



PESSOAS EM MEDIDA DE SEGURANÇA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: OLHAR DOS PROFISSIONAIS

Paola Margarita Onate Daza*

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann**

Michelle Kuntz Durand***

Jeane Barros de Souza****

Gisele Cristina Manfrini*****

Richard Augusto Thomann Beckert*****

RESUMO

Objetivo: conhecer as percepções dos profissionais que atuam no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sobre o acolhimento às pessoas em medida de segurança na Rede de Atenção Psicossocial. **Método:** estudo exploratório, descritivo e qualitativo. Participaram 15 profissionais atuantes em um hospital, na região Sul do Brasil. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas entre maio e junho de 2019. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo. **Resultados:** identificaram-se duas categorias: Possibilidades e limites para o acolhimento das pessoas em medida de segurança; Percepções dos profissionais sobre a Rede de Atenção Psicossocial. **Considerações finais:** o trabalho em equipe entre o setor da saúde e da segurança contribui para o acolhimento. A medida de segurança deve ser compreendida pelos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial como uma penalidade que tem um fim, tendo a necessidade de separar a doença do delito para alcançar o acolhimento com olhar individual e integral a esta população.

Palavras-chave: Acolhimento. Medida de segurança. Assistência à saúde mental. Atenção à saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Movimento Antimanicomial condutor da desinstitucionalização da loucura e da criação de novas possibilidades para o cuidado e inclusão de pessoas com transtorno mental convergiu com a criação da Política Nacional de Saúde Mental, concretizada pela lei 10.216/01⁽¹⁾.

Este cenário impulsionou o debate acerca das violações aos direitos humanos, vivenciadas nos manicômios atrelados à crítica ao modelo assistencial e tutelar que tais locais representam e à necessidade de uma rede de assistência de base territorial e humanizada – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁽²⁾.

A RAPS visa, por meio de um atendimento integral e humanizado, atender às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e às necessidades resultantes do uso do crack, álcool e outras drogas. Busca garantir a livre circulação das pessoas com

problemas mentais pelos serviços, comunidade e cidade. É composta por 07 componentes ou pontos de atenção, dentre os quais: atenção básica à saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência/emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial⁽³⁾. Propõe-se, assim, a desinstitucionalização, a qual é percebida como um processo ainda inacabado, que é visto na sociedade pelo conceito enviesado do “louco”, ao referir-se à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, anteriormente denominado de “louco infrator”⁽⁴⁾.

Porém, existem no Brasil, até o momento, hospitais psiquiátricos de características asilares, e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) é um deles. Os hospitais de custódia podem ser caracterizados como locais de segregação, onde normalmente, pela medida de

*Enfermeira, Mestre, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). São José, Santa Catarina, Brasil. E-mail: paolaonate@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7291-1546>.

**Docente no Departamento de Enfermagem UFSC, Doutora, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: ivoneteheidemann@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6216-1633>.

***Enfermeira e Docente no Departamento de Enfermagem UFSC, Doutora, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: michakd@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3660-6859>.

****Docente do Curso de Enfermagem UFFS, Doutora, Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: jeane.souza@uffs.edu.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0512-9765>.

*****Enfermeira e Docente no Departamento de Enfermagem UFSC, Doutora, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: gisele.manfrini@ufsc.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0445-1610>.

*****Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Fronteira Sul. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: ritibeckert@CiencCuidSaude.2023;22(0):64496-3788-0991.

segurança,^(*) ocorre a contenção física ou química do indivíduo, contradizendo ao tratamento proposto pelos estudos e práticas consolidadas na área da saúde mental⁽⁵⁾.

A medida de segurança entra em vigor quando ocorre a intervenção estatal na liberdade do indivíduo inimputável, com diagnóstico de alguma doença mental, que cometeu fato típico e antijurídico, atribuindo-lhe tratamento para preservar a sociedade do perigo que esta pessoa pode representar. O art. 97 do Código Penal destaca duas espécies de medida de segurança: internação e tratamento ambulatorial. A internação geralmente deve ser aplicada pelo juiz, enquanto que o tratamento ambulatorial deve ser exceção. Portanto, o juiz só poderá determinar o tratamento ambulatorial caso o crime for punível com detenção^(6,7).

Neste contexto, percebe-se a implementação da Política Nacional de Humanização como uma potente estratégia para melhoria da resolutividade na ampliação do acolhimento. Este garante um cuidado integral, sendo imprescindível práticas inclusivas que oportunizem a participação dos atores envolvidos. Acolher possibilita receber a demanda das situações de saúde mental da população em geral, incluindo aquelas privadas de liberdade, na qual o indivíduo passa por situações desumanizantes. E é por essa necessidade de humanização, que se deve superar o modelo hospitalocêntrico, a fim de alcançar a dignidade humana, a equidade, e a extinção do manicômio, incluindo o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico^(8,9).

O processo de desmanicomialização pode ser compreendido, etimologicamente, pela palavra “manicômio”: mania (*mania*, loucura) + *koméō* (cuidar). No entanto, o HCTP ainda é designado como um lugar para cuidar dos doentes mentais, denominados “loucos”. Acredita-se que a desconstrução do modelo manicomial é um desafio que ainda pode ser alcançado pelas equipes multiprofissionais, mas que vêm sendo prejudicada pelas medidas políticas. Diante disso, os novos processos de cuidado e acolhimento às pessoas em medida de segurança podem diminuir o estereótipo de louco, transformando o imaginário das equipes multiprofissionais e da sociedade em geral^(5,10).

As pessoas em medida de segurança geralmente recebem um sistema punitivo e segregatório com grandes dificuldades de ressocialização e volta à

vida em comunidade^(11,12). Somado a isso, as equipes de profissionais da RAPS, por vezes sem formação específica para assistir pessoas com doença ou sofrimento mental, optam pela medicalização do cuidado, mantendo o indivíduo “controlado” em uma tentativa de se proteger do “louco-criminoso”. A partir de então, é determinado se a pessoa deverá ser recebida no CAPS ou na Unidade Básica de Saúde (UBS), o que pode desampará-la da rede e das próprias equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁽¹³⁾.

Ao analisar as relações existentes entre o campo da Atenção Primária à Saúde (APS) e da saúde mental nos territórios, desvela-se que a medicalização é a condição utilizada para atuar no sofrimento e na vida das pessoas em medida de segurança. A prescrição e a renovação dos medicamentos são realizadas, em geral, sem a devida avaliação das condutas dos profissionais de saúde ou da proposta de projeto terapêutico, dando continuidade aos comportamentos compulsivos de aprisionar fora dos muros, configurando-se na segregação, sendo isto uma prática violenta⁽¹⁴⁾. Nesse aspecto é fundamental refletir sobre a saúde mental das pessoas privadas de liberdade, visto que carece de políticas públicas que proporcionem uma verdadeira inserção social dessas pessoas que vivem, na sua maioria, nos cenários ditos “manicômios judiciais”.

Diante do exposto, emergiu a seguinte questão de pesquisa: quais as percepções dos profissionais que atuam em um HCTP sobre o acolhimento às pessoas em medida de segurança na RAPS? É premente que a medida de segurança seja revista com base na reforma psiquiátrica, colocando-se como um contraponto à prática da hospitalização. Neste sentido, torna-se relevante conhecer as percepções dos profissionais que atuam no HCTP, a fim de contribuir com melhorias de políticas no setor e dar luz a esta temática, que ainda carece de ampliação de estudos e maior visibilidade dos seus resultados na área da Enfermagem e Saúde, em busca de qualificação na assistência, com reconhecimento dos direitos das pessoas em medida de segurança. Logo, objetivou-se conhecer as percepções dos profissionais que atuam em um HCTP sobre o acolhimento a estas pessoas na RAPS.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa⁽¹⁵⁾, tendo como referencial teórico as políticas de promoção da saúde, incluídas na Lei de Saúde Mental e na RAPS. A escrita deste artigo se desenvolveu conforme os critérios consolidados para relatos de pesquisa qualitativa (COREQ).

O local da pesquisa foi um HCTP da região Sul do Brasil, no estado de Santa Catarina, que integra os seguintes servidores: 15 profissionais da área da enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares; um médico psiquiatra; três psicólogos; um terapeuta ocupacional; e um assistente social. Estes profissionais atuam em conjunto com as equipes de policiais penais, que são encarregadas dos deslocamentos até as instituições da rede pública de saúde. As equipes de plantões de policiais penais se dividem em sete profissionais para cada cinco plantões, totalizando 35 neste setor.

Contou-se com a participação de 15 profissionais que foram convidados e aceitaram participar do estudo, compondo uma amostra intencional/proposital. Como critérios de inclusão, considerou-se os profissionais atuantes no HCTP, entre profissionais da saúde e das políticas penais, com mais de 18 anos de idade. Os critérios de exclusão foram: profissionais que não mantinham relação direta com as pessoas em medida de segurança e com menos de um ano de atuação no local.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas semiestruturadas, contendo questões que abordavam sobre o acolhimento das pessoas em medida de segurança no HCTP e na RAPS. As entrevistas ocorreram de maneira individualizada em local reservado do próprio HCTP, entre maio e junho de 2019, com duração aproximada de 30 minutos, sendo que foram mantidas até a saturação dos dados, alcançada quando as respostas se tornaram replicadas. As entrevistas foram conduzidas por uma enfermeira mestrande, gravadas e posteriormente transcritas.

A organização e interpretação dos dados se basearam na análise temática de Minayo⁽¹⁶⁾, a qual se desdobrou em três momentos: 1) pré análise: leitura dos dados transcritos, com o intuito de buscar aproximação com o objetivo inicial, construindo hipóteses dos dados encontrados na coleta; 2) exploração do material: momento em que se buscou codificar os dados; 3) tratamento

dos resultados obtidos: categorização e subcategorização, com classificação e interpretação do material⁽¹⁶⁾. Assim, emergiram duas categorias, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir.

A operacionalização da pesquisa teve início somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade pública de Santa Catarina, com parecer número 3.254.630, na data de 19 de abril de 2019, em conformidade com a Resolução n. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Antes de iniciar a coleta de dados, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido. Para preservar o sigilo e o anonimato dos entrevistados, optou-se por denominá-los pela letra E, seguida de um numeral, que foi determinado conforme a ordem cronológica das entrevistas (E1, E2, E3, e assim, sucessivamente).

RESULTADOS

O perfil dos participantes foi caracterizado a partir dos dados sociodemográficos. Os participantes do estudo tinham idade entre 30 e 60 anos, sendo sete do sexo feminino e oito do sexo masculino. Quanto à profissão: oito eram policiais penais, quatro enfermeiros, dois técnicos e um auxiliar de enfermagem. O tempo mínimo de trabalho no HCTP era de um ano e o máximo de onze anos. A maioria possuía formação profissional superior completa e diferentes níveis de pós-graduação, com exceção apenas dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Os dados analisados resultaram em duas categorias, a saber: 1) Possibilidades e limites para o acolhimento das pessoas em medida de segurança; 2) Percepções dos profissionais sobre a RAPS.

Possibilidades e limites para o acolhimento das pessoas em medida de segurança,

Nessa categoria os profissionais evidenciaram, como uma possibilidade para melhor acolher as pessoas em medida de segurança, o fato de o hospital receber doações privadas, que são coordenadas pela assistente social. O HCTP recebe doações de alimentos, roupas e calçados, dentro de um cronograma predeterminado:

[...] Nós temos uma instituição que estende a mão para a gente nas festas. A nossa assistente social tem contato com várias parcerias como supermercados, que toda(?) sai um veículo nosso para supermercado e faz a coleta de frutas e outros alimentos (E1).

[...] recebemos roupas. Daí, as pessoas escolhem a roupa que quer, o calçado, duas calças, uma bermuda, duas camisetas e vai para casa. Então são muito bem assistidos aqui [...]. (E3)

A situação de abandono familiar da pessoa em medida de segurança é uma circunstância imutável, desencadeada pela internação. Neste cenário, destacaram que buscam suprir essa carência ao apoiar essa população com oferta de mantimentos:

[...] quando eu vi que ele precisava e ninguém podia fazer por ele, eu comecei a fazer [...] às vezes, eu pego meu carro e venho até aqui na portaria e deixo uma sacolinha com bolachas, com refrigerante [...]. (E2)

Os participantes revelaram que as ações de prevenção e promoção da saúde no HCPT podem acolher as pessoas em medidas de segurança, pois além de abarcar os indivíduos hospitalizados, também envolvem os profissionais. O hábito de fumar, por exemplo, foi dizimado do local, contribuindo para melhorar a qualidade de vida destas pessoas:

A gente extinguiu o cigarro aqui dentro. Os policiais, a grande maioria, também conseguiu parar. Aproveitou-se o trabalho que foi feito com os pacientes na época, e aderiram ao tratamento também [...]. (E4)

Retrataram que a qualificação dos espaços do hospital oportunizou o seu uso para atividades educativas, esportivas e de lazer:

[...] a gente tem várias atividades terapêuticas. Temos educação física, pilates, basquete, futebol, vôlei, tênis, capoeira, oficina de cinema, oficina de narrativa, assembleia com os pacientes, [...] grupo de higiene com os enfermeiros e as técnicas de enfermagem, temos um terapeuta ocupacional que desenvolve várias atividades. (E7)

[...] aqui fazemos festa com as famílias, tem festa de natal, festa junina e festa de páscoa, interagindo o paciente e a família [...]. (E6)

O estado de saúde das pessoas em medida de segurança, já fragilizado por causa da doença, requer um trabalho contínuo dos profissionais para a prevenção de riscos. Nesta perspectiva, os profissionais citaram que agir de maneira preventiva e incentivar esta população para participar das atividades propostas é uma estratégia profícua para o cuidado:

[...] procurar ter essa percepção de agir

preventivamente, já saber quando o paciente está alterado, enxergar, às vezes, pelas atitudes deles, a gente consegue perceber se ele vai cometer alguma agressão física, às vezes com um outro paciente, ou com alguém que está perturbando-o. Então, interceder sempre que possível, preventivamente” [...] e a saúde deles é colaborar, os incentivando a fazer atividades físicas, a participar das oficinas e tentar, no dia a dia, ter um diálogo com eles. (E5)

Os profissionais também revelaram, nesta primeira categoria, alguns fatores limitantes para o cuidado às pessoas em medida de segurança, como a necessidade de transferência para outros locais, em consequência das várias enfermidades que envolvem esses indivíduos:

[...] Quando a gente precisa levar alguém para outro hospital, a gente leva o paciente e vai junto. Daí, vai conversar com o enfermeiro, com o chefe. Já fomos e ficamos mais de horas aguardando atendimento [...]. (E9)

Apontaram que a limitada educação permanente, junto aos profissionais que atuam na HCTP, é um fator limitador somado a constantes substituições. Há necessidade de maior capacitação para atendimento no HCPT e maior tempo de serviço destes profissionais, evitando a saída após dois anos de atuação:

Outra dificuldade muito grande de enfermeiro é que de dois em dois anos sai. Quando começa a criar vínculo, sai, então é difícil. O policial penal também, porque ele sai, vai pra outro lugar, e vem de outro, vem de uma cadeia. Então, deveria ser feito um concurso para policial penal específico para este hospital e fazer um treinamento para trabalhar aqui [...] e por mais que a gente puxa ele assim, mais acaba predominando aquela coisa da cadeia. (E8)

Outra dificuldade está relacionada às condições de vulnerabilidade das pessoas em medida de segurança, que varia de acordo com sua origem e entorno social. A falta de apoio da família no momento da internação gera várias complicações, dado que, na maioria dos casos, o delito aconteceu contra um familiar. Tal situação exige um trabalho de toda a equipe para promover maior interação entre a família e a pessoa em medida de segurança:

Primeiro a família não aceita a doença, não aceita que ele é doente. A partir do momento em que a família aceita que ele é doente, tem todo um trabalho da psicologia, de serviço social, da enfermagem, buscar essa família para começar a visitar essa pessoa. (E4)

Outra questão evidenciada se associa ao atendimento do egresso, exigindo o deslocamento constante do profissional, o que dificulta a coordenação das ações e controle de riscos, assim como o investimento do tempo:

A grande maioria das residências terapêuticas, das comunidades que absorvem os nossos pacientes são das cidades do interior. Os profissionais precisam sair daqui e ir para outras instituições, para outro estado e é difícil coordenar isso. (E12)

Na segunda categoria, na qual se abordou acerca das percepções dos profissionais sobre a RAPS, evidenciou-se que o acompanhamento da rede de saúde pública ainda não está atrelado às necessidades da pessoa em medida de segurança. A assistência prestada geralmente é insuficiente e carente de soluções que possam dar respostas às suas necessidades:

O hospital tem parcerias com empresas públicas, com empresas privadas, claro existe a rede do SUS, que a gente recorre às unidades básicas, os hospitais de média e alta complexidade. Porém, a rede ainda é muito falha, por exemplo, a rede de saúde mental é quase inexistente aqui [...]. (E11)

Para acolher as pessoas em medida de segurança, o município deveria aderir às recentes políticas de saúde prisional. Desta maneira, as demandas seriam atendidas pelas equipes de saúde prisional:

A rede lá fora está atendendo a demanda naquele momento, mas também no sistema penitenciário, o município já podia ter aderido na política de saúde prisional e ter equipes de saúde dentro do hospital. Aí, isso resolveria o problema pela raiz. E aqui, poderia ter profissionais capacitados, que não estaria trabalhando de forma contratada por dois anos. (E1)

Outra situação preocupante relatada é sobre a frágil rede de apoio ofertada pelas famílias, bem como o escasso acompanhamento ao tratamento psiquiátrico prescrito para as pessoas na comunidade, sendo que a falta de amparo também favorece o indivíduo a cometer delitos:

[...] se fala dessa falta de atendimento na rede de saúde que faz com que o paciente chegue aqui dentro [...] não encontram apoio da família, nem de ninguém. (E12)

[...] esse paciente não toma medicação, não é amparado pela nossa rede de saúde mental e acaba cometendo um delito, onde acaba aqui dentro. (E14)

Destacam-se, ainda, as dificuldades que os pacientes têm quando são encaminhados aos CAPS. Este local é considerado um local de referência e de tratamento a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes e, muitas vezes, não recebem um atendimento intensivo, personalizado e de acordo com a sua demanda.

[...] Muitos daqui poderiam estar no CAPS, mas não existe preparo para estar no CAPS, porque os profissionais de lá não conseguem nem atender os pacientes de lá de fora. (E11)

DISCUSSÃO

Dois são os pilares que sustentam o cuidado em saúde mental com base na atenção psicossocial: a elaboração de estratégias compartilhadas voltadas ao enfrentamento e o empoderamento das pessoas privadas de liberdade em suas famílias, considerando o resgate do cotidiano, suas particularidades, autoestima, assim como dispositivos ofertados nos distintos contextos sociais^(17, 18).

A medida de segurança define a pessoa como “criminoso e doente” por intermédio de sentença judicial. Não obstante, essa medida apenas poderá ser expedida por um tempo determinado, e é denominada cessação da periculosidade, o que permite a continuidade do tratamento nos serviços comunitários da rede de saúde mental^(19,20). Este delineamento propõe a desestruturação hospitalocêntrica, com o intuito de favorecer a atenção em rede, com estabelecimento de novos modelos de cuidados, nos quais a pessoa oriunda de medida de segurança possa ser considerada de maneira integral e individual. Assim, afasta-se a condição de doente mental ou de inimputabilidade, dentro ou fora do HCTP⁽²¹⁾.

O propósito legítimo do HCTP dá origem a diversas controvérsias no âmbito da saúde, em virtude da dupla função que exerce: tratar e custodiar. Diante dessa conjuntura, jurídica e hospitalar, a RAPS em conjunto com as equipes de saúde têm padrões de atendimento baseados na doença do “louco” infrator, o que se contrapõe com a atual política sanitária⁽²¹⁾.

Endossam-se os desafios para a consolidação da RAPS ao se perceber a limitada cobertura dos serviços de assistência à saúde mental de caráter comunitário. A *Lei n. 10.216/2001* propõe o

redirecionamento, porém não há documento jurídico prevendo metas para a implantação desses serviços. E ainda, recentes regulamentações autorizam que hospitais psiquiátricos ofereçam serviços comunitários e até mesmo integrem a rede com a oferta do tradicional serviço de leito hospitalar que, inicialmente, se procurava substituir⁽²²⁾.

Para o bom funcionamento da RAPS é necessário recursos humanos, financeiros e físicos. Estes devem prover dispositivos apropriados no território de abrangência, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É necessário também recursos tecnológicos, como o sistema de informação articulado aos componentes da rede com ação intersetorial para continuidade do cuidado integral⁽²³⁾.

Outro fator a destacar é que os HCTP despontam como a única entidade capaz de dar assistência à pessoa em medida de segurança, a qual é impedida de se desenvolver em seu entorno social e familiar, o que infringe o direito concedido na Lei. Desta forma, vale refletir que esta população vive institucionalizada e, ainda, coexiste com uma doença que a estigmatiza e a julga⁽¹⁹⁾, o que desvela, mais uma vez, a premência de maior formação dos profissionais que acolhem este público nos HCTP.

As práticas de cuidado que se baseiam na doença, a periculosidade e a medida de segurança reduzem a oportunidade de desinstitucionalização. As pessoas em medida de segurança e suas famílias, quando desvalorizadas na rede de saúde pública hospitalar e nos CAPS, trazem como consequência a perda da individualidade do ser, mantendo-o em condição de vulnerabilidade^(20,24). Estas práticas de cuidado voltadas ao modelo hospitalocêntrico enfatizam que o “louco-infrator” deve ser mantido “sob controle”, evitando agravos à sociedade. Ao contrário, a promoção da saúde como prática de cuidado, responde às ações que lidam com as condições de vulnerabilidade das pessoas quando consultam a rede de saúde⁽²⁵⁾.

Na atualidade, as equipes dos CAPS debatem estratégias terapêuticas para atender às regulamentações atuais do processo de desinstitucionalização e reinserção da pessoa à sociedade^(26,27). Contudo, as dificuldades expressadas pela falta de parcerias com a RAPS propiciam a cronicidade da doença, o que

intensifica as relações familiares anteriormente debilitadas pela enfermidade e o delito⁽²⁸⁾.

No estado de Goiás, as pessoas em medida de segurança são assistidas com o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Trata-se de uma estratégia atual na busca do cumprimento das políticas, sendo uma experiência que se contrapõe às dificuldades expostas em outras realidades dos estados brasileiros⁽¹¹⁾. O PAILI questiona o retrocesso das políticas de promoção da saúde e evidencia os esforços pela substituição da lógica manicomial pregressa, o que resulta da competência do trabalho em equipe, tendo como escopo a transformação das práticas hospitalocêntricas ultrapassadas^(4,11,29).

A realidade das pessoas em medida de segurança necessita ainda de diversos investimentos, sendo um dos caminhos a conciliação com estratégias de promoção da saúde. A reforma da saúde mental, desde o ano 2001, enfatiza a busca da autonomia e do bem-estar das pessoas em sofrimento mental e o PAILI é uma experiência que se posiciona como um paradigma que pode ser replicado na luta contra a segregação dessa população⁽³⁰⁾.

As mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas contribuem com o desmonte da reforma sanitária, gerando um retrocesso com o estabelecimento de diretrizes para a assistência às pessoas em sofrimento mental, ao oferecer a Terapia Eletroconvulsoterapia (ECT) como tratamento baseado em evidência científica. Tal situação se converte em um retorno na luta contra os manicômios, em uma tentativa de manter a cultura hospitalocêntrica acima dos direitos e da sensibilização humana⁽⁷⁾.

O Conselho Nacional dos Direitos Humanos tem um importante papel no desempenho de políticas de cuidado na lógica da atenção psicossocial em prol dos direitos humanos das pessoas que, por vezes, são vulnerabilizadas nos HCTP. Contudo, observam-se ainda limites na transformação desta realidade em vários estados do país, em busca da garantia do acolhimento às pessoas em medida de segurança e da assistência jurídica como direito⁽¹³⁾.

Como limitação deste estudo cita-se a dificuldade em conciliar o horário para realizar as entrevistas com os profissionais que atuam no HCTP, sendo que o único momento possível na

agenda foi justamente o momento do almoço destes servidores, diante do intenso trabalho que possuíam. No âmbito da Saúde e Enfermagem, este estudo instigou reflexões sobre a necessidade de maior formação dos profissionais para atuação na área da saúde mental de maneira humanizada e integralizada, sobretudo para a população em medida de segurança. Também desvelou a relevância das ações intersectoriais para o cuidado à saúde desta população, envolvendo o setor saúde e segurança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os HCTP ainda são considerados como

penitenciárias, desconhecendo sua legitimidade de pertencimento à RAPS. Mas, observam-se esforços dos profissionais para melhor acolher e preservar a integridade das pessoas em medida de segurança, contribuindo como fonte de apoio diante da instabilidade familiar. O binômio “enfermagem-segurança” se situa frente ao seu antagônico, o “doente-criminoso”, como um paradigma singular de cuidado.

A medida de segurança deve ser compreendida pelos profissionais que atuam nos CAPS e em toda a RAPS como uma penalidade que tem fim, sendo imprescindível separar a doença do delito para alcançar o acolhimento com olhar individual e integral a esta população.

PEOPLE IN A SAFETY MEASURE IN THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK: PROFESSIONALS' PERSPECTIVE

ABSTRACT

Objective: to know the perceptions of professionals working at the Psychiatric Custody and Treatment Hospital about the embracement of people in a safety measure in the Psychosocial Care Network. **Method:** exploratory, descriptive and qualitative study. Fifteen professionals working in a hospital in the southern region of Brazil participated. Semi-structured interviews were conducted between May and June 2019. The data were analyzed by the use of content analysis. **Results:** two categories were identified: Possibilities and limits for welcoming people in a safety measure; Perceptions of professionals about the Psychosocial Care Network. **Final considerations:** teamwork between the health and safety sector contributes to welcoming. The safety measure should be understood by professionals who work in the Psychosocial Care Network as a penalty that has an end, having the need to separate the disease from the offense to achieve embracement with an individual and integral look at this population.

Keywords: Welcome. Safety measure. Mental health care. Health care. Nursing.

PERSONAS EN MEDIDA DE SEGURIDAD EN LA RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

RESUMEN

Objetivo: conocer las percepciones de los profesionales que actúan en el Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico sobre la acogida a las personas en medida de seguridad en la Red de Atención Psicosocial. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo. Participaron 15 profesionales actuantes en un hospital, en la región Sur de Brasil. Se realizaron entrevistas semiestructuradas entre mayo y junio de 2019. Los datos fueron analizados a través del análisis de contenido. **Resultados:** se identificaron dos categorías: Posibilidades y límites para la acogida a las personas en medida de seguridad; Percepciones de los profesionales sobre la Red de Atención Psicosocial. **Consideraciones finales:** el trabajo en equipo entre el sector de la salud y la seguridad contribuye a la acogida. La medida de seguridad debe ser comprendida por los profesionales que actúan en la Red de Atención Psicosocial como una penalidad que tiene un fin, teniendo la necesidad de separar la enfermedad del delito para alcanzar la acogida con un enfoque individual e integral a esta población.

Palabras clave: Acogida. Medida de seguridad. Atención a la salud mental. Atención a la salud. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Honorato GLT, Souza AC, Santos AI, Campos GA, Abrahão AL. Por uma formação antimanicomial na rua: telas, saberes, culturas e cuidado. *Interface (Botucatu)*. 2022; 26:e210721. Doi: 10.1590/interface.210721.
2. Moreira DDJ, Bosi MLM. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. *Physis*. 2019; 29(2):e290205. Doi: 10.1590/S0103-

73312019290205.

3. Nóbrega MPSS, Mantovani GS, Domingos AM. Resources, objectives and guidelines in a Psychosocial Care Network structure. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(1):e20170864. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0864.
4. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público Federal [Internet]. Brasília; 2018 [acesso em: 12 jul. 2022]. Available

- from: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>
5. Caetano H, Tedesco S. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários. *Saúde Debate*. 2021; 45(128):191-202. Doi: 10.1590/0103-1104202112815.
 6. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab educ saúde*. 2020; 18(3):e00285117. Doi: 10.1590/1981-7746-sol00285.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas [Internet]. Nota técnica n. 11. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas [Internet]. Brasília; 2019 [acesso em: 12 jul. 2022]. Available from: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
 8. Gusmão ROM, Casimiro FCC, Fontoura Winters JR, Maciel R, Luiz DC, Silva Junior RF. Welcoming in primary health care in the perception of the multidisciplinary team. *Cuidado é Fundamental*. 2021; 13:1590-1595. Doi: 10.9789/2175-5361.rpcf.v13.10533
 9. Heidemann ITSB, Durand MK, Souza JB, Arakawa-Belaunde AM, Macedo LC, Correa SM et al. Potencialidades e desafios para a assistência no contexto da atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2023; 32:20220333. Doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2022-0333pt.
 10. Harmuch C, Jeronymo DVZ, Pini JS; Paiano M; Garcia GDV; Nacamura PAB et al. Percepção de gestores municipais diante da implementação da Política de Saúde Mental/ Perception of municipal managers in the face of the implementation of the Mental Health Policy. *Ciênc cuid Saúde*; 2022; 21: 59472-59472. Doi: 10.4025/ciencuidsaude.v20i0.59472.
 11. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *TES*. 2021;19:e00313145. Doi: 10.1590/1981-7746-sol00313.
 12. Oliveira LV, Salvador PTCDO, Freitas CHSDM. Mental health care provided to patients admitted to Brazilian psychiatric institutes: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73 (suppl 1): e20190548. Doi: 10.1590/0034-7167-2019-0548.
 13. Caetano H, Tedesco S. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários. *Saúde Debate*. 2021;45:191-202. Doi: 10.1590/0103-1104202112815.
 14. Godoi R. A prisão fora e acima da lei. *Tempo soc*. 2019; 31(3): 141-60. Doi: 10.11606/0103-2070.ts.2019.161053.
 15. Oliveira ESF, Brasil CCP, Higa EFR. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplas possibilidades e olhares. *Ciênc Saúde Colet*. 2021; 26(02):12. Doi: 10.1590/1413-81232021262.40972020.
 16. Minayo MCS. Ética das pesquisas qualitativas segundo suas características. *Rev Pesqui Qual*. 2021; 9(22):521-539. Doi: 10.33361/RPQ.2021.v.9.n.22.506.
 17. Ferreira TPS, Sampaio J, Oliveira IL, Gomes LB. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. *Saúde Debate*. 2019; 43(121):441-449. Doi: 10.1590/0103-1104201912112.
 18. Peres MAA, Martins GCS, Manfrini GC, Cardoso L, Fonseca PIMN, Shattell M. Twenty years of the Brazilian psychiatric reform: meanings for psychiatric and mental health nursing. *Texto contexto*. 2022; 31:e20220045. Doi: 1980-265X-TCE-2022-0045en.
 19. Braga GB, Tavares DH, Herreira LF, Jardim VMR, Franchini B. Condição de saúde das mulheres no sistema carcerário brasileiro: uma revisão de literatura. *SANARE*. 2021; 20(1): 115-130. Doi: 10.36925/sanare.v20i1.1556
 20. Kemper MLC. Deinstitutionalization and mental health of the deprived of liberty with mental disorders: the Rio de Janeiro, Brazil experience. *Cien Saude Colet*. 2022; 27: 4569-4577. Doi: 10.1590/1413-812320222712.12622022.
 21. Félix-Silva AV, Soares GP. Processos de Subjetivação em Arte e Saúde Mental em um Manicômio Judiciário. *Psicol cienc prof*. 2021; 41(spe4):e212322. Doi: 10.1590/1982-3703003212322
 22. Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPs) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(4):e00049519. Doi: 10.1590/0102-311X00049519.
 23. Nóbrega MPSS, Mantovani GS, Domingos AM. Resources, objectives and guidelines in a Psychosocial Care Network structure. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(1):e20170864. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0864.
 24. Brito C; Silva LN. Unhoused people: stigma, prejudice, and health care strategies. *Ciênc saude colet*. 2022; 27(1):151-160. Doi: 10.1590/1413-81232022271.19662021.
 25. Oliveira AS, Oliveira HN, Barros HL, Dias FMV. Custody and Psychiatric Treatment Hospitals in the prison system: A social death decreed?. *Ciênc saúde colet*. 2022; 27(12):4553-8. Doi: 10.1590/1413-812320222712.11502022.
 26. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab educ saúde*. 2020; 18(1):e0023167. Doi: 10.1590/1981-7746-sol00231.
 27. Silva CBV, Luz IGD, Pereira IPC, Junior JCBS, Oliveira KRSG, Real MMF et al. Sobrecarga e transtornos mentais comuns em cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos. *Braz J Dev*. 2020; 6(9):72429-72440. Doi: 10.34117/bjdv6n9-623.
 28. Baccon WC, Salci MA, Carreira L, Marques FRDM, Rêgo AS, Marques PG. People deprived of their freedom: nursing diagnoses in the light of horta's theory. *Texto contexto - enferm*. 2022; 31:e20210326. Doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2021-0326en.
 29. Oliveira LV, Coelho AA, Uchôa SAC, Salvador PTCO, Freitas CHSM. Logical model and matrix of criteria for assessing care to people with mental disorders in conflict with the law. *Ciênc saúde colet*. 2021; 26(11):5671-80. Doi: 10.1590/1413-812320212611.28562020.
 30. ONOCKO-CAMPOS, RT. Mental health in Brazil: strides, setbacks, and challenges. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(11): e00156119. Doi: 10.1590/0102-311X00156119..

Endereço para correspondência: Richard Augusto Thomann Beckert. Avenida General Osório, 72e. Chapecó, SC, Brasil. Telefone: (55)98427441, E-mail: ritbeckert@hotmail.com

Data de recebimento: 26/11/2022

Data de aprovação: 16/10/2023