspectiva de que a vida é o bem mais valioso. Por se tratar de um conceito amplo, pode gerar diversos significados, onde ora se remete a solidariedade que gera relacionamento entre indivíduos em comunidade, e ora dependendo da situação e do princípio abordado, remete a uma noção de obrigação, dever e compromisso social (SOUZA, et. al.,2005).

Na enfermagem, o cuidar parte da mesma gênese, pois coloca-a como parceira da sociedade, que respeitando a dignidade e a individualidade do cliente/paciente, investe na promoção, manutenção, aquisição e/ou recuperação do estado de equilíbrio físico, mental e social, com ações voltadas ao ser humano como um todo, sem fragmentar seu todo-biológico, psicológico e sociocultural, em ações que consideram o respeito às ideias, às opiniões individuais e coletivas (SOUZA, et. al., 2013).

Compreender a importância do cuidado da enfermagem necessita de uma compreensão moral que abranja a vida como uma preciosidade, começando pela valorização da própria existência para que a partir daí comece a venerar a do outro em sua complexidade, até mesmo para a escolha da enfermagem como uma profissão (SOUZA, et. al.,2005).

Os cuidados da enfermagem que antigamente eram disponibilizados apenas aos doentes, tiveram que se adequar as necessidades atuais, tendo hoje as atribuições da enfermagem, desenvolvidas em diversos ambientes para pacientes bem diferenciados, como por exemplo, as unidades do Sistema Penal, mais especificamente os HCTPs, destinado a pessoas tuteladas pelo Estado por cometerem crimes decorrente de transtornos mentais,

devendo estes cuidados serem desenvolvidos pelos enfermeiros psiquiátricos(SOUZA, et. al., 2013).

Atualmente, o tratamento no HCTP desenvolvido pela equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde, consiste prioritariamente em excluir os loucos infratores, da comunidade, com a justificativa de que são considerados como incapazes de cuidar de si mesmos e principalmente por representarem uma ameaça à sociedade. Associado a internação há a administração da terapêutica psicofarmacológica sendo utilizada como medida sintomática e repressora, porém, muitas vezes o paciente nem entende o porquê está recebendo tratamento e o porquê encontra-se internado (VALENTE; SANTOS, 2014).

Santos, Souza e Santos (2006) enfatiza a importância da administração da medicação psicotrópica, contudo destaca que este método deve ser utilizado de maneira adjuvante a terapia individual ou de grupo, do tipo terapia ocupacional, realizado pela equipe terapêutica, devendo o cuidado da enfermagem em saúde mental exceder os obstáculos da psicofarmacologia e acrescentar diversas modalidades de intervenção centradas nas demandas do louco infrator, consistindo também na escuta e no resgate da cidadania desse indivíduo.

Souza, et al. (2013) complementam que a terapia ocupacional praticamente não ocorre neste estabelecimento, sendo na maioria das vezes realizados através da confecção de artesanato que não tem nenhum objetivo terapêutico, fazendo com que a ausência de qualquer atividade deixe os pacientes o dia inteiro ociosos. A psicoterapia individual ou de grupo não existe no hospital, apenas é realizada uma avaliação médica que, dependendo da rotina do hospital pode ser semanal, ou quinzenal.

A equipe multiprofissional de saúde, do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, segundo Souza, et al. (2013) não possui uma rotina estabelecida, dessa forma, esses trabalhadores agem individualmente. Alguns destes buscam a criação de um ambiente terapêutico, que possa estimular os internos a participar de oficinas de argila e terra, sessões de musicoterapia, de palestras e debates assim como de saídas terapêuticas. Vale salientar que, quase sempre essas ações são vetadas, sem causas aparentes.

Vale ressaltar que a enfermagem também exerce sua função de vigia, embora haja a presença de guardas nos HCTP, sendo de sua responsabilidade a permanência do paciente no hospital, gerando uma sensação de sempre estar alerta, vigilante, levando a relação enfermeiro-paciente a um clima de desconfiança. Este fato faz com que a equipe de enfermagem fique em dúvida do seu papel na instituição (conter pacientes, administrar medicamentos, cuidados morais/corporais, atividades administrativas e submissão à equipe medica) e do seu conhecimento científico como enfermeiro psiquiatra enfatizando

principalmente a importância de se estabelecer uma relação terapêutica com o paciente (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2006).

Souza, et al. (2013) complementam que por o HCTP ser um ambiente de tratar e custodiar, os contrastes se contrapõem na mente das pessoas de tal forma, que a assistência ao interno fica de modo geral, subjugada à definição ou norte de ação individual adotada por cada profissional, o que corrobora para que a assistência de enfermagem se influencie com esta corrente e administre cuidados profissionais e de cunho moral, passados ao paciente de forma mecanizada.

Nesta perspectiva, a equipe de enfermagem desenvolve suas atividades nos HCTPs, ainda buscando entender seu papel, e seguem administrando cuidados profissionais, que transitam entre conflitos ético-morais. Por permanecer um tempo maior em contato com os internos em relação aos demais trabalhadores de saúde, os profissionais de enfermagem ficam mais expostos à massificação de informações sobre a história pregressa do interno e do seu grau de periculosidade, tendendo então, a reproduzir atos e ações, oriundas do passado, como o estabelecimento da relação vertical de poder e de vigilância, reduzindo o paciente à condição de submissão e de obediência (SOUZA, et. al., 2013).

Nesta linha de raciocínio, a valorização do cuidado em enfermagem, inscrita na valorização da vida em todas as suas formas, pode levar à necessidade ética e moral de se respeitar precisamente a dignidade do corpo do outro, ou seja, uma visão holística sobre o outro. Nesse sentido, a política e o humanismo oferecem suportes para que a enfermagem reafirme os valores, sentido que se preconiza como próprio desta prática profissional e que se legitima na convivência social, mesmo em ambiente de cárcere (SOUZA, et. al., 2005).

CATEGORIA 2: AS VULNERABILIDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO.

Tabela 7. Evidências científicas dos elementos das vulnerabilidades do profissional de enfermagem em Hospital de Custódia e tratamento psiquiátrico.

AUTORES	TITULO	OBJETIVO	VULNERABILIDADE DO ENFERMEIRO NO HPCT
VALENTE, G.S.C; SANTOS, F.S.	A complexidade do trabalho de enfermagem no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico	Analisar as formas com que os profissionais de enfermagem lidam com a complexidade do trabalho no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.	A complexidade do processo de trabalho no HCTP configura-se na falta de interação entre as equipes, na não existência de um trabalho interdisciplinar e até mesmo no isolamento entre os setores de trabalho.
SOUZA, F.S et. al. 2013.	Cuidados de enfermagem em situação de cárcere segundo Waldow: entre o profissional e o expressivo	Levantar junto à produção científica brasileira os cuidados de enfermagem administrados ao interno em situação de cárcere.	A enfermagem depara-se com situações limítrofes entre o cuidar e como cuidar, pois de forma inconsciente, os valores morais adquiridos como ser humano, em algum momento, podem conflitar com os valores ditados pela profissão.
SANTOS, M.L.S.C; SOUZA, F.S; SANTOS, C.V.S.C	As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem Com o psicótico infrator	Descrever as atitudes dos profissionais de enfermagem no cuidado ao psicótico infrator, identificando as consequências dessas atitudes no cuidado de enfermagem.	No contexto do HCTP, encontra-se o profissional de enfermagem tentando entender o seu papel, mesclando a responsabilidade ética aos preconceitos morais que estão enraizados na cultura, revolta, discriminação, aversão e medo, gerando implicações para assistência.
MARTÍNEZ-DELGADO, M.M.	Standardisation of nursing care amongst patients in prison	Desenvolver o formato do Processo de Cuidar em Enfermagem padronizada entre os pacientes de uma prisão.	Devido ser ofertada uma assistência mecanizada pelos profissionais de enfermagem em HCTP, os registros clínicos de enfermagem em muitos casos, são escassos de informações, limitados ou mal organizados.

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

A segunda categoria é caracterizada pela questão dos fatores de risco que geram a vulnerabilidade do profissional de enfermagem situado na relação do trabalho no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e o limite entre a loucura e a justiça.

Dos seis artigos utilizados, somente quatro foram utilizados na discussão. Dentre os excluídos para a categoria se deu por um abordar uma forma geral de cuidar em enfermagem e por o outro abordar o cuidado em hospital psiquiátrico, e o estudo tratar de HPCT.

Dos quatro artigos selecionados para desenvolver a categoria os autores afirmam que a equipe de enfermagem encontra-se em circunstâncias bastante delicadas entre o cuidar e como cuidar do louco infrator, pois os apegos éticos adquiridos ao longo da vida como pessoa, em algum momento em seu ambiente de trabalho, acabam entrando em conflito com as atribuições profissionais necessárias nesse estabelecimento, gerando medo, discriminação, aversão, dentre outros sentimentos (VALENTE; SANTOS, 2014; SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2006; SOUZA, et. al., 2013; MARTÍNEZ-DELGADO, 2014).

Os autores supracitados ainda destacam que outro fator que gera sentimentos negativos ao enfermeiro que atua em HCTP é a falta de interação entre os profissionais que compõe a equipe terapêutica, não havendo a participação ativa do enfermeiro no desígnio do tratamento ao louco infrator, sendo utilizado um cuidar técnico por parte da enfermagem sem a utilização de um conhecimento científico para realizá-lo, gerando assim um sentimento de inutilidade e como consequência, em muitos casos há uma falta de informações ou quantidade limitada dos registros clínicos de enfermagem.

A atenção à saúde da população do sistema prisional se encontra inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), pela Portaria Interministerial nº1. 777, garantindo assim que se efetive o direito à cidadania das pessoas tuteladas pelo Estado. Trazendo para este contexto o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, (HCTP), evidenciando suas características e peculiaridades, onde o processo de trabalho se dá num espaço de confinamento com normas e rotinas bastante rígidas, podendo ser mais complexo para as equipes terem um olhar interdisciplinar (VALENTE; SANTOS, 2014).

A criação pelo Estado de estabelecimentos penais tem como finalidade resguardar a comunidade de pessoas que possam atribuir algum tipo de ameaça, e uma das finalidades de submeter alguém à privação da liberdade, é que, ao serem retirados do convívio social, de alguma forma, o Sistema contribua para que o interno ao pagar sua dívida com a sociedade adquira condições de reinserção nesse contexto (SOUZA, et. al., 2013).

Muito embora para as equipes de enfermagem que desempenham funções em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o cuidar de loucos infratores em enfermarias

e a convivência com os armamentos pesados da equipe de segurança e custódia, num passado próximo, não faziam parte da realidade e da rotina desses profissionais. Sendo o mais recente para a categoria, a atuação da equipe de enfermagem nos cuidados intramuros institucional (SOUZA, et. al., 2013).

Nesse contexto do HCTP, depara-se com o profissional de enfermagem buscando compreender seu papel nesse estabelecimento, uma vez que sua responsabilidade ética se mistura aos preconceitos morais que já são arraigados na cultura, revolta, discriminação, aversão e medo, o que ocasiona conflitos no cuidado prestado aos pacientes dessa instituição, gerando implicações na assistência (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2006).

O medo mencionado pelos profissionais de enfermagem, se da em virtude do próprio caráter humano, uma vez que há um sentimento de sobrevivência quando é submetido a circunstâncias desconhecidas e ainda de alguma forma o caráter de ameaça presente no estabelecimento, e tratando-se de louco infrator num HCTP, essa ameaça se configura em agressividade, violência, hostilidade, ambiente de tensão entre outros, que, real ou imaginária, condiciona o comportamento da pessoa (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2006).

Os autores ainda complementam que este medo quase palpável está na possibilidade de ser agredido, ser refém, receber ofensas verbais ou sofrer violência sexual, e, concernente à última questão, nas mulheres esse medo é mais intenso, pois a população abrigada nessas instituições é em sua maioria composta por homens aos quais não se permitem visitas íntimas, portanto, muitos não têm relações heterossexuais há muitos anos, sendo a fragilidade e a inferioridade física fatores concretos que as levam às enfermeiras a se sentirem vulneráveis, sendo o medo da violência sexual uma constante nesses estabelecimentos.

Nem todos os presos remetem o sentimento de ameaça iminente, havendo a existência da dificuldade de empatia entre um paciente e outro, fato que contribui para que, a equipe de enfermagem, constantemente mantenha-se em circunstância de defesa e prontidão (SOUZA, et. al., 2013).

O fato de existirem psicóticos e dependentes químicos, num mesmo ambiente dificulta ainda mais o trabalho das equipes de enfermagem, pois esse tipo de interno desperta o mais alternado tipo de sentimentos como: aversão, afastamento, ansiedade e medo, fazendo com que o tratamento realizado seja de forma rápida, distante e indiferente, impossibilitando assim que ocorra diálogo entre louco infrator e enfermeiro (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2006).

Nesse ambiente de tensão, a equipe de enfermagem necessita estar atenta todo o tempo durante a realização dos procedimentos, uma vez que o interno em contato com algum objeto pode usá-los, como arma contra sua própria vida, contra a equipe de enfermagem ou os

demais profissionais e os outros pacientes. Sendo assim, além do enfermeiro atuar na promoção do bem estar dos internos, também se coloca como segurança de sua vida e dos demais colegas de trabalho e pacientes, suscitando em um estresse profissional através dos sentimentos de vulnerabilidade diante das atribuições profissionais (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2006).

A falta de interação entre os trabalhadores da saúde é outro fator complicador no cuidar em HCTP. Pois estes profissionais são individualmente um ser humano, que possuem questões e dificuldades variadas, fazendo com que as diferenças acabem gerando conflitos mais diversos na relação com outros profissionais ou mesmo na própria carreira. Sabe-se que cada um tem suas necessidades e formas próprias de ver o mundo, fazendo convergir olhares diversos sobre o mesmo foco, ou seja, o louco infrator (VALENTE; SANTOS, 2014).

Para Valente e Santos (2014), a complexidade do processo de trabalho no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico configura-se também na falta de interação entre as equipes, na não existência de um trabalho interdisciplinar e até mesmo no isolamento entre os setores de trabalho. Com isso, a construção desse saber conjunto, interdisciplinar, é tarefa filosófica cuja dimensão consistiria na integração do conhecimento e na busca de elementos gerais e comuns de cada trabalhador. Tal fato implicaria o comprometimento de cada sujeito, pois a transdisciplinaridade só é uma solução no caso da reforma do pensamento.

O controle institucional exercido sobre o psicótico infrator revela-se de forma ainda mais perversa, visto que ele, além da loucura, traz o estigma de seu delito, portanto, sua ficha criminal se sobrepõe à história de sua doença, e isso irá determinar, na maioria das vezes, a assistência a ser prestada (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2006). Afetando de certa forma o cuidado integral prestado pelos profissionais de saúde, ao passo que ocasiona resistência destes profissionais em atuar em plantões de longas jornadas.

Outro fator complicador é a necessidade que o profissional de enfermagem sente de ter um espaço para que desenvolva de forma efetiva, os seus cuidados enquanto enfermeiro, porém observa-se que apenas os demais profissionais realizam o atendimento enquanto participantes da equipe técnica, e que quase nunca o enfermeiro está presentes nas decisões em relação ao tratamento do paciente, embora sejam estes profissionais que ficam responsáveis por eles no decorrer de todo o período de internação (VALENTE; SANTOS, 2014).

Como consequência da não participação na escolha da terapêutica atribuída aos pacientes e juntamente com a realização de procedimentos apenas técnicos, sem a necessidade de um saber científico, Martínez-Delgado, (2014) afirma que os registros clínicos da

enfermagem muitas vezes, possuem falta de informação, quantidade limitada ou é mal organizado. Certamente a falha dos registros e a assistência mecanizada dos profissionais de enfermagem acontecem não porque os enfermeiros não realizam de forma eficaz seu trabalho, mas por as tarefas de enfermagem em unidades prisionais, consistirem principalmente em tarefas delegadas pelos médicos, que são importantes, mas não exclusivo.

Vale destacar que apesar do cuidar em enfermagem no HCTP ir da realização de procedimentos, administração das medicações, função de vigilância, dentre outros, o profissional de enfermagem não tem poder de e autonomia sobre o tratamento do louco infrator, exercendo praticamente a função mecânica de obediência à prescrição médica, conseqüentemente, tal situação gera desgaste no profissional, por não ter sua opinião respeitada ou considerada (VALENTE; SANTOS, 2014).

Para Santos, Sousa e Santos (2006) um dos grandes desafios para a equipe de enfermagem que atua em situação de cárcere seria vencer o preconceito, a discriminação, a aversão e o medo, desempenhando seu devido papel no cuidado ao próximo, que envolve o respeito à vida, dignidade e os direitos da pessoa em todo seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.

CATEGORIA 3: ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO NO AMBIENTE DE TRABALHO PELO ENFERMEIRO NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Tabela 8. Evidências científicas referentes às estratégias de enfrentamento no ambiente de trabalho pelo enfermeiro em HCTP.

AUTORES	TITULO	OBJETIVOS	ESTRATÉGIA DE ENFERMAGEM NO HPCT
TAVARES, C.M.M; CORTEZ, E.A; MUNIZ, C.M.	Cuidado no hospital psiquiátrico sob a ótica da equipe de enfermagem	Descrever a percepção da equipe de enfermagem acerca do cuidado no hospital psiquiátrico.	O trabalho interdisciplinar é proposto como forma de dar conta da amplitude e complexidade que envolvem a assistência nesse campo da saúde mental.

AUTORES	TITULO	OBJETIVOS	ESTRATÉGIA DE ENFERMAGEM NO HPCT
VALENTE, G.S.C; SANTOS, F.S.	A complexidade do trabalho de enfermagem no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico	Analisar as formas com que os profissionais de enfermagem lidam com a complexidade do trabalho no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.	O contexto do cuidar em situação de cárcere é permeado por questões limites, porém com a interdisciplinaridade a equipe pode ter uma aliada para a concretização dos princípios norteados pela reforma psiquiátrica e pelo SUS.
SOUZA, F.S et. al.,2013.	Cuidados de enfermagem em situação de cárcere segundo Waldow: entre o profissional e o expressivo	Levantar junto à produção científica brasileira os cuidados de enfermagem administrados ao interno em situação de cárcere.	Todo o cuidado ofertado em HPCT necessitaria da avaliação do enfermeiro, para surtir os efeitos desejados, pois a escolha incorreta pode gerar o sentimento de dependência e de incapacidade do paciente em realizar suas próprias ações e/ou do contrário, não surtir o efeito desejado.
MARTÍNEZ-DELGADO, M.M.	Standardisation of nursing care amongst patients in prison	Desenvolver o formato do Processo de Cuidar em Enfermagem padronizada entre os pacientes de uma prisão.	A criação da padronização do cuidado de enfermagem ajudaria a criar o próprio corpo de conhecimento voltado para profissionais que desenvolvem o seu trabalho no âmbito de instituições prisionais, permitindo mensurar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde fornecidos.

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Esta categoria mostra a necessidade de um trabalho articulado entre as equipes que atuam no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, para a realização de um trabalho pautado na interdisciplinaridade, além da implementação da padronização dos cuidados de enfermagem no intuito da realização de um atendimento de qualidade e eficaz aos pacientes em questão.

Dos seis artigos utilizados, somente quatro foram utilizados na discussão. Dentre os excluídos para a categoria se deu por um abordar uma forma geral de cuidar em enfermagem e por o outro abordar apenas os fatores que geram vulnerabilidade no trabalho em HCTP, e não incluir estratégias para o enfrentamento.

As estratégias apontadas pelos artigos analisados neste estudo foram à interdisciplinaridade e a criação de um plano e padronização do serviço de enfermagem.

Com a interdisciplinaridade a equipe pode ter uma aliada para a concretização dos princípios norteados pela Reforma Psiquiátrica e pelo SUS. Já com a criação de um plano e a padronização do cuidado de enfermagem, favorece a criação do próprio corpo de conhecimento voltado para profissionais que desenvolvem o seu trabalho no âmbito de instituições prisionais, além de mensurar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde fornecidos (SOUZA, et. al., 2013; TAVARES; CORTEZ; MUNIZ, 2014; VALENTE E SANTOS, 2014; MARTÍNEZ-DELGADO, 2014).

O espaço onde são desenvolvidas as ações para o cuidado, gera ampla influência nas relações, pois a forma como o indivíduo compreende o ambiente como contexto humano de relações, pode influenciar tanto facilitando quanto dificultando a interação e o desenvolvimento dos sujeitos envolvidos na relação. No caso dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, como ambiente de cuidados, essa relação talvez seja ainda mais complexa, pois nestes locais há uma recusa em se ver o outro lado da moeda (SOUZA, et. al., 2013).

Nesta perspectiva, Valente e Santos, (2014) afirma que:

Os profissionais de saúde têm papel fundamental na formação do ambiente, o que exige comunicação e diálogo entre as categorias profissionais. Entretanto as formas diferenciadas de pensar e de agir podem ocasionar desacordo de opinião, retrocessos e dificuldades no trabalho em equipe. A própria formação acadêmica contribui para isso, pois há pouco intercâmbio de ideias entre as disciplinas.

Fica evidente, também, para Tavares; Cortez; Muniz (2014) que a interdisciplinaridade tem relação com um trabalho interligado, ou seja, um entrelaçado que tem como objetivo a conexão entre os profissionais de todas as áreas que atuam em um estabelecimento, no intuito de não apenas atender os pacientes, mas também com a finalidade de promover a segurança e proteção de seu aparelho físico e psíquico. Assim, o trabalho interdisciplinar é sugerido como forma de abranger a amplitude e complexidade envolvida na assistência dessa área.

Por relacionamento profissional, Valente e Santos, (2014), entendem como a relação entre sujeitos dentro da equipe de assistência, tanto nas relações como um todo, quanto nos comportamentos e atitudes individuais. Desse modo, a prática interdisciplinar envolve o planejamento e execução da assistência ao paciente de maneira integrada entre os profissionais de saúde envolvidos.

Corroborando com o autor anterior Tavares; Cortez; Muniz, (2014) através do diálogo e entendimento mútuo, pode-se estabelecer a relação entre as diversas intervenções e a

interação dos profissionais de diferentes áreas, contribuindo para a realização de práticas mais integradas que levem a ações verdadeiramente transformadoras.

Um dos problemas que a enfermagem enfrenta atualmente é o isolamento entre os profissionais nos HCTP. Isto leva ao fato de que, em cada trabalho a maneira de cuidar é feita de forma diferente, de acordo com critérios definidos pelos responsáveis ou pelos profissionais de saúde entre si, havendo assim um deslocamento do mecanismo do cuidado aos pacientes e, em muitos casos, o cuidado é descontinuado principalmente por causa da falta de uma comunicação eficaz (MARTÍNEZ-DELGADO, 2014).

Nas palavras de Souza, et. al., (2013) para que surta os efeitos desejados na administração do cuidado, é necessário que haja a supervisão do profissional de enfermagem, uma vez que a escolha errada da abordagem pode desencadear no paciente o sentimento de dependência e de incapacidade em realizar suas próprias ações ou do contrário, não surtir o efeito esperado, em virtude da incapacidade de entendimento do paciente em realizá-las. De acordo com autor supracitado, essa avaliação do cuidado pelo enfermeiro não ocorre na prática dos HCTP.

Nesse contexto, aliada a implementação e avaliação do cuidado de enfermagem, Martínez-delgado (2014) remete a importância do Processo de Enfermagem (PE), que consiste em um padrão de desenvolvimento do enfermeiro e representa a base para o desenvolvimento profissional desta atividade, independentemente do contexto em que ela ocorre. É, portanto, necessário definir um modelo de enfermagem com base no PE que especificamente e filosoficamente orienta a prática de enfermagem em estabelecimentos prisionais, pois isto irá levar a um desenvolvimento semelhante ao profissional de outras instituições dentro do Sistema Nacional de Saúde (MARTÍNEZ-DELGADO, 2014).

Ainda na visão de Martínez-Delgado (2014) a padronização dos cuidados de enfermagem ajudaria a criar o próprio corpo de conhecimento voltado para profissionais que desenvolvem o seu trabalho no âmbito de instituições prisionais, pois poderia facilitar o trabalho diário, bem como atividades de pesquisa de enfermagem, além de permitir mensurar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde fornecidos.

Destarte, apesar de condições precárias de manutenção do cuidado no HCTP, torna-se de extrema importância que a enfermagem preste a melhor assistência possível ao louco infrator, utilizando sua criatividade para que cuidados mínimos sejam desenvolvidos, além de avaliar a individualidade de cada ser, para que assim Haja um maior comprometimento com a instituição, constituindo um cuidado integral ao louco infrator. Havendo também a necessidade na revisão do papel dos profissionais de enfermagem diante do cuidar do louco

infrator, que a partir de um plano de cuidados específicos, e um trabalho de equipe pautado na interdisciplinaridade, possa contribuir para uma assistência de enfermagem cristalina, sem as influências individuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional de enfermagem no HCTP, geralmente desenvolve uma assistência mecanizada, prestada por cuidados básicos de enfermagem ofertados aos pacientes dessa instituição, permeado por sentimento/emoção de medo, angústia, discriminação, aversão, dentre outros.

É importante ressaltar que além da prestação de cuidados básicos pela equipe de enfermagem, estes poderiam atuar principalmente no estabelecimento de uma relação terapêutica com o louco infrator, no sentido de garantir um suporte e identificar suas necessidades, por meio de diálogos, escuta e orientações que contribuam para melhorar o conhecimento e as habilidades requeridas para manter um comportamento adequado de saúde. Tornando essencial o cuidado da enfermagem, no sentido de poder fundamentar a atuação desses profissionais para o desenvolvimento de uma assistência humanizada que vise atender as particularidades do louco infrator e assim, promover uma vivência diante do cuidado em cárcere menos desgastante.

Poucas são as experiências em HCTP que buscam ofertar um cuidado além do custodiar, apenas Martinez-Delgado (2014) em seu estudo “Standardisation of nursing care amongst patients in prison” descreve a experiência inovadora de implementar o processo de enfermagem no HCTP, que pode contribuir para uma assistência de enfermagem contínua quando os pacientes são transferidos para outras instituições, além de ajudar o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros para serem reconhecidos por outros profissionais, tanto em ambiente prisional, bem como do lado de fora.

O desenvolvimento de pesquisas relacionadas às estratégias de enfrentamento utilizadas pelo enfermeiro para desenvolver suas atribuições no HCTP direciona a análise de que através da interdisciplinaridade e da padronização da assistência de enfermagem pode-se ofertar uma solidez na profissão, garantindo um padrão na prestação de cuidados, melhorando a qualidade de vida tanto do profissional como de seus pacientes.

Destarte, a realização de pesquisas que comprovem a eficácia das intervenções realizadas é fundamental para o desenvolvimento científico da profissão, com base na implementação de práticas fundadas em evidências, e, assim, contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem psiquiátrica nos HCTP favorecendo também novas evidências científicas que possam apoiar a formação dos estudantes de enfermagem e servir de referência para a formação contínua de todos os profissionais.

Com relação aos estudos publicados, ainda são bastante escassos na área da saúde, existindo a dificuldade em encontrar artigos que abordassem o tema, porém o problema em questão não interferiu no interesse da autora na busca de melhorar cada vez mais a assistência da enfermagem na saúde mental, além de contribuir para uma formação profissional com mais ênfase na enfermagem psiquiátrica, bem como de suporte a futuras pesquisas para outros interessados na temática.

Nessa perspectiva, espera-se que os aspectos do conhecimento revelados neste estudo possam ampliar as possibilidades de melhor fundamentação do planejamento da assistência da enfermagem psiquiátrica e que sejam utilizados pelos enfermeiros que atuam no ensino, pesquisa e assistência, trazendo benefícios para a realização das ações no cuidado de enfermagem ao louco infrator, tanto nos HCTP como nas demais instituições psiquiátricas existentes no país.

Ficando evidente que se torna imprescindível a realização de pesquisas futuras nesse campo temático, no sentido de buscar novas evidências e auxiliar o enfermeiro e sua equipe no processo de tomada de decisões em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE E.G; MARCOLAN, J.F. **O contexto da prática na enfermagem psiquiátrica**. RevEnferm UNISA 2000;1: 54-8. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2000-13.pdf>. Acesso em: 22. Jan. 2015.
- AMARANTE P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica brasileira**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- AMARANTE P. **Saúde mental e a atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- ANSEMI, L., et al. **Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982**, Pelotas, RS. Revista de Saúde Pública. v. 42, n.2, p. 26-33, 2006.
- AZEVEDO et al. **Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa**. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 15(3): 114-120, jul-set, 2013.
- BASAGLIA F. **Em busca de necessidades perdidas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1980.
- BRASIL, Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. – Brasília: **Centro de Documentação do Ministério da Saúde**, 1987. 430 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>. Acesso em 15. Acesso em: 20 Set. 2014.
- _____, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília (DF); 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 10 Nov 2014.
- _____, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925. Acesso em 15. Set. 2014.

_____, **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**, Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em 28 mar. 2014.

_____, **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União. Brasília, 11 de julho de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210compilado.htm. Acesso em: 10 jun. 2014.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Apredendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais**. Revista Eletrônica dos pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC, Santa Catarina, v.2,n.1, p.68-80, 2005.

CASTRO, U. R. **Reforma psiquiátrica e o louco infrator: Novas ideias e novas práticas**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Ambientais e da Saúde da Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009. Disponível em: http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=562. Acesso em 15 jan. 2015.

CATALDO NETO A, ANNES, S., BECKER, V. **História da Psiquiatria**. In: Cataldo Neto A, Gauer GC, Furtado NR, coord. Psiquiatria para Estudantes de Medicina. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.

CORDIOLIM.S. **HCTP: Os Direitos e a Realidade dos Internos**. Esc Anna Nery R Enferm 2006 dez; 10 (4): 671 - 7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/tematica.pdf>. Acesso em 1 nov 2014.

DANTAS, M. A; CHAVES, A. M. **Saúde custodiada: Representação dos Guardas Sobre o Hospital de Custódia**. Psicologia Ciência e Profissão, 27(2), 342-357. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282021756014>. Acesso em 20 jan. 2015.

FORTES, H.M. **O tratamento compulsório e internações psiquiátricas** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (Supl. 2): S321-S328 S330 dez., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/09.pdf>. Acesso em: 15 Set 2014.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. São Paulo, Ed: Tempo brasileiro, 1994.

FOUCAULT, M. **História da loucura**, 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1997. 551p. Disponível em: http://monoskop.org/images/1/15/Foucault_Michel_Historia_da_loucura_na_idade_classica.pdf. Acesso em 20 Jan. 2015.

GARBAYO, J; ARGOLO, M.J.R. **Crime e doença psiquiátrica – perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro.** J Bras Psiquiatr. 2008;57(4):247-252. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n4/a04v57n4.pdf>. Acesso em: 28 Out 2014.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, I. **Manicômios, prisões e conventos.** 7a. ed. São Paulo (SP): Perspectiva; 2001.

GÜNTHER, H. **Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?** Psicologia: Teoria e Pesquisa Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/152.pdf>. Acesso em 10 fev. 2015.

HEK G. Systematically searching an reviewing literature. **Nurse researcher.** 2000.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

LIMA, L.V; AMORIM, W.M. **A prática de enfermagem psiquiátrica em uma instituição pública no brasil.** RevBrasEnferm, Brasília (DF) 2003 set/out;56(5):533-537. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n5/a13v56n5.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

MAFTUM, M.A; ALENCASTRE, M.B. A prática e o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Brasil: questões para reflexões. CogitareEnferm 2002 jan; 7(1): 61-7.

MANCINI, M.C. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica,** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

MARTÍNEZ-DELGADO, M.M. **Standardisation of nursing care amongst patients in prison.** RevEspSanidPenit 2014; 16: 11-19. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v16n1/03_original2.pdf. Acesso em 5 nov 2014.

MARTINS, J.T. et al. **Transtornos mentais relacionados ao trabalho na enfermagem: revisão integrativa.** Revenferm UFPE online., Recife, 8(6):1746-56, jun., 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/4825-57501-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 Nov. 2014.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDEIROS, E. N. **Prevalência dos transtornos mentais e perfil Sócio - econômico dos usuários atendidos nos Serviços de Saúde em municípios paraibanos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB. 2005.

MENDES, K.D.D, SILVEIRA, R.C.C.P, GALVÃO C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto & contexto enferm.17(4):758-64.2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 05. Set 2014.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MIRABETE, J. F. **Execução penal**. 9º ed. São Paulo (SP): Atlas; 2000.

MIRABETE, J. F. **Manual de direito penal**. 24ª ed. São Paulo: Atlas, 2004, 492p.

MIRANDA, C.L. **O parentesco Imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ; 1994.

NUCCI, G.F. **Código penal comentado**. 9º ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008, p.275.

OGUISSO, T (org). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2º ed. Barueri SP: Manole; 2007.

OLIVEIRA, M. V. **O tratamento dispensado ao criminoso psicopata pela legislação penal brasileira**. Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 2843, 14 abr. 2011. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/18906>. Acesso em: 21 maio 2014.

OLIVEIRA, N. R.; ARRAES, R. M. B. **CAPS judiciário: Opção necessária para uma justiça saudável**. Psicol. Argum. 2011 out./dez., 29(67), 447-455.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova**

esperança. Geneva: OMS; 2001. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>. Acesso 1 Nov 2014.

PALOMBA, G.A. **Tratado de Psiquiatria Forense, Civil e Penal.** São Paulo: Artmed, 2003.

PEPE, V. L. E, **Assistencia Farmacêutica em foco no Estado do Rio de Janeiro: normas e documentos para ação.** 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública, 2011.

PERISSÉ, A.R.S, GOMES, M. M; NOGUEIRA, S.A. **Revisões sistemáticas (inclusive metanálises) e diretrizes clínicas.** In: Gomes MM, organizador. Medicina baseada em evidências: princípios e práticas. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso; 2001.

PRADO, L. R. **Curso de direito penal brasileiro** Vol. 2. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

QUARESMA, V.B.S.J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais.** RevEletr Pós-GradSociolPolít UFSC [Internet]. 2005 [citado 2012 jul 11]; 2(3):68-80. Disponível em: http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf. Acesso em 25 out 2014.

RIBEIRO, R.P et. al. **O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa.** RevEscEnferm USP 2012; 46(2):495-504. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em 25 de fev 2015.

SANTOS, I B C; SANTOS, S R; LIMA, C B. A “loucura”: **uma retrospectiva histórica das Políticas de Saúde Mental no Brasil e na Paraíba.** Revista do UNIPÊ. V.5, n.3, João Pessoa: 2001. p. 69-81. Disponível em: <http://portalsaudebrasil.com/artigospsb/public019.pdf>. Acesso em 3 Nov 2014.

SANTOS, M.L.S.C; SOUZA, F.S; SANTOS, C.V.S.C **As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 79-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea09.pdf>. Acesso em 2 nov 2014.

SOARES, M H. **Recorte histórico da psiquiatria e do campo de enfermagem psiquiátrica brasileiras.** Revista Salus-Guarapuava-PR. Jan./Jun. 2008; 2(1). Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/699-2816-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/699-2816-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 13 Nov. 2014.

SOUZA ML, SARTOR VVB, PADILHA MICS, PRADO ML, **O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica.** Texto Contexto Enferm 2005 Abr-Jun; 14(2):266-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2>. Acesso em: 25. Out 2014.

SOUZA, F.S et. al., **Cuidados de enfermagem em situação de cárcere segundo Waldow: entre o profissional e o expressivo.** Revista electrónica trimestral de Enfermária. Online 12(31): 290-302, jul. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-113831>. Acesso em 5 de nov 2014.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6. Disponível em: http://astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf. Acesso em: 20 out 2014.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. Psicologia & Sociedade; 15 (2): 18-42; jul./dez.2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n2/a03v15n2.pdf>. Acesso em: 31 jan 2015.

TAVARES, C.M.M; CORTEZ, E.A; MUNIZ, C.M. **Cuidado no hospital psiquiátrico sob a ótica da equipe de enfermagem.** Rev Rene. 2014 mar-abr; 15(2):282-90. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1620/pdf>. Acesso em 2 nov 2014.

VALENÇA, A.M *et al.* **Retardo mental: periculosidade e responsabilidade penal.** J Bras Psiquiatr. 2011;60(2):144-147. Disponível em: http://www.ipub.ufrj.br/portal/jbp/60/02/JBP_60_2_11.pdf. Acesso em 28 out 2014.

VALENTE, G.S.C; SANTOS, F.S. **A complexidade do trabalho de enfermagem no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.** J. res.: fundam. care. online 2014. jan./mar. 6(1):109-117. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2855/pdf_1030. Acesso em 3 nov 2014.