

# O cuidado e os processos de trabalho em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva de seus trabalhadores<sup>1</sup>

Eline Vieira da Silva<sup>a</sup>, Mara Cristina Ribeiro<sup>b</sup>, Marilya Cleonice Santos de Souza<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, PE, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, Maceió, AL, Brasil.

**Resumo:** Introdução: A Reforma Psiquiátrica oportunizou o surgimento de serviços de atenção substitutivos aos hospitais psiquiátricos que proporcionassem a inclusão com base na estratégia da Reabilitação Psicossocial. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ainda preservam ações contrárias à Reforma, indicando a necessidade de mudanças. Objetivo: Identificar os processos de trabalho desenvolvidos pela equipe de um desses hospitais e construir uma reflexão crítica acerca das possíveis contribuições da terapia ocupacional na instituição. Método: Estudo de abordagem qualitativa desenvolvido por meio de entrevistas com 11 profissionais de nível superior analisadas com a técnica de Análise Temática. Resultados: A falta de comunicação e do entendimento da necessidade do trabalho em equipe provoca ações individualizadas e desarticulação nos cuidados, evidenciando ações comprometidas com as necessidades institucionais e não com as necessidades dos pacientes; as falas destacam a falta de atividades voltadas à reinserção e participação social dos internos na família e comunidade; apesar de os profissionais afirmarem conhecer o conceito de Reabilitação Psicossocial, muitos atribuem um sentido equivocado, indicando-o como uma abordagem do modelo asilar que visa ocupar os internos para diminuir o ócio institucional. Conclusão: A articulação entre os profissionais do local é frágil, o que impede que as ações sejam realizadas de forma interdisciplinar e intersetorial, mantendo condutas prioritariamente no modelo asilar. A terapia ocupacional pode atuar como protagonista de mudanças, contribuindo para o alcance de objetivos condizentes com a Reforma Psiquiátrica, facilitando processos de cuidado alicerçados na Reabilitação Psicossocial.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Terapia Ocupacional, Desinstitucionalização, Serviços de Saúde Mental, Reforma dos Serviços de Saúde.

## The performance of health professionals in a custody and psychiatric treatment hospital: the perspective of the psychosocial rehabilitation

**Abstract:** Introduction: The Brazilian Psychiatric Reform proportionated the appearance of mental health attention services and substitutive services in psychiatric hospitals that provided the inclusion based on the Psychosocial Rehabilitation strategy. Although the Custody and Psychiatric Treatment Hospitals (CPTH) are one of the services that must be included on the set of those transformations, actions against the Psychiatric Reform are still happening, which indicates the necessity of important changes. Objective: This paper has the objective to recognize how a CPTH team articulates with the new propositions recommended by the National Policy of Mental Health Attention and analyze if the interdisciplinary actions are being developed on the institution. Method: Research developed in a CPTH, as a qualitative analysis through interviews with 11 higher educated professionals for the data collection, examined by thematic analysis. Results: The lack of communication and understanding of the need for teamwork leads to individualized actions and disarticulation in the care, evidencing actions committed to the institutional

**Autor para correspondência:** Mara Cristina Ribeiro, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Rua Dr. Jorge de Lima, 113, Trapiche da Barra, CEP 57010-300, Maceió, AL, Brasil, e-mail: marauncisal@yahoo.com.br

Recebido em Abr. 6, 2017; 1ª Revisão em Jul. 10, 2017; 2ª Revisão em Dez. 7, 2017; Aceito em Dez. 23, 2017.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

needs and not to the needs of the patients; the speeches highlight the lack of activities aimed at the reintegration and social participation of inmates in the family and community. Although professionals claim to know the concept of Psychosocial Rehabilitation, many attribute a misleading sense, indicating it as an approach to the asylum model that aims to occupy the inmates to reduce institutional idleness. Conclusion: The articulation between the professionals of the place is fragile, which prevents the actions to be carried out in an interdisciplinary and intersectoral manner, maintaining ducts in the asylum model. Occupational Therapy can act as a protagonist of changes, contributing to the achievement of objectives consistent with the Psychiatric Reform, facilitating care processes based on Psychosocial Rehabilitation.

*Keywords: Mental Health, Occupational Therapy, Deinstitutionalization, Mental Health Services, Health Care Reform.*

## 1 Introdução

No Brasil, o primeiro local destinado especificamente à reclusão do louco que cometesse crime e do criminoso que enlouquecesse na prisão foi o Manicômio Judiciário, inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, em 1921.

O conceito de imputabilidade penal, na forma como atualmente se apresenta, surgiu no Código Penal de 1940, que está em vigor até hoje. Neste, as medidas de segurança foram incorporadas como uma inovação, no entanto, o sistema adotado à época era o duplo-binário, em que um mesmo indivíduo poderia receber pena privativa de liberdade e medida de segurança. A partir da Lei nº 7.209, de julho de 1984, que modificou o Código Penal, passou a vigorar o sistema vicariante, esse sistema estabelece que um indivíduo pode receber pena ou medida de segurança, conforme as características de cada caso, porém nunca as duas simultaneamente (CRESCO DE SOUZA; MENEZES, 2006).

A medida de segurança pode determinar internação ou tratamento ambulatorial, conforme o crime seja apenado com reclusão ou detenção. No caso da internação, ela tem sido considerada uma solução de caráter preventivo e assistencial, sendo reservada aos indivíduos considerados pela justiça inimputáveis, ou seja, aos que por transtornos mentais ou déficits cognitivos se encontravam ao tempo da ação ou omissão completamente incapazes de compreender o seu caráter ilícito, ou de determinar-se de acordo com essa compreensão (COHEN, 2006).

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), denominação utilizada mais recentemente em substituição ao Manicômio Judiciário, atuam como uma instituição ambígua, transitando entre a justiça e a saúde. Essa ambiguidade pode ser atribuída à característica da instituição, que traz em seus alicerces as diretrizes jurídicas e penais, visto que

[...] é regida não por leis e decretos que regem o campo da saúde, mas pela Lei n. 7.210 de 1984, ou seja, Lei de Execução Penal, que rege

todo o sistema penitenciário brasileiro [...] (SOUZA, 2014, p. 629).

Dessa forma, justiça e saúde mental articulam-se na tentativa de buscar uma linguagem comum, uma adequação, uma organização à proposta multidisciplinar.

No final dos anos 1970, desperta um movimento social denominado Reforma Psiquiátrica brasileira, ancorado nas mudanças em curso na Europa e Estados Unidos, que passa a questionar o tratamento direcionado àqueles que necessitavam de cuidados na assistência psiquiátrica. Este movimento tinha como um dos objetivos acabar com os hospitais psiquiátricos que segregavam um conjunto de pessoas do convívio social. Nessa perspectiva, o movimento oportunizou o surgimento de serviços substitutivos que proporcionassem a inclusão e que tinham como base o cuidado por meio da Reabilitação Psicossocial (RIBEIRO; BEZERRA, 2015).

A partir da Lei nº 10.216 de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a Política Nacional de Saúde Mental passa a estimular a criação e ampliação de serviços abertos, de base comunitária, para o tratamento dos transtornos mentais.

A internação, dessa forma, passa a ser considerada como o último recurso a ser ofertado ao tratamento, mesmo considerando a medida de segurança, ela só deveria ocorrer sob a recomendação médica atestando a sua necessidade (SILVA, 2010).

Na atualidade, com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da portaria nº 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde, intensifica-se a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, o que pode significar mais um avanço no campo da proteção e garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental que cometeram algum crime, quando consideramos que um de seus objetivos é superar o modelo assistencial centrado no Manicômio Judiciário, garantindo tratamento

digno e de qualidade ao louco infrator (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

Por meio dessas normativas e dos movimentos de transformação da assistência à saúde mental, os HCTPs devem ser substituídos progressivamente por outros dispositivos, e os cuidados devem ser prestados em Ambulatórios e Centros de Atenção Psicossocial (LIRA, 2016), dentro da ótica da Reabilitação Psicossocial.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO..., 2001), a Reabilitação Psicossocial se configura como um processo de oferta de oportunidades às pessoas em sofrimento mental, com o objetivo de promover potenciais de funcionamento independentes na comunidade. Este processo envolve o desenvolvimento de competências individuais e mudanças ambientais.

Com a importante tarefa de reestruturar o atendimento aos indivíduos que estão em sofrimento psíquico dentro das perspectivas da Reforma e da Reabilitação Psicossocial, os profissionais da saúde devem compreender a importância do trabalho interdisciplinar.

Apesar de ser considerada difícil, a atuação interdisciplinar permite que o trabalho seja realizado de forma mais leve, e isso se deve à corresponsabilização dos profissionais (ZGIET, 2013) diante dos resultados pretendidos. Tendo em vista isso, a reabilitação desses indivíduos deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar em ações intersetoriais e interdisciplinares, para que o sujeito em sofrimento psíquico alcance o seu mais alto grau de contratualidade, garantindo a (re)inserção em seus territórios de vida.

A Reforma Psiquiátrica e o uso da estratégia da Reabilitação Psicossocial, portanto, indicam mudanças importantes nos processos de trabalho desenvolvidos dentro dos serviços de atenção à saúde mental. Dessa forma, quando nos aprofundamos no conhecimento dessas transformações, não é possível a construção de críticas aos hospitais psiquiátricos desvinculadas dos HTCPs como instituições que fazem parte desse conjunto e que, por isso mesmo, também se caracterizam como necessárias das reformas preconizadas nos novos modelos de atenção.

A exclusão deve ser afastada de todo o contexto que envolve os novos paradigmas de saúde mental, haja vista ela operar contra tudo o que envolve uma real reabilitação no campo psicossocial, pois é preciso assumir que o processo de transição do modelo asilar para o modelo comunitário territorial é demorado e frágil, porquanto estes modelos

coexistem com suas forças políticas, ideológicas e sociais (RIBEIRO, 2015).

A partir dessas reflexões, e tendo como referenciais teóricos a Reforma Psiquiátrica e a estratégia da Reabilitação Psicossocial, a investigação proposta percorreu os processos de trabalho dentro de uma das instituições de cuidado às pessoas em sofrimento mental que ainda se mantém aparelhada em alicerces conhecidamente focados na exclusão e no modelo asilar.

O presente estudo teve como objetivo identificar os processos de trabalho desenvolvidos pela equipe de um HCTP e verificar se esses processos têm, de alguma forma, se articulado às novas propostas preconizadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde Mental. Também procurou analisar se são desenvolvidas ações interdisciplinares e intersetoriais e, a partir desses resultados, buscou construir uma reflexão crítica acerca das possíveis contribuições que a terapia ocupacional pode oferecer para a instituição dentro dos referenciais teóricos em que o estudo está consubstanciado.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e aprovada em 02 de dezembro de 2014 sob o nº CAAE 38396514.1.0000.5011.

## 2 Método

A metodologia utilizada para viabilizar o desafio do estudo foi a qualitativa, por esta propiciar nas pesquisas da área de saúde mental o emergir, como indica Flick (2009), dos significados sociais e subjetivos relacionados ao tema, permitindo estudar o conhecimento e as práticas dos participantes, levando em consideração as diferentes perspectivas e contextos sociais a ele relacionados.

A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) de uma capital da região Nordeste brasileira, sendo ele o único serviço responsável pelo acolhimento de pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos e também daquelas que desenvolveram transtornos mentais durante o tempo de detenção em prisões.

No período da pesquisa, compreendido entre setembro e dezembro de 2015, o HCTP contava com um total de 82 internos, divididos em duas categorias: os que cumpriam medida de segurança, sendo um total de 38 indivíduos, e os *sub judices* ou população provisória, com 44 indivíduos. Os internos com o maior tempo de reclusão apresentavam um histórico de 26 a 30 anos de internação e não possuíam indicativo de alta. Com relação aos profissionais responsáveis pelo cuidado, a equipe era formada

por 5 psicólogos, 4 assistentes sociais, 5 médicos (3 psiquiatras e 2 clínicos-gerais), 2 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem.

Os sujeitos do estudo foram os profissionais da instituição que representam o grupo de trabalhadores de nível superior da área da saúde e outros profissionais que, apesar de não comporem a equipe de saúde, desenvolviam ações diretamente com os pacientes e auxiliaram no alcance dos objetivos da investigação. Dessa forma, foram incluídos os trabalhadores de nível superior que estavam, à época, envolvidos diretamente com o cuidado dos pacientes.

O instrumento escolhido para a produção dos dados foi a técnica de entrevista, por esta permitir a possibilidade de obter considerações livres e espontâneas do entrevistado. Para tanto, os profissionais que aceitaram participar do estudo foram convidados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e somente após todos os esclarecimentos sobre a pesquisa e a sua assinatura foi iniciada a entrevista.

Como forma de organização da produção dos dados, foi utilizado um roteiro norteador, elaborado pelos pesquisadores, que permitiu a abordagem das questões consideradas importantes para a temática. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos participantes.

Para a análise do material coletado, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática. Dessa forma, foram cumpridas todas as etapas operacionais, como orienta Minayo (2010): Pré-Análise, Exploração do Material, Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

Com o cuidado de não revelar a identidade dos entrevistados na exposição dos resultados, eles foram organizados com letras do alfabeto. Como a instituição tem poucos trabalhadores de nível superior e, ainda, algumas categorias profissionais possuem poucos representantes, com o objetivo de proteger suas identidades, optamos apenas por nomeá-los com letras (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J e K) e não diferenciá-los pelas profissões.

### 3 Resultados

Foram entrevistados onze trabalhadores, sendo nove da área da Saúde, um da área do Direito e outro da Administração Pública. As categorias da Saúde que fizeram parte da pesquisa foram: Enfermagem (2), Psicologia (2), Serviço Social (2) e Medicina (3).

Com relação à caracterização dos trabalhadores entrevistados, o estudo revelou que o tempo médio de trabalho na instituição foi de 1 ano e 7 meses, com o tempo mínimo de 1 mês e o máximo de 9 anos. Dos 11 profissionais entrevistados, seis eram

do sexo feminino. A média de idade foi de 35 anos, com mínimo de 30 anos e máximo de 72 anos.

A partir da análise das entrevistas, foram delineadas as seguintes temáticas: 1) Ações profissionais desenvolvidas na instituição; 2) Objetivos da instituição e suas ambivalências; 3) A Reabilitação Psicossocial e seu desconhecimento teórico-prático nas ações de cuidado.

#### 3.1 Ações profissionais desenvolvidas na instituição

Ao serem perguntados sobre as ações desenvolvidas especificamente por cada categoria profissional, foi possível detectar algumas atividades comuns, principalmente entre os profissionais da área da saúde não médicos e outras bastante específicas de cada área e categoria.

*Fazemos atendimento ao paciente e à família e conscientizamos os familiares sobre sua importância para o sucesso do tratamento (B).*

*O atendimento individual ao paciente, à família e algumas atribuições ligadas à profissão mesmo, que é a entrevista e as visitas domiciliares e institucionais [...] (F).*

*Eu analiso a situação jurídica dos pacientes e dos reeducandos, porque tem os reeducandos que vem para tratamento e outros que já pegam medida de segurança, que é uma situação mais definitiva (H).*

Quando questionados sobre ações desenvolvidas em parceria com outros profissionais, observou-se a presença de dois grupos bastante diferenciados. O grupo um (G1), formado por profissionais da Psicologia, Serviço Social e Enfermagem, apresenta articulação frente a algumas ações desenvolvidas no serviço:

*As atividades que desenvolvemos são reuniões e atendimentos em conjunto com a família e com o paciente. É um atendimento da equipe: psicóloga, assistente social e a Enfermagem (C).*

*Nós trabalhamos em conjunto, porque meu trabalho sozinho não vai surtir efeito [...]. As atividades que realizamos em conjunto são as reuniões quinzenais com a família para mostrar a importância da presença deles, para informar as novas mudanças (B).*

O grupo dois (G2), formado pelos demais profissionais que participaram do estudo, parece trabalhar de forma individualizada, tendo como meta o cumprimento de obrigações profissionais específicas.

*Cuido muito da parte clínica e só tem eu, então trabalho praticamente sozinho (I).*

*Eu tenho desenvolvido aqui atividades administrativas, gestão médica e na área de perícia médica (D).*

Os profissionais do G2, portanto, têm como característica a realização das atribuições de forma individual, não existindo o compartilhamento de saberes.

Essa dicotomia não se restringe às atividades profissionais, mas se estende às institucionais em alguns momentos, como evidenciado ao falarem sobre as reuniões de equipe: enquanto alguns afirmavam que acontecia quinzenalmente (G1), outros diziam que a frequência era mensal, e outros, ainda, desconheciam tal atividade:

*Como elas não são predeterminadas, as reuniões ocorrem sempre que necessário, por exemplo, se eu entender que preciso discutir algum caso com um colega, então nós temos acesso a essa discussão, não existe um horário, uma data estabelecida para isso (K).*

*As reuniões acontecem quinzenalmente, porque precisamos nos encontrar para articular a próxima reunião (F).*

*Acontecem uma vez no mês (D).*

Diante da fala dos entrevistados, percebe-se o desencontro de informações relevantes para a equipe de trabalhadores frente às ações que devem ser desenvolvidas na instituição.

Com relação aos temas abordados nessas reuniões, estes versam sobre a situação dos internos, medicações, atendimentos aos familiares e questões jurídicas.

### 3.2 Objetivos da instituição e suas ambivalências

Quando indagados sobre os objetivos que a instituição quer alcançar, as respostas evidenciam a ambivalência da instituição. Alguns apontam objetivos relacionados apenas à assistência oferecida na instituição:

*A finalidade do CPJ é dar o suporte médico e multidisciplinar para fazer o acompanhamento enquanto estão aqui (I).*

*A qualidade da estadia desses pacientes que ficam aqui (H).*

Outros apontam os objetivos na perspectiva jurídica:

*A função básica daqui é: pacientes presos que cometeram crimes fora, mas que tem transtornos, não podem conviver em unidade normal, deve vir para o CPJ. [...] então o objetivo daqui é somente separar os presos que não tem transtorno dos que tem (G).*

*Aqui é um Manicômio Judiciário que as pessoas estão por ordem judicial, elas estão aqui para pagar a sua pena e serem avaliadas se elas realmente têm sanidade mental. Elas estão aqui para isso, para pagar suas penas e a finalidade do CPJ é dar o suporte médico e multidisciplinar para fazer o acompanhamento enquanto estão aqui (I).*

Interessante indicar que existem aqueles que percebem essa ambivalência na natureza da instituição e a apontam quando pensam nos objetivos a serem alcançados:

*Como é a parte de saúde mental e parte processual junto, a parte de saúde mental quer alcançar a melhora do paciente, a estabilização da patologia para que ele volte a conviver em sociedade, a continuação do tratamento dele no CAPS, tomando seus remédios, essa é a intenção: devolver aquele paciente melhor para a sociedade. Como é um Centro Psiquiátrico Judiciário, é visto a questão da pena, mas o foco é a saúde mental, é a melhora do paciente (A).*

Na análise das entrevistas houve também os que mencionaram como objetivo o retorno do sujeito em sofrimento psíquico ao convívio social e familiar, no entanto, percebe-se a dificuldade de alguns profissionais em desenvolver essas ações voltadas à Reabilitação Psicossocial.

*Eu nunca trabalhei na saúde mental, então, às vezes, eu tenho uma dificuldade porque estou acostumada a trabalhar em outras unidades. No atendimento você vê um progresso, mas aqui no CPJ o progresso, às vezes, é lento demais. Às vezes eu dou uma melhorada em um atendimento e parece que atrasam dois, então por causa disso existe a dificuldade nesse processo devido ao transtorno, à internação, ao abandono, de tudo que envolve o paciente. O meu trabalho é um pouco mais complicado [...] (G).*

*Primeiro a ressocialização, mas você precisa de um longo trabalho porque ela ainda está muito tímida, a ideia passa por muitos protagonistas que não estão preparados para a Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, muitos estão no modelo asilar. O produto do hospital é a alta através do laudo médico, meu pensamento é esse,*

*é muito difícil, pois não quero ser conivente com o tratamento asilar (J).*

Essa característica de ambivalência que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) exercem pode ser percebida quando alguns trabalhadores não conseguem determinar de fato a finalidade da instituição.

*Eu não sei! É difícil falar sobre isso, porque aqui não é um hospital, o nome em si é, mas nós vemos que aqui não tem nada de hospital [...] (G).*

Quando perguntados sobre os objetivos efetivamente alcançados, foi citada a possibilidade de aproximar alguns familiares do tratamento. No entanto, notam-se como discurso prevalente as atividades voltadas para a simples assistência médica, cumprimento das questões jurídicas e assistenciais.

*O que alcançamos é a demanda de laudos (K).*

*Pelo menos o objetivo da medicação e da alimentação é alcançado, o acompanhamento com o psicólogo e psiquiatra também, porque fora da instituição eles não tem devido à estrutura e escolaridade da família, que muitas vezes não sabem procurar os seus direitos (B).*

### 3.3 A Reabilitação psicossocial e seu desconhecimento teórico- prático nas ações de cuidado

Ao serem indagados se a instituição realizava ações na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, percebeu-se a dificuldade de entendimento de alguns trabalhadores sobre o que essa abordagem representa.

*Desenvolve, assim [...]. É isso que estou te dizendo, depende muito, porque, às vezes, eles fazem trabalhos terapêuticos e de artesanato, mas muitas vezes não vem material (E).*

*Tem uma sala que eles ficam pintando, fazendo artesanatos [...]. Já as atividades referentes à Reabilitação Psicossocial, eles são vistos por psicólogos, pelo psiquiatra são vistos uma vez na semana (I).*

*Sim, tem um trabalho muito bonito aqui de ioga e música (J).*

Nessas afirmações foi possível verificar a associação dessa estratégia à ocupação da ociosidade institucional, o que, segundo estes respondentes, poderia ser solucionado com a contratação do profissional da terapia ocupacional.

*Então assim, eu acho que precisava de um terapeuta ocupacional. Tem um setor que tem máquina para fazer atividade de Fisioterapia, mas não tem o profissional (E).*

Além de associarem a Reabilitação Psicossocial com atividades de ocupação e distração, houve aqueles que atribuíram essa função a outros profissionais, constatando, mais uma vez, que eles desconhecem seus reais objetivos.

*Eu não sei se funciona, mas ele desenvolve. Tem a equipe psicossocial que trabalha nessa perspectiva, de alguma forma colabora com a melhora dessas pessoas. Tem também a equipe das atividades artesanais, enfim, os objetivos são sempre de melhorar o paciente, agora, na verdade, nós não temos uma estatística dizendo se isso colaborou ou não (F).*

Outros, ainda, associam à qualificação do trabalho terapêutico.

*Então, a parte do Serviço Social e da Psicologia desenvolve bem os atendimentos individuais, mas fica faltando a parte grupal, a parte de interação deles, a parte de discutir com eles os transtornos. Fica faltando essa parte de grupo e a parte da terapia fazendo alguma coisa, que é para fechar essa parte do psicossocial (A).*

Alguns apresentam posicionamento mais crítico, admitindo a não existência de ações de Reabilitação Psicossocial.

*A reabilitação que tentamos é a ligação com os CAPS dos interiores, essa é a nossa única reabilitação: o encaminhamento. Um trabalho que desenvolva essa parte nós não temos (B).*

*Não, só medicação. A verdade é essa! (C).*

Dentro das atividades desenvolvidas, não há nenhuma estratégia de inclusão dos internos em atividades na comunidade durante o tratamento, todas as atividades são realizadas dentro da instituição e se resumem a trabalhos de serviços gerais, como a jardinagem, a capinagem e a marcenaria:

*Não existe! Posso lbe assegurar que não existe (J).*

*Existem atividades aqui no CPJ. Eles trabalham aqui na parte de limpeza, com jardinagem, essas coisas... trabalho de serviços gerais [...] (H).*

Sobre as atividades de inclusão ou integração dos internos com a família durante o tratamento, apesar de serem realizadas as reuniões quinzenais com os familiares como estratégia principal, o que se destaca na fala dos entrevistados são as dificuldades

que estes enfrentam para alcançar esse objetivo, visto que alguns deles cometeram o crime contra a própria família e, por esse motivo, a aceitação se torna mais difícil:

*Existe uma tentativa [...] se já é difícil inserir o paciente na família, isso dobra quando o mesmo cometeu um crime contra algum familiar. Tem famílias e famílias ... existem algumas que aceitam outras não (J).*

*Existe a visita, só que muitos familiares não vêm, então essa relação familiar fica meio prejudicada no meu ponto de vista, porque muitos moram longe, moram no interior e não tem como pagar um transporte para estar vindo e porque, também, não tem interesse em vir, visto que o paciente geralmente comete o crime contra a própria família [...] (H).*

Um ponto que chama atenção é que, apesar dos esforços para conscientizar os familiares sobre a importância da presença e apoio destes no tratamento e reabilitação dos internos, alguns entrevistados afirmaram não existir na instituição atividades voltadas para a inclusão no ambiente familiar no período pré-alta. Diante disso, as relações afetivas ficam enfraquecidas pela falta de ações voltadas para a reinserção no convívio familiar. Contudo, foi percebido outro fator que contribui de forma significativa para a dificuldade exposta pelos trabalhadores. Segundo alguns entrevistados, a alta é uma decisão que transita entre o médico psiquiatra e a justiça, não havendo comunicação com o resto da equipe:

*A alta é feita pelo psiquiatra juntamente com a justiça. Algumas vezes nós só sabemos quando o paciente está internado e nós temos que entrar em contato com a família. Às vezes não agrega e nós ficamos um pouco por fora [...] (F).*

*É uma decisão inicialmente médica e depois jurídica, infelizmente não está tendo uma discussão [...] (A).*

Com isso, os profissionais não são informados quanto à alta dos internos e ficam impossibilitados de realizar intervenções voltadas para a reinserção no convívio familiar. Dessa forma, alguns entrevistados afirmaram que a não realização das atividades no ambiente familiar eram atribuídas à falta de comunicação entre a equipe:

*Não, porque não sabemos quando eles irão receber alta, tudo depende do juiz, quando o CPJ encaminha o laudo para o juiz ele é quem decide se vai dar alta, se vai aplicar a medida de segurança, então nós também não sabemos [...] (B).*

*O paciente está aqui, de repente chega o alvará determinado pelo juiz, à direção entrega e pronto, ele sai e não tem nenhuma programação (C).*

Atividades de inclusão dos internos em serviços de saúde no período antes da alta também não existem na instituição, segundo alguns entrevistados. Como a alta é uma decisão médica e jurídica, não sendo compartilhada por toda a equipe, a articulação com os serviços de saúde torna-se um problema, visto que os profissionais não sabem quem receberá alta:

*Não existe, porque a alta vem e nós ficamos sabendo no dia, na hora que o paciente recebeu alta, que está de alvará e tem que ir embora. Não tem como preparar para orientar o paciente a sair do CPJ. É muito assim, do momento (E).*

Alguns entrevistados também afirmaram não ter articulação da instituição com a RAPS, no entanto, outros afirmaram existir uma comunicação, porém, de forma indireta, apenas para avisar da chegada do interno em determinado serviço que pertence a uma rede de atenção psicossocial. Além disso, foi possível observar a insatisfação diante dos obstáculos encontrados no serviço para a realização dessas ações:

*O contato é mais por telefone e quando o paciente sai leva a declaração e o encaminhamento para o CAPS da cidade onde mora (B).*

*Não, o que existe é o seguinte: se algumas das técnicas conhecerem alguém que trabalha no CAPS, elas ligam e comunicam que está chegando um novo usuário. A rede é mais essa, mais a vontade realmente de querer que o paciente fique por lá e não volte. Mas não tem essa rede, porque ninguém vem aqui procurar saber do CPJ, nós temos a maior dificuldade de ter um carro para visitar um CAPS e preparar uma palestra, se caso o paciente fosse para lá, infelizmente (G).*

Algumas falas indicaram que não existe o acompanhamento dos egressos, outras que eles são acompanhados pelo médico psiquiatra apenas quando o juiz determina o prazo de retorno à instituição para ser avaliado e para pegar medicamentos. Este também determina se o paciente deve frequentar algum serviço extra-hospitalar:

*Quando os pacientes saem do CPJ, eles voltam para pegar medicação e para serem analisados pelo psiquiatra, mas não passam por nós, apenas pelo psiquiatra (G).*

*Sim! Geralmente, o juiz determina que durante um ano o paciente retorne ao CPJ mensalmente para ser acompanhado pelo médico e também*

*assinar no juiz, mas não são todos. Isso quem determina é o juiz (B).*

## 4 Discussão

A primeira grande questão a ser discutida é a desarticulação do cuidado verificada na fala dos entrevistados. Foi possível perceber que os profissionais buscam realizar ações efetivas de cuidado, no entanto, a falta de comunicação entre os trabalhadores e a fragilidade do trabalho em equipe provocam ações individualizadas. Além disso, a organização do trabalho desenvolvido parece estar voltada às necessidades institucionais e não às necessidades do interno.

Boccardo et al. (2011) afirmam que, para superar a fragmentação do conhecimento e especificidades profissionais, é preciso que o trabalho em equipe construa práticas de cuidado articuladas e integradas, e apenas dessa forma consegue-se responder às reais necessidades das pessoas atendidas.

Quando se analisam ações de cuidado em saúde mental, é importante pontuar que os serviços devem oferecer uma assistência interdisciplinar e intersetorial. Não obstante, desprender-se do seu campo de saber e buscar novos saberes nem sempre agrada os profissionais, que estão acostumados com o modelo asilar em que cada profissional fica restrito a seu campo de conhecimento.

Zgiet (2013, p. 314) afirma:

O trabalho em saúde mental é, geralmente, um desafio, pois é marcado por frustrações que vão da cronificação do quadro do usuário cuja doença se pretende tratar até a impossibilidade de controle do processo de trabalho. A forma como os serviços são organizados e a expectativa quanto à relação dos servidores com os pacientes também são fatores capazes de corroborar as dificuldades do cotidiano dos profissionais.

O estudo mostra que essa dificuldade de integração de saberes e ações fica ainda mais intensa quando se trata de serviços ainda arraigados a um modelo de atenção psiquiátrica em que algumas categorias profissionais ficam à parte das decisões e condutas do tratamento. Portanto, mesmo as tentativas de um trabalho mais voltado à interdisciplinaridade acabam terminando em situações frustrantes.

Para alterar essa realidade, como indicam Souza e Ribeiro (2013), é preciso que os profissionais se coloquem abertos às mudanças, adotem uma postura de descoberta e curiosidade, apresentando desejo

de enriquecer-se com novos enfoques e superar trajetórias já conhecidas, ganhando com isso gosto para novas combinações de perspectivas.

Dessa forma, os profissionais que atuam na saúde mental devem se desprender do seu campo de saber e buscar estratégias para garantir a assistência integral, observando o contexto social e centralizando suas ações nas necessidades das pessoas, cumprindo com os pressupostos preconizados pela Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, que tem como uma de suas principais estratégias de cuidado a Reabilitação Psicossocial.

De acordo com Ribeiro e Bezerra (2015, p. 305), o trabalho ancorado na Reabilitação Psicossocial provoca questionamentos nos processos de trabalho e mudanças nas ações de cuidado, pois:

[...] retira os profissionais do lugar confortável de uma clínica restrita – que se entende como a relação de olhar para a doença – e os coloca no campo de uma ação terapêutica ampliada – em que a relação se dá na escuta qualificada do sujeito e daquilo que ele refere como importante para o seu tratamento, para suas relações e trocas sociais, enfim, para a sua vida.

Diante do exposto, e tendo as falas de nossos protagonistas sob análise, podemos afirmar que os profissionais do HCTP estudado mostram a volubilidade das atividades desenvolvidas na instituição. A falta de situações dialógicas entre toda a equipe acaba por colaborar na segmentação do cuidado, permanecendo a doença em primeiro plano.

Esse fato pode ser atribuído ao sentido ambíguo desta, que tem em sua estrutura e funcionalidade objetivos de hospital psiquiátrico e ao mesmo tempo unidade prisional. Dessa forma, há a presença de trabalhadores da área da saúde e da área da justiça, e esses dois espectros ora se confundem, ora se dividem.

Outra questão evidenciada diz respeito à desarticulação das ações fora da instituição, ou seja, todos os “cuidados” estão limitados aos muros institucionais, o que, mais uma vez, demonstra que a instituição não tem estruturado suas ações em concordância com a Política Nacional de Saúde Mental.

Quando a instituição trabalha de forma articulada interna e externamente, realizando ações interdisciplinares e intersetoriais, a necessidade do indivíduo passa a ser o principal objeto de interesse da equipe, que deve buscar formas de solucionar os problemas por meio da formação de vínculos com os serviços extra-hospitalares, garantindo a assistência nos diversos níveis de atenção. Para isso, é preciso



uma postura ética dos profissionais, que devem buscar formas de reinserir o sujeito em sofrimento psíquico na sociedade, priorizando o cuidado nos serviços abertos e comunitários.

No entanto, quando o serviço não trabalha nessa perspectiva, as ações não são bem consolidadas e o objetivo, que seria a reinserção social do sujeito, não é alcançado, o que muitas vezes pode ocasionar o reingresso do interno no serviço.

Um aspecto importante e necessário a ser apontado é que os HCTPs são instituições que funcionam sob a responsabilidade exclusiva do sistema prisional e, embora recebam o nome de “Hospital”, mantêm seus processos de trabalho sob a lógica segregadora e carcerária, no modelo asilar (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

Esse fato sugere que as ações terapêuticas são preteridas pelas ações carcerárias, o que nos faz inferir que as ações de reabilitação, na instituição, nem sequer tangenciam o campo psicossocial.

Uma das análises que reforça essa inferência é o desconhecimento, de vários dos entrevistados, dos objetivos da instituição, evidenciando dessa forma que, por se encontrar entre a saúde e a justiça, não fica claro quais são os objetivos que a instituição deve cumprir ou quais são as ações prioritárias que devem ser desenvolvidas pelos profissionais ali inseridos. Isso reflete nas práticas do cotidiano, pois se a equipe não sabe dos objetivos da instituição, como vai agir de forma a contribuir para a Reabilitação Psicossocial?

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico apresentam uma heterogeneidade e contradição que reflete, dessa forma, na prática de seus trabalhadores, que buscam articulação para realizar as suas atribuições, mas esbarram na ambiguidade que caracteriza a instituição. Nesse sentido, o HCTP se configura como uma instituição complexa, exatamente por funcionar como prisão e hospital psiquiátrico, lidando com as duas polaridades de discriminação da sociedade: o criminoso e o louco. Com isso, as ações que deveriam seguir o modelo psicossocial, para inclusive quebrar com estigmas impostos pela sociedade, não são efetivamente desenvolvidas na instituição, visto que a finalidade do HCTP não é compreendida pelos profissionais.

Como afirma Souza (2014, p. 630):

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.

Não foram observados na instituição em estudo trabalhos voltados para a reinserção e participação social dos internos na comunidade, além disso, como expõem as falas, também não existe articulação da equipe com as RAPS, o que dificulta qualquer processo de reabilitação.

O estudo aponta ainda que as reuniões de equipe não acontecem com frequência e, quando estas ocorrem, não envolvem todos os profissionais. As reuniões de equipe têm fundamental importância para o desenvolvimento efetivo de ações centradas no cliente, por se configurarem como um espaço de discussão e criação de projetos terapêuticos que permitem traçar um projeto de vida que atenda às necessidades do sujeito e o coloque como principal protagonista das decisões tomadas a seu respeito.

Nesse sentido, Mângia e Barros (2009) afirmam que os projetos terapêuticos materializam e concretizam o conjunto de diretrizes propostas pela nova política, além de assegurarem aos sujeitos um contexto assistencial diferenciado promovendo qualidade de vida, superando o modelo asilar e, portanto, evitando a institucionalização.

O estudo também detectou que não existem atividades no ambiente familiar durante o tratamento, são realizadas apenas as reuniões familiares, mas estas acontecem dentro do próprio serviço.

A inclusão da família como protagonista do cuidado se configuraria como uma estratégia bastante eficaz para a reabilitação do interno, visto que ela poderia ajudar no processo de ressocialização se ocupasse o espaço de coadjuvante no processo de resgate das potencialidades do sujeito em sofrimento psíquico e promovesse a (re)criação de vínculos mais afetivos diante da ruptura causada pelo crime cometido, que muitas vezes, como evidenciado nas falas, é cometido dentro da família, bem como pelo tempo de internação que pode ser prolongado, desgastando ainda mais as relações de afeto e convivência. Nesse sentido, para além de reuniões informativas, as ações dirigidas à família devem estruturar-se no favorecimento e potencialização da relação família-profissional-serviço (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

De acordo com Cordioli, Borenstein e Ribeiro (2006, p. 672), os HCTPs visam

[...] tratar e recuperar seus internos, buscando reintegrá-los ao meio social e custodiar esses indivíduos que, por determinação judicial, têm uma medida de segurança a cumprir.

No entanto, apesar de a reintegração no convívio social ser apontada como um de seus objetivos, estes ainda preservam o caráter de segregação, logo, objetivos e realidade se contrapõem, principalmente por não existirem de fato ações alicerçadas na Reabilitação Psicossocial.

O estudo aponta que as práticas desenvolvidas na instituição têm ainda, majoritariamente, cunho asilar, e isso fica visível nos relatos sobre as atividades desenvolvidas em seu interior, que além de não ultrapassarem seus muros, ainda estão bastante voltadas para a ocupação do tempo ocioso e não para a descoberta de potencialidades e redirecionamento do protagonismo e inclusão social.

Saraceno (1996) afirma que a Reabilitação Psicossocial não é a estratégia de habilitar o “desabilitado”, tornando forte o fraco, mas sim um processo que aponta para realizar mudanças, a fim de se criar possibilidades de vida e de se construir a cidadania plena.

Os objetivos que a instituição se propõe a realizar, portanto, fogem dos objetivos que a Reabilitação Psicossocial propõe, além disso, o despreparo técnico também é um fator que contribui com práticas insatisfatórias.

A Reabilitação Psicossocial é uma estratégia criada no bojo da Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de reformular a assistência oferecida nos serviços de saúde mental, constituindo-se como ações voltadas para a ressocialização, autonomia, independência e o resgate da contratualidade do sujeito em sofrimento psíquico, para que ele possa conviver em sociedade e exercer a sua cidadania. Para tanto, deve ser uma abordagem realizada por todos os profissionais envolvidos no cuidado em saúde mental.

A pesquisa indicou que, apesar de os profissionais afirmarem conhecer o conceito de Reabilitação Psicossocial, muitos atribuem um sentido equivocado, entendendo-o como uma abordagem que visa “ocupar” os internos para diminuir o ócio institucional; além disso, alguns referem que o trabalho psicossocial deve ser realizado por um único profissional específico, sendo apenas este o responsável por desenvolver as ações na perspectiva da Reabilitação Psicossocial. Essa postura evidencia o desconhecimento de alguns acerca das mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica e pela atual política de saúde mental.

O desconhecimento ou distanciamento dos objetivos terapêuticos e de inserção social destacam-se por meio de algumas falas que acabam por simplificar esse processo, colocando-o como um processo de ocupação do tempo e distração, sem vínculo corresponsável pelo tratamento. Nesse sentido, a própria menção de inclusão da terapia ocupacional fica deslocada de um sentido de cuidado, ora colocada como sinônimo

de Reabilitação Psicossocial, ora colocada em um papel secundário, como se sua presença pudesse aliviar o tempo ocioso que a institucionalização pode provocar.

Assim sendo, para cumprirmos nosso último, mas não menos importante objetivo, que é construir uma reflexão crítica acerca das possíveis contribuições que a terapia ocupacional pode oferecer para a instituição dentro dos referenciais teóricos que o estudo está consubstanciado, o primeiro apontamento a fazer é trazer para a discussão a capacidade do profissional de terapia ocupacional para desconstruir esse equívoco de muitos componentes da equipe que entendem que a Reabilitação Psicossocial deve servir como estratégia institucional para aliviar os internos das tensões da institucionalização, entendendo-a como atividade secundária, com fins distrativos, que não envolve o trabalho de todos os profissionais responsáveis pelo cuidado.

O terapeuta ocupacional vem se respaldando na estratégia da Reabilitação Psicossocial para a sua inserção nos serviços e consolidação de sua prática, sobretudo porque o produto do seu trabalho – as atividades que objetivam autonomia e participação social – coincide com o da Reabilitação Psicossocial (ALMEIDA; TREVISAN, 2011), portanto, a sua presença em equipes que ainda se mostram distanciadas desses conceitos e práticas passa a ser indispensável para o cuidado na ótica das novas políticas de saúde mental.

Podemos elencar ainda como possíveis contribuições da terapia ocupacional dentro da instituição, a utilização de atividades no desenvolvimento de oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos e atendimentos individuais, buscando resgatar a autonomia do sujeito para que ele possa exercer o seu poder contratual livre e independente na comunidade.

Lopes e Leão (2002) afirmam que o terapeuta ocupacional busca manter-se aberto ao processo do outro, isso por causa da sua formação, que em relação aos outros profissionais carrega em suas intervenções uma noção singular quanto ao uso das atividades. A terapia ocupacional tem em sua formação histórica-científica o conhecimento de várias disciplinas, sendo esta uma característica que a diferencia de outras profissões e que, por isso, possibilita o conhecimento do sujeito em sua totalidade, ou seja, leva em consideração seu contexto de vida e suas relações sociais.

Desta forma, as estratégias de cuidado utilizadas pela terapia ocupacional no campo da saúde mental

[...] são consideradas em articulação com outros núcleos de cuidado e possíveis atos de cuidado, que são produzidos nos encontros com os outros saberes e técnicas. Considera-se,

portanto, que há uma rede de cuidado e que esta, em sua totalidade, direciona os processos de reabilitação psicossocial (ASSAD; PEDRÃO; CIRINEU, 2016, p. 744).

No contexto estudado, os profissionais apresentam dificuldades para realizar ações psicossociais, como as reuniões de equipe e as atividades voltadas para a reinserção no ambiente familiar e na comunidade. Dessa forma, podemos considerar, também, que o terapeuta ocupacional pode contribuir na relação entre os profissionais da equipe, articulando ações horizontalizadas que permitam a participação de todos os atores envolvidos nesse processo de cuidado, tendo sempre como foco o sujeito em sofrimento psíquico.

O objetivo final da terapia ocupacional é a reinserção social (BENETTON; MARCOLINO, 2013). Nesse sentido, o terapeuta ocupacional, que deve estar inserido nesse serviço, pode favorecer o empoderamento social e priorizar ações interdisciplinares e intersetoriais, rompendo com modelos “ocupacionais” e asilares e focando o cuidado na perspectiva psicossocial.

Além disso, sabe-se que o transtorno mental traz vários estigmas sociais, podendo estes interferir no processo de reabilitação (UEMURA; MARIOTTI; PALM, 2015), principalmente se levarmos em conta os longos períodos de institucionalização, que além de intensificarem esses estigmas, podem acarretar perdas significativas no desempenho ocupacional, dificultando ainda mais a reinserção social.

No contexto do HCTP, o estigma fica mais evidente, pois, além do transtorno mental, existe também o crime. Às vezes, a postura estigmatizante não é percebida por aquele que a tem, muitas vezes está embutida em posturas sérias e atitudes grosseiras. Nesse sentido, é importante trabalhar em todos os contextos em que o estigma possa existir, seja na comunidade, no ambiente familiar e até mesmo na própria equipe de reabilitação, para que os sujeitos em sofrimento psíquico possam viver e conviver na sociedade sem rótulos discriminatórios.

Até a finalização desta pesquisa, o profissional da terapia ocupacional não estava incluído na equipe de reabilitação do serviço. Tendo em vista os resultados analisados, o trabalho desse profissional dentro da equipe multidisciplinar pode ser compreendido como de grande relevância, pois na natureza de suas funções há como objetivo desconstruir os estigmas existentes e promover a emancipação e protagonismo social do sujeito, “[...] visto que ele é o profissional que busca a participação plena dos indivíduos nas ocupações da sociedade e nas suas

relações sociais [...]” (UEMURA; MARIOTTI; PALM, 2015, p. 314).

A terapia ocupacional vem acompanhando as mudanças preconizadas pela Política Nacional de Saúde Mental, ressignificando suas práticas e ampliando os espaços em que desenvolve suas ações de cuidado, para tanto, tem abandonado os modelos de atenção centrados na doença e focado na promoção da saúde, resgate da cidadania e participação social (ALMEIDA; TREVISAN, 2011).

Dessa forma, o terapeuta ocupacional, se inserido em serviços como o estudado, pode, além de atuar como um protagonista de mudanças, contribuir para que os objetivos não apenas institucionais, mas da Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial, sejam alcançados, e que os processos de trabalho ancorados no modelo asilar sejam substituídos efetivamente por processos de trabalho psicossociais.

## 5 Conclusão

Tendo como referência as definições da Reabilitação Psicossocial no cuidado em saúde mental, o estudo pôde demonstrar que as ações desenvolvidas no serviço são significativamente contrárias a esta proposição.

O estudo indicou também que a articulação dos profissionais entre si e com os demais serviços que compõem a RAPS precisa ser fortalecida, pois o distanciamento de práticas interdisciplinares e intersetoriais fragiliza o cuidado e mantém condutas prioritariamente asilares.

A Reabilitação Psicossocial é a estratégia de cuidado indicada pela Política Nacional de Atenção à Saúde Mental para os serviços direcionados ao cuidado à saúde mental, mesmo os de estrutura mais fechada, no entanto, a falta de conhecimento teórico-prático de seus pressupostos é um dos fatores que impede que transformações na natureza e na estrutura da instituição, bem como nos processos de trabalhos desenvolvidos, possam acontecer.

Diante disso, o estudo aponta que, por mais que haja intencionalidade de seus trabalhadores para garantir a inclusão e reinserção social dos internos, este objetivo ainda está longe de ser alcançado.

A terapia ocupacional, se incluída no serviço, poderá ajudar no fortalecimento das ações de cuidado psicossociais, buscando articulação dos processos de trabalho desenvolvidos dentro da instituição e o desenvolvimento das ações intersetoriais com os serviços extra-hospitalares e comunidade, além disso, poderá ser coadjuvante no processo de ressignificação dos papéis ocupacionais do sujeito no ambiente familiar e em seu território de vida, alcançando

assim os objetivos propostos pela estratégia da Reabilitação Psicossocial.

Novos estudos dentro do contexto estudado são necessários para que transformações possam acontecer, favorecendo as práticas na perspectiva da Reabilitação Psicossocial e tendo como pressuposto a Política Nacional de Atenção à Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica.

## Referências

- ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 299-307, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000100023&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100023&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 1 abr. 2017.
- ASSAD, F. B.; PEDRÃO, L. J.; CIRINEU, C. T. Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 743-753, 2016. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1407>>. Acesso em: 1 abr. 2017.
- BENETTON, J.; MARCOLINO, T. Q. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 645-652, 2013. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.067>.
- BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p85-92>.
- COHEN, C. Medida de Segurança. In: COHEN, C.; SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. (Org.). *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. p. 171-186.
- COLVERO, L. A.; IDE, C. A.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000200011>.
- CORDIOLI, M. S.; BORENSTEIN, M. S.; RIBEIRO, A. A. Hospital de Custódia: os direitos preconizados pela Reforma Psiquiátrica e a realidade dos internos. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 671-677, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400008)>. Acesso em: 1 abr. 2017.
- CRESPO DE SOUZA, C. A.; MENEZES, R. S. Aspectos históricos sobre a psiquiatria forense, os manicômios judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso. In: CRESPO DE SOUZA, C. A.; CARDOSO, R. G. (Org.). *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional*. Porto Alegre: Sulina, 2006. p. 29-40.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- LIRA, K. F. S. Hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e violação dos direitos humanos. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*, Bauru, v. 4, n. 2, p. 143-159, 2016. Disponível em: <<http://www2.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/394>>. Acesso em: 1 abr. 2017.
- LOPES, R. E.; LEÃO, A. Terapeutas Ocupacionais e os Centros de Convivência e Cooperativas: novas ações de saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-63, 2002. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i2p56-63>.
- MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 85-89, 2009. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i2p85-91>.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *Relatório Sobre a Saúde no Mundo*. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)>. Acesso em: 1 abr. 2017.
- RIBEIRO, M. C. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 95-108, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000100095&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100095&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 1 abr. 2017.
- RIBEIRO, M. C.; BEZERRA, W. C. A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado: percepções e práticas desenvolvidas por trabalhadores de um serviço de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 301-308, 2015. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p301-308>.
- SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera da teoria. In: PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 150-154.
- SILVA, H. B. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do paili. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 112-115, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000100015&lng=pt&nrn=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100015&lng=pt&nrn=iso)>. Acesso em: 1 abr. 2017.
- SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2101-2110, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>

pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2101.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2017.

SOUZA, A. C. S. Considerações sobre a atuação da Terapia Ocupacional no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: o campo psicossocial versus o campo da psiquiatria legal. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 627-633, 2014. <http://dx.doi.org/10.4322%2Fcto.2014.085>

SOUZA, A. C. S.; RIBEIRO, M. C. A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98, 2013. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.013>.

UEMURA, L.; MARIOTTI, M. C.; PALM, R. D. C. M. Estigma e transtorno mental: perspectiva do terapeuta ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 309-316, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97425>>. Acesso em: 1 abr. 2017.

ZGIET, J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 313-323, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 1 abr. 2017.

---

## Contribuição dos Autores

Eline contribuiu com a produção dos dados, análise e interpretação dos resultados e elaboração do artigo até a sua versão final. Mara Cristina contribuiu na concepção do trabalho, orientação, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Marilya contribuiu para análise e interpretação dos resultados. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

## Fonte de Financiamento

A presente pesquisa foi desenvolvida pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC (CNPq) da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, aprovada pelo CEP sob o nº CAAE 38396514.1.0000.5011.

## Notas

<sup>1</sup> O material apresentado faz parte de pesquisa aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da UNCISAL sob o CAAE 38396514.1.0000.5011 e cumpriu todos os procedimentos éticos vigentes.

<sup>2</sup> A sigla CPJ corresponde à denominação Centro Psiquiátrico Judiciário, utilizada como referência local para a instituição. Neste trabalho optamos por adotar a sigla HCTP como sigla referente à denominação da instituição por esta ser adotada de forma nacional.