

Considerações sobre a atuação da terapia ocupacional no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: O campo psicossocial versus o campo psiquiátrico legal

Ana Carolina Santos de Souza^{a,b}

^aInstituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro – IFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^bFaculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, Brasil

Resumo: O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) é, em sua essência, ambivalente e ambíguo, já que agrupa não só características hospitalares como também características de presídio, simbolizadas pelo sistema de segurança. Ao analisar tal contexto torna-se perceptível a importância da implementação de um saber-fazer capaz de atender às reais necessidades das pessoas encerradas nessa instituição. Essa leitura de necessidades deve supostamente estar vinculada a um trabalho em saúde mental pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na Prática do Campo Psicossocial. O objetivo da presente discussão é refletir acerca das reais possibilidades da implementação do trabalho em saúde mental pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inserido no Campo Psicossocial, em instituição como HCTP. Essa reflexão se dará a partir dos conflitos surgidos na implantação do serviço de Terapia Ocupacional em um HCTP no estado de São Paulo e também através da análise das dimensões da realidade à qual o HCTP pertence. Analisando a Lei da Reforma Psiquiátrica (lei n. 10.216/2001), o decreto n. 28.195/1988, que delibera as funções da Terapia Ocupacional nos HCTP do estado de São Paulo, e a Lei de Execução Penal, fez-se a análise da realidade a partir de suas dimensões, para entender que forças institucionais regem os processos de trabalho das terapeutas ocupacionais. Assim, foram capturadas as dimensões estruturais, particulares e singulares que regem o HCTP e após tal captura foram revelados os “nós” que impedem a implementação de um trabalho em saúde mental no campo psicossocial dentro de tal instituição.

Palavras-chave: *Terapia Ocupacional, Saúde Mental, Psiquiatria Legal.*

Considerations on occupational therapy in a custody and psychiatric treatment hospital: The psychosocial field versus the forensic psychiatry field

Abstract: The Custody and Psychiatric Treatment Hospital (CPTH) is ambivalent and ambiguous in its essence, because it gathers not only the characteristics of a mental institution, but also those of a prison – epitomized by the security system. By analyzing this context, one can perceive the importance of implementing some knowhow able to attend the real needs of the individuals hospitalized in this type of institution. This interpretation of their needs must be done in association with a work in mental health based on the principles of the Brazilian Psychiatric Reform and Psychosocial Field Practice. The objective of this study is to reflect on the real possibilities of implementing mental health work based on the Brazilian Psychiatric Reform, inserted in the Psychosocial Field, in institutions such as CPTHs. This reflection occurs from the conflicts arisen in the beginning of Occupational Therapy service in a CPTH located in the state of Sao Paulo, Brazil, as well as through the analysis of the reality in which this Custody Hospital is inserted. When studying the Psychiatric Reform Law, ordinance 28.195/1988, which deliberates on the functions of Occupational Therapy in the CPTHs of the state of Sao Paulo, and the Penal Execution Law, the reality

was analyzed from its dimensions, to conclude that the institutional forces ruled the work process of occupational therapists. Therefore, the structural, particular, singular dimensions that rule the CPTH were understood and, after that, the “nodes” that hinder the implementation of mental health work in the Psychosocial Field in this type of institution were revealed.

Keywords: *Occupational Therapy, Mental Health, Forensic Psychiatry.*

1 Introdução

No Brasil, quando há suspeita de que o autor de um delito seja portador de transtorno mental, a perícia psiquiátrica criminal é judicialmente solicitada. O objetivo é verificar se o quadro apresentado aboliu e/ou reduziu a capacidade de entendimento e/ou determinação do agente. Nessas situações, de acordo com a determinação judicial, a pena pode ser substituída por medida de segurança. Essa pode ser detentiva (cumprida sob a forma de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP) ou restritiva (atendimento ambulatorial) (GARBAYO; ARGÔLO, 2008).

O HCTP é, em sua essência, ambivalente e ambíguo, já que agrupa não só características hospitalares, como equipe de saúde, enfermarias, postos de enfermagem, salas de atendimento médico, oficinas terapêuticas, como também características de presídio, simbolizadas pelo sistema de segurança, composto por equipe de guardas, muros altos com arame, portões de ferro, grades em portas e janelas e cadeados (GOFFMAN, 2001).

Trata-se de uma instituição total que, de acordo com Goffman (2001), se configura como um lugar de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos, colocados numa mesma situação, cortados do mundo exterior por um período relativamente longo, levam em conjunto uma vida reclusa segundo modalidades explícita e minuciosamente regulamentadas.

De acordo com Santos, Souza e Santos (2007), o HCTP é uma instituição vinculada ao estado (no caso do estado de São Paulo, à Secretaria de Administração Penitenciária), 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 infrator o direito penal trata de maneira diferente do 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, 2007). Assim,

[...] *à luz do direito*, as medidas de segurança não têm caráter repressivo e muito menos penal. São medidas preventivas e terapêuticas, pois prescrevem tratamento. **Entretanto, os Manicômios Judiciários jamais cumpriram essa finalidade, funcionando como instituição entre a saúde e a justiça, entre o tratamento e a penitência.** (p. 82, grifos do autor).

Dessa forma, torna-se perceptível que tal instituição encerra uma clientela marcada pela dupla exclusão: a secular, imposta pela doença mental, e a do delito praticado, configurando o seu grau de periculosidade.

Ao analisar tal contexto torna-se perceptível a importância da implementação de um saber-fazer capaz de atender às reais necessidades das pessoas encerradas em instituição de tal natureza. Essa leitura de necessidades deve supostamente estar vinculada a um trabalho em saúde mental pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na prática do Campo Psicossocial.

O objetivo da presente discussão é refletir acerca das reais possibilidades da implementação do trabalho em saúde mental pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inserido no Campo Psicossocial, em instituição como HCTP. Essa reflexão se dará a partir dos conflitos surgidos na implantação do serviço de Terapia Ocupacional em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no estado de São Paulo e também através da análise das dimensões da realidade à qual o HCTP pertence.

A percepção desses conflitos se dará através da aplicação do Método de Intervenção da Enfermagem em Saúde Coletiva. Trata-se de um método marxiano que tem a finalidade de capturar a realidade objetiva levando em consideração a historicidade e a dinamicidade dos fenômenos (EGRY, 1996). Esse método leva em consideração a determinação social do processo saúde-doença, dessa forma dialoga com os objetivos da presente discussão, uma vez que expressa a visão de mundo e a concepção do processo saúde-doença mental que o Campo Psicossocial manifesta em sua prática.

2 O Campo Psicossocial e o Campo Psiquiátrico: Práticas que se antagonizam

No campo da saúde mental, as lutas do decorrer das três últimas décadas dizem respeito à desconstrução do *paradigma da psiquiatria* – centrado na hospitalização e medicalização da loucura – e à construção, ainda em andamento, do *campo psicossocial* – comprometido com o modelo de atenção operado segundo os eixos da reabilitação psicossocial, da integralidade do cuidado, do cuidado no território e da preocupação com a vida do *sujeito* com experiência de sofrimento psíquico.

Amarante (2001) coloca que a Reforma Psiquiátrica não se trata apenas de uma reestruturação do modelo de atenção, vai muito além, compreendendo transformações de dimensões epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Isso porque a Reforma compreende um processo social complexo, cuja mudança de paradigma, guiada por uma nova forma de enxergar e cuidar do fenômeno da loucura, traz para o campo de atenção novos questionamentos e uma constante (re)formulação das práticas.

O desafio que o processo de mudança do paradigma centrado na doença (que deve ser desconstruído) apresenta, para o qual se concebe a experiência da loucura como parte da existência humana, deve ser visto como constitutivo e compartilhado em níveis diferentes por todo indivíduo.

Tal mudança de paradigma reconfigura o *processo de trabalho* no campo da saúde mental, já que o *objeto de intervenção* – não mais a doença e sim o sujeito social com experiência de sofrimento psíquico – convoca novos *instrumentos de intervenção*, visto que a própria *finalidade do trabalho* se transforma – não mais a remissão do sintoma, mas as necessidades de saúde propriamente humanas (BARROS; OLIVEIRA; ARANHA E SILVA, 2007).

Essas transformações trazem para o âmbito das práticas profissionais uma nova configuração de saberes e fazeres, um novo jeito de visualizar as necessidades dos usuários, assim como diferentes estratégias de intervenção, que antagonizam a forma convencional do cuidado à pessoa com experiência de sofrimento psíquico estabelecida pelo campo psiquiátrico.

Nesses novos processos de trabalho, a *finalidade* é interferir nos aspectos fundantes da vida em relação, isto é, nas formas de morar, trabalhar e produzir redes sociais.

São esses os desafios para a construção teórica e prática do Campo Psicossocial, lugar onde essas intervenções têm assento e sustentação, porque ele engendra novas práticas e diversificados processos de trabalho.

Dessa forma, o *modelo de atenção no campo psicossocial* deve romper com a organização médica do serviço, ser planejado por toda a equipe, realizar-se por meio da divisão não burocrática do trabalho e modificar-se conforme a condução do caso e dos resultados obtidos (SARACENO, 1997; ARANHA E SILVA, 2003).

Tal modelo de atenção projeta a ação não mais centrada na doença e na tentativa de normalização dos indivíduos, mas lança mão de *diferentes dispositivos* de intervenção que levam em consideração as reais *necessidades* dos envolvidos. Trata-se da negação da doença como objeto de intervenção, intervém-se na história de vida das pessoas e não na história da doença das pessoas (SARACENO, 2001).

Assim, a finalidade da atenção em saúde mental ultrapassa a preocupação e o desdobramento de ações centradas somente no tratamento e passa a produzir situações que envolvem a possibilidade de os usuários do serviço se apropriarem e ressignificarem essa experiência em sua vida.

Ao se transformar o modelo assistencial, transformam-se também os processos de trabalho. De acordo com as premissas do Campo Psicossocial, esses passam a ser centrados no usuário e suas necessidades. Esses desafios são atuais e as transformações são contemporâneas e, por sua vez, se dão no campo da assistência à saúde, mas são advindas das manifestações das necessidades da sociedade.

A problemática surgida aqui diz respeito ao cuidado das pessoas com experiência de sofrimento psíquico que praticaram delito e por isso encontram-se custodiadas. E a questão que se pretende problematizar, mas que ainda está distante de ser respondida é: como realizar uma prática em saúde pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Campo Psicossocial em instituição como o HCTPI? O fato é que mesmo que todos esses princípios sejam respaldados pela lei n. 10.216 de 2001, eles ainda não puderam ser implantados nos HCTPs, uma vez que tal instituição é regida não por leis e decretos que regem o campo da saúde, mas pela lei n. 7.210 de 1984, ou seja, a Lei de Execução Penal, que rege todo o sistema penitenciário brasileiro.

Ao analisá-la é perceptível que ao se referir ao cuidado de pessoas com experiência de sofrimento psíquico, a Execução Penal o faz sob a óptica do Campo Psiquiátrico, uma vez que concebe a

normalização dos indivíduos, a cura e periculosidade da loucura.

Esses aspectos são visíveis quando a lei coloca que há um prazo mínimo para o cumprimento da medida de segurança – que deve ser de 1 a 3 anos (BRASIL, 2008) –, período em que se deve prescrever tratamento, ou seja, delimita-se um prazo mínimo para tratamento, como se fosse possível mensurar um período mínimo de cuidado em saúde mental e, ainda, que esse período mínimo seria de um ano. Refere-se ainda que o juiz pode determinar internação caso considere que essa providência tem fins curativos (BRASIL, 2008, p. 79).

Dessa forma, é notória a colisão das visões de mundo que permeiam o Campo Psicossocial e o Campo Psiquiátrico e, como consequência, a concepção do processo saúde-doença mental, o que determina de forma direta as práticas de cuidado em saúde implantadas na atenção às pessoas institucionalizadas em HCTPs.

É essa colisão que está sendo discutida na presente reflexão, através da implantação do serviço de Terapia Ocupacional em instituição de tal natureza. Através de uma prática diferente dessa prevista pelo Campo Psiquiátrico, o serviço de Terapia Ocupacional teve seu início em um HCTP no estado de São Paulo propondo uma prática pautada na Reforma Psiquiátrica, deflagrando assim contradições que serão analisadas no decorrer do artigo.

3 A Terapia Ocupacional em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: Ressignificando o saber-fazer

O serviço de Terapia Ocupacional em um dos HCTPs do estado de São Paulo foi implantando em setembro de 2009 através da contratação via concurso público de duas terapeutas ocupacionais. Vale pontuar que tal instituição encerra cerca de 600 pessoas, entre homens e mulheres, custodiadas pelo estado.

De acordo com o decreto n. 28.195, de 27 de janeiro de 1988, o papel do setor de Terapia Ocupacional em Hospitais de Custódia no estado de São Paulo diz respeito *exclusivamente* à gestão, supervisão, treino e avaliação para o trabalho realizado dentro da instituição, que por sua vez é mantenedora do mesmo (SÃO PAULO, 1988).

Nascimento (1990), ao discorrer sobre o mito da atividade terapêutica, coloca que de forma geral exige-se que o terapeuta ocupacional “[...] aplique

ou supervisione as atividades com determinados pacientes, dando-lhes caráter terapêutico”. A autora aponta ainda que na maioria das vezes essas atividades não têm “[...] nada de terapêutico, sendo apenas ocupação, com exploração do trabalho dos pacientes, em geral em serviços de limpeza e manutenção.” (p. 17).

Essa constituição histórica da profissão, que corroborava a prática *do tratamento moral*,

[...] utilizando o trabalho e as ocupações dirigidas como forma de prover ao médico um domínio absoluto sobre a vida de todos aqueles diagnosticados como doentes mentais [...] (NASCIMENTO, 1990, p. 19),

é, até hoje, estruturante do trabalho do terapeuta ocupacional no HCTP no estado de São Paulo.

Tal concepção da prática profissional é antagônica àquela já consagrada na profissão, no decorrer de sua evolução e ressignificação do uso das atividades, a qual diz respeito a um fazer que pode lutar contra o isolamento e o desenraizamento, investindo em ampliar o horizonte da vida de seus usuários e sua capacidade de criar e agir, em seu espaço de liberdade, em suas relações com o mundo e com os outros (MÂNGIA;NICÁCIO, 2001).

No campo dessa profissão se trabalha com uma concepção de saúde que não diz respeito somente à manutenção da vida biológica mas possui íntima relação com a qualidade de vida e com a discussão ética dos modos de vida.

Assim, os fazeres da Terapia Ocupacional, permeados pelo uso das atividades humanas na relação com os sujeitos e desses com o mundo, através dos grupos terapêuticos, das oficinas terapêuticas e do *estar* em situações que enriqueçam o cotidiano dos sujeitos envolvidos nos processos terapêuticos, reduziram-se a fazeres que nos remetem às práticas laborterápicas do século XIX (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Dessa forma, o suposto papel da Terapia Ocupacional – proposto pela instituição – dialoga intimamente com as práticas laborterápicas implementadas pelo Tratamento Moral, ainda consideradas pelo sistema prisional brasileiro como válidas e aplicáveis.

A colisão aqui colocada expõe diferentes dimensões de realidade, reproduzidas por diferentes visões de mundo. E foi através da implantação do serviço de Terapia Ocupacional que se constatou o choque entre o Campo Psicossocial e o Campo Psiquiátrico, uma vez que o trabalho das terapeutas ocupacionais dentro desse HCTP era pautado em uma *prática de saúde* e

intervenção social que utiliza as atividades humanas visando à *promoção da saúde e da inclusão social*.

Dessa forma houve um estranhamento por parte dos diversos trabalhadores da instituição acerca da prática das novas profissionais, que não entendiam exatamente qual era o papel desempenhado pela Terapia Ocupacional, uma vez que as técnicas ali presentes fizeram mais que gerir o trabalho mantenedor da instituição, realizado pelos próprios pacientes.

O princípio adotado nas práticas das terapeutas foi o de que na saúde mental a atuação da Terapia Ocupacional se dá no contexto da Reforma Psiquiátrica, centrando assim seu fazer no processo de desinstitucionalização, tendo como principais objetivos a promoção da autonomia da pessoa com experiência de sofrimento psíquico através da ampliação de sua contratualidade, ajudando na ressignificação de seus modos de viver, trabalhar e realizar trocas sociais.

Assim, o principal questionamento feito no interior do serviço de T.O. foi: como poderia a Terapia Ocupacional exercer seu papel emancipador pautado na Reforma Psiquiátrica em uma instituição como o HCTP?

Esse questionamento engendra tantos outros e solicita diversas reflexões. A primeira despontada seria a ressignificação do saber-fazer da Terapia Ocupacional no interior da instituição, ampliando-se assim o entendimento do fazer da profissão para além de atividades laborais. Os conflitos aí surgidos foram inúmeros, uma vez que a legitimação desse saber-fazer ainda encontra-se em andamento, não sendo sempre aceita pelos demais trabalhadores e pela própria direção da instituição.

O fazer tornou-se limitado e os enfrentamentos, constantes. Esses enfrentamentos solicitaram das terapeutas uma análise da realidade a partir de suas dimensões, para entender que forças institucionais regiam seus processos de trabalho.

Como colocado por Egry (1996), as políticas são dadas ao executor na forma de ações ou atividades setorizadas, sem revelar os marcos de referência que permeiam tais atividades. Assim, fica por conta de cada agente a decodificação da ideologia que perpassa o trabalho.

Por isso foram capturadas as dimensões estruturais, particulares e singulares que regem o HCTP e, após tal captura, foram revelados os “nós” que impedem a implementação de um trabalho em saúde mental no Campo Psicossocial dentro da instituição.

4 A Captação da Realidade Objetiva: O estrutural, o particular e o singular

O Método de Intervenção da Enfermagem em Saúde Coletiva é baseado na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). Tal método, de acordo com Egry (1996), capta e interpreta um determinado fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social concernentes à saúde e doença de uma dada coletividade. Dessa forma, a realidade é vista dentro de um contexto social e historicamente determinado e as intervenções, que se dão sob a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, propõem-se a transformar a realidade e a prosseguir reinterpretando-a.

A realidade, nesse método, tem a propriedade de existir mesmo fora da consciência humana, é o fenômeno saúde-doença da população, considerada sua historicidade e dinamicidade. Aqui, o fenômeno parte do entendimento marxiano de sociedade, no qual em cada formação social está a superestrutura que representa a instância jurídico-político-ideológica da sociedade (EGRY, 1996)¹.

Assim, para entender o lugar social que ocupa o HCTPI-FR (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico I de Franco da Rocha) e, por consequência, compreender o papel da Terapia Ocupacional na instituição e fazer uma leitura de suas potencialidades e limites, foi feita uma análise da realidade objetiva utilizando-se a referida metodologia.

As práticas em saúde mental, respaldadas pela Lei da Reforma Psiquiátrica e pelos princípios do Campo Psicossocial, têm sustentação nos serviços territoriais, atualmente configurados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios de Saúde Mental, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Enfermarias Psiquiátricas em Hospitais Gerais. Além de apoios matriciais às Equipes de Apoio à Saúde da Família (ASF), vinculadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Analisando-se esses dispositivos de atenção à saúde através da captura de suas dimensões – estrutural, particular e singular² –, surgem as contradições quando há a mesma captura do dispositivo HCTP. O entendimento dessas contradições permite que sejam notados os “nós” que impedem o trabalho em saúde mental proposto pelas terapeutas ocupacionais do serviço.

O HCTP se insere em sua Dimensão Estrutural (ou seja, na formação político-ideológica da sociedade) no Sistema Judiciário Brasileiro, enquanto que os equipamentos de saúde mental têm o Sistema de Saúde Brasileiro como constituinte de sua Dimensão Estrutural.

Assim, reproduzem ideologias de práticas em saúde distintas, que se manifestam em suas Dimensões Particulares. O HCTP segue ideologias expressas pela visão de mundo da Lei de Execução Penal, sendo essa totalmente distinta da Dimensão Particular dos dispositivos territoriais de atenção à saúde mental, que diz respeito à Lei da Reforma Psiquiátrica.

Por consequência, suas Dimensões Singulares expressam práticas e processos de trabalho contrários. O HCTP tem como práticas a medicalização e normatização da loucura (reproduzidas pela visão de mundo da Dimensão Particular), enquanto que os equipamentos de saúde mental que trabalham segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica têm como práticas os três eixos da Reabilitação Psicossocial, que dizem respeito ao trabalho não alienante e emancipatório, ao morar com dignidade e à construção e manutenção de redes sociais.

Isso significa dizer que a prática do HCTP diz respeito a um fazer de segregação e institucionalização, enquanto que o fazer nos serviços territoriais diz respeito a uma prática que busca a emancipação dos sujeitos.

Merhy (2007) coloca que por mais que haja uma apreensão do trabalho em saúde dada na lógica determinante das *dimensões estruturais*, o trabalho vivo em ato tem grande potencialidade para interrogar os desdobramentos da dimensão estrutural na dimensão singular. Isso porque, segundo o autor, há possibilidades de “revoluções” no trabalho em saúde, uma vez que há, a todo momento, um autogoverno do profissional que não pode ser capturado pelo “trabalho morto”³. Dessa forma, a dimensão singular apresenta a potencialidade de, de alguma forma, tensionar as dimensões particular e singular.

Esse autogoverno está manifesto no uso das tecnologias leve-duras e leves, ou seja, no saber desse profissional de saúde, assim como na construção do vínculo, no acolhimento e na relação que se estabelece com o usuário do serviço de saúde. Assim, a potência que o trabalhador de saúde tem de, na dimensão singular, ressignificar as dimensões particular e estrutural se dá ao estruturar seus processos de trabalho, lançando mão das tecnologias leve-duras e duras (MERHY, 2007).

Assim, mesmo havendo a detecção da necessidade de transformações no que diz respeito à dimensão

estrutural da realidade social na qual o HCTP se insere, é possível perceber que transformações são possíveis no trabalho em ato dos profissionais da instituição, através do autogoverno inerente à realização desse trabalho.

5 Considerações finais

Realizar essa captura da realidade objetiva no contexto do HCTP permite compreender quais valores político-ideológicos permeiam a prática da Terapia Ocupacional na instituição. Fazendo tal leitura é possível entender os tipos de enfrentamento necessários para a implantação de uma prática minimamente emancipatória para os sujeitos envolvidos no processo do cuidar.

Nesse momento é perceptível que mudanças no nível da dimensão estrutural são necessárias para a ressignificação da prática, uma vez que é nela que se reproduz a visão de mundo percebida na dimensão particular, que, por sua vez, engendra práticas que dizem respeito a fazeres há anos condenados e comprovadamente inefazes.

Dessa forma, a Terapia Ocupacional se vê dentro da instituição na linha de frente no processo de mudanças no que diz respeito à micropolítica dos processos de trabalho. Instituinto um saber-fazer que tenta ressignificar a concepção de saúde-doença mental, desafiando normas internas, processo esse que nem sempre resulta em vitórias.

As possíveis mudanças provocadas no interior do serviço dizem respeito a um fazer desconhecido pelos outros fazeres, que vez por outra é barrado devido a impedimentos advindos das dimensões particular e estrutural. No entanto, os limites estão sendo testados a todo momento, fazendo uso sempre da capacidade de transformação da aplicação das tecnologias leves, ressignificando a prática da Terapia Ocupacional dentro do HCTP.

Referências

- AMARANTE, P. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 103-110.
- ARANHA E SILVA, A. L. *Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial*. 2003. 310 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; ARANHA E SILVA, A. L. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n.sp.e, p. 815-819, 2007. PMID:20608383. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500013>

- BRASIL. *Lei de execução penal*. São Paulo: Saraiva, 2008.
- DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. *Terapia Ocupacional: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001.
- EGRY, E. Y. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996.
- GARBAYO, J.; ARGÔLO, M. J. R. Crime e doença psiquiátrica: perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, n. 4, p. 247-252, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000400004>
- GOFFMAN, I. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. *Terapia Ocupacional: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. p. 63-80.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-112.
- NASCIMENTO, B. A. O mito da atividade terapêutica. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, v. 1, n. 1, p. 17-21, 1990.
- 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 Enfermagem*, v. 15, n.spe, p. 79-87, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500009>
- SÃO PAULO. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. Decreto nº 28.195, de 27 de janeiro de 1988. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 28 jan. 1988. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1988/decreto-28195-27.01.1988.html>>. Acesso em: 17 maio 2013.
- SARACENO, B. *Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2. ed. Belo Horizonte: Te Corá; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2001.

Notas

- ¹ Para maiores informações sobre o método da TIPESC vide EGRY, EY. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996. Mesmo sendo um método desenvolvido para a intervenção nas práticas sociais da Enfermagem, consiste em uma intervenção em Saúde Coletiva poderosa, que ultrapassa os limites das práticas de Enfermagem, tendo a capacidade de fazer leituras da realidade e mostrar contradições das práticas em saúde de uma forma geral.
- ² Dimensão estrutural: Reporta-se aos aspectos macroscópicos ou macroestruturais do objeto focalizado, analisando suas *formas político-ideológicas*. Dimensão particular: Compreende os processos de reprodução social manifestos nos perfis epistemológicos de classe. É caracterizada pelas *formas especiais de prática e de ideologia em saúde*. Dimensão singular: Compreende os processos que em última instância levam a adoecer ou morrer, ou o contrário. Compreende também os processos de trabalho específicos de uma unidade ou setor assistencial, *dentro dos serviços* (EGRY, 1996, p. 84-85).
- ³ Para maiores entendimentos acerca da discussão que Merhy faz sobre a captura do “trabalho vivo” pelo “trabalho morto”, vide MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007.