


Organizadoras
Marysia M. R. Prado De Carlo
Celina Camargo Bartalotti

T ERAPIA O CUPACIONAL NO BRASIL

Fundamentos e perspectivas


plexus

A todos os terapeutas ocupacionais que constroem, cotidianamente, nossa profissão, que estão desbravando novos campos de atuação e desenvolvendo referenciais teórico-metodológicos e práticas inovadoras, passados quase cinquenta anos do início da nossa profissão no Brasil.

Agradecemos, ainda, a todos os colegas terapeutas ocupacionais que colaboraram com nossos autores, para que pudessem construir esse panorama tão amplo e, ao mesmo tempo, tão profundo sobre a configuração de múltiplas tendências da Terapia Ocupacional em nosso país, neste início do século XXI.

Sumário

<i>Prefácio</i>	11
<i>Apresentação</i>	13
 Parte I Fundamentos	
1 Caminhos da Terapia Ocupacional	19
<i>Marysia M. R. do Prado De Carlo</i> <i>Celina Camargo Bartalotti</i>	
2 Atividades humanas e Terapia Ocupacional	41
<i>Eliane Dias de Castro</i> <i>Elizabeth M. F. de Araújo Lima</i> <i>Maria Inês Britto Brunello</i>	
 Parte II Correlações Teórico-Práticas em Terapia Ocupacional	
3 Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos	63
<i>Elisabete Ferreira Mângia</i> <i>Fernanda Nicácio</i>	

4	Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências: fundamentos para a Terapia Ocupacional	81
	<i>Marta Carvalho de Almeida</i> <i>Fátima Corrêa Oliver</i>	
5	Terapia Ocupacional e os processos socioeducacionais	99
	<i>Celina Camargo Bartalotti</i> <i>Marysia M. R. do Prado De Carlo</i>	
6	A assistência em Terapia Ocupacional sob a perspectiva do desenvolvimento da criança	117
	<i>Margareth Pires da Motta</i> <i>Marisa Takatori</i>	
7	Terapia Ocupacional – princípios, recursos e perspectivas em reabilitação física	137
	<i>Ana Cristina Camillo Gollegã</i> <i>Maria Cândida de Miranda Luzo</i> <i>Marysia M. R. do Prado De Carlo</i>	
8	A Terapia Ocupacional na interface da saúde e do trabalho	155
	<i>Marisol Watanabe</i> <i>Stella Maris Nicolau</i>	
	<i>Perspectivas</i>	173
	<i>Celina Camargo Bartalotti</i> <i>Marysia M. R. do Prado De Carlo</i>	

Prefácio

Quando Celina e Marysia me convidaram para escrever o prefácio deste livro senti-me muito satisfeita.

A presente publicação constitui-se excelente oportunidade para todos os profissionais e estudantes de Terapia Ocupacional, uma vez que reflete o desenvolvimento do conhecimento e as inovações nesse campo. Vem também suprir a carência de bibliografia específica e aprofundada sobre o referido assunto, sobretudo no que concerne à Terapia Ocupacional brasileira.

Já contamos com algumas obras sobre Terapia Ocupacional circulando em nosso meio, fruto de contribuições pioneiras, oriundas de monografias de mestrado e teses de doutorado. Todavia, a pesquisa em Terapia Ocupacional, geradora de conhecimento, vem se expandindo cada vez mais e em várias direções.

Isso nos leva a crer que o terapeuta ocupacional necessita de uma sólida bagagem de conhecimento, cientificamente comprovada, que o ajude no exercício de sua profissão, que se centra em algo tão óbvio quanto a atividade humana, mas que resulta em inter-relações às vezes difíceis de se compreender e manejar por serem muitos os fatores que intervêm em sua dinâmica.

A demanda de profissionais nessa área é crescente, quer seja no ambiente da saúde, da educação e/ou da inserção social, e exige que a Terapia Ocupacional, visando desenvolver todo

Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos

Elisabete Ferreira Mângia
Fernanda Nicácio

Para entender a configuração das tendências práticas e teóricas da Terapia Ocupacional em Saúde Mental é fundamental refletir sobre as estratégias e concepções que constituíram o pensamento psiquiátrico e sua crise contemporânea; os resultados dos investimentos realizados no campo da transformação das instituições psiquiátricas; a emergência da noção de Saúde Mental e, finalmente, reconhecer as novas questões presentes nos processos de superação das instituições asilares e de construção de redes territoriais de atenção em saúde mental e nos percursos de reabilitação.

As proposições da Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental têm acompanhado e respondido às influências e aos desafios de um contexto que envolve, a partir da crítica ao modelo tradicional da institucionalização psiquiátrica e da concepção de doença mental, uma série de deslocamentos no conjunto das proposições e desenvolvimento da capacitação das diversas categorias profissionais que atuam nesse contexto, suas formas de pensar e agir diante das questões colocadas pelas transformações das instituições e políticas de saúde e pela população atendida, especialmente aquela com transtorno mental grave.

A constituição do paradigma da Psiquiatria

A identidade entre loucura e doença mental, que a princípio pode nos parecer tão natural, é, na verdade, uma construção

muito recente na história do pensamento ocidental. Autores como Michel Foucault e Robert Castel nos mostram que até o início da Modernidade os loucos não eram considerados doentes, nem faziam parte das preocupações do pensamento médico. O problema representado pela loucura pode ser inicialmente localizado no contexto de uma grave crise social presente na Europa nos séculos XVII e XVIII, e identificado como o problema da desocupação de uma grande população que, expulsa da terra, passou a se condensar nas cidades.

Para responder a esse problema social muitos estados europeus adotaram como medida o confinamento em instituições semijurídicas cuja proposta era a de subordinar a população confinada a uma ética do trabalho vista como capaz de combater a pobreza e a ociosidade. As casas de internamento recolhiam mendigos, deficientes, doentes, velhos, crianças, ou seja, uma gama muito grande de populações, entre elas os loucos, e não estavam orientadas por uma lógica médica, logo, não visavam à cura de loucos, doentes ou deficientes, apenas sua reclusão e subordinação ao trabalho. Em meados do século XVIII, no processo da Revolução Industrial, esse tipo de internamento foi avaliado como erro econômico e as instituições esvaziadas, pois a população passou a ter valor num mercado de trabalho em constituição. O pensamento econômico inaugurado nesse período considerava os pobres essenciais para a produção da riqueza de uma nação, desde que livres no mercado de compra e venda de força de trabalho.

Foi no processo de fechamento dessas instituições que algumas populações, tais como os loucos e doentes, passaram a demandar medidas de outro tipo. Nesse contexto identificamos a organização do hospital moderno e do asilo especialmente destinado ao internamento de loucos, com estruturas e proposições distintas.

É importante assinalar que a definição sobre a necessidade do confinamento dos loucos esteve relacionada a um tipo específico de sensibilidade social e foi justificada pela suposta periculosidade daqueles vistos como loucos e sua evidente incapacidade para o trabalho. Esses elementos, a necessidade de internação e o perigo representado pelo louco são anteriores à configuração da psiquiatria, como a área de especialidade

médica, e já estavam presentes no contexto social em que esta disciplina emergiu.

Castel, ao estudar o nascimento da psiquiatria na França, considera que ela e o asilamento psiquiátrico tornaram-se possíveis no âmbito de uma nova partilha do poder de governar os marginalizados na sociedade moderna, para a qual a repressão da loucura ainda é assumida como necessária, mas que não pode ser realizada pelo Poder Judiciário, pois suas manifestações não se configuram como violação do contrato social.¹ A intervenção sobre o louco não se opera mediante uma ação jurídico-policial direta, porém sua gestão se dá baseada em critérios técnico-científicos que estabelecem uma nova relação social com o louco, a relação de tutela. Essa relação indica a impossibilidade de o indivíduo assumir o contrato, ou seja, ser capaz de participar de uma sociedade regida por leis e assujeitar-se aos seus deveres de cidadão, para poder ter respeitados seus direitos. Uma vez incapaz de dedicar-se a intercâmbios racionais, o louco deve ser assistido, mas como escapa das categorizações jurídicas, cabe à filantropia² dele se encarregar. Essa foi a forma encontrada para inscrever a loucura na sociedade moderna, a tutelarização substituindo a relação de contratualidade. A medicina pôde realizar essa tarefa, essencial para o funcionamento da sociedade contratual, depois de esgotadas todas as possibilidades de rearranjo dos poderes já constituídos após a queda do poder real, criando assim um novo campo de legitimidade, ao lado da justiça, que, posteriormente, passará a operar no conjunto das práticas modernas de vigilância e disciplinarização.

Essas reflexões nos fazem perceber que a disciplina psiquiátrica ocupa uma região de fronteira em relação ao controle social, e o cuidado e seu desenvolvimento e crise contemporânea estão ligados ao exercício de uma contradição. Assim, refletir

1. O que caracteriza a intervenção legal sobre os criminosos e vagabundos.

2. A filantropia é a matriz de toda a política assistencial moderna, auxiliar do juridicismo; coloca-se como o último recurso em situações-limites em que o direito de punir não pode ser acionado. Foi a atitude filantrópica de compaixão e paternalismo que caracterizou a postura inicial do alienismo.

sobre o lugar das práticas assistenciais no campo da psiquiatria, sejam elas exercidas por quaisquer profissionais, requer o necessário reconhecimento dessa problemática.

As proposições do tratamento moral como primeira modalidade de intervenção terapêutica

Essa nova forma de gerir a loucura, que configura o que convencionalmente denominamos de paradigma da psiquiatria, está ancorada num conjunto de fatores indissociáveis: a apreensão da loucura como doença mental; a necessidade do estabelecimento de uma instituição especialmente encarregada de seu internamento – o hospital psiquiátrico; a mudança do sentido do internamento: de medida punitiva e de exclusão para medida de tratamento; a idéia de que o doente mental representa, também, perigo e ameaça para si mesmo e para o grupo social, o que justifica sua internação; o estabelecimento de uma especialidade médica e o desenvolvimento de um corpo de conhecimento necessários para a administração da doença mental – a psiquiatria.

Amplamente conhecidas, tanto na literatura que trata da história da psiquiatria quanto na que trata da história da Terapia Ocupacional, são as trajetórias de Pinel, na França, e Tuke, na Inglaterra, considerados os fundadores da psiquiatria e propositores de seu primeiro modelo de intervenção terapêutica, o tratamento moral. Suas estratégias, como já apontamos, são herdeiras de uma demanda social que exigia a exclusão dos loucos que incomodavam o bom funcionamento social, ao mesmo tempo que desenvolvem um saber que passa a justificar a medida de internação como necessária ao tratamento da doença mental. Em seu momento inicial a psiquiatria ainda não estava ancorada no modelo clínico (anátomo-patológico), característico da medicina moderna, e sim numa concepção social sobre a doença mental e suas causas. Em linhas gerais, o doente mental era visto como alguém que não suportou a pressão ou as influências de seu meio social. Para os primeiros alienistas a doença mental estava relacionada à vida nas cidades e seu excesso de estímulos, e aos efeitos danosos atribuídos ao nascente mundo industrial; assim, seria necessário o isola-

mento do doente em um meio que pudesse fazê-lo retornar a uma vida mais “natural”.

Essa visão social do problema também determinou que a terapêutica empreendida visasse à recondução do doente a um papel socialmente aceito, que no caso da sociedade industrial nascente implicava o desenvolvimento de estratégias que pudessem reconduzir o doente ao desempenho do papel do trabalhador, daí a centralidade adquirida pelo trabalho no interior da prática asilar.

Esse primeiro modelo ainda está presente nas práticas asilares, tendo sido por seu intermédio que a Terapia Ocupacional construiu seu primeiro modelo de intervenção, durante o chamado processo de reemergência do tratamento moral, ocorrido em torno da década de 1920. Nesse período, tanto na Europa como nos Estados Unidos houve, por parte da psiquiatria, a retomada das proposições e valores do tratamento moral, esquecidos ao longo do desenvolvimento da disciplina psiquiátrica que, ao adotar o modelo clínico centrado na localização cerebral das doenças mentais, assumiu uma posição pessimista sobre a possibilidade de tratamento e curas dessas doenças. É também esse o modelo presente nas estratégias desenvolvidas, em termos contemporâneos, pelas perspectivas behavioristas que entendem o tratamento como treino de habilidades e comportamentos não apreendidos no processo de socialização primário de pessoas com transtornos mentais e deficientes mentais.

A crise da instituição psiquiátrica

Embora identificadas historicamente como espaços em crise permanentemente e que não cumpriam sua missão de tratamento e cura, as instituições psiquiátricas só passaram a ser alvo de crítica mais efetiva no período que sucedeu as duas grandes guerras mundiais. Nesse contexto foram questionadas por sua baixa eficácia terapêutica e pelo seu alto custo, seus efeitos de violência e exclusão social, tendo sido, em muitos países, comparadas aos campos de concentração.

O cenário do pós-guerra revelou também a necessidade da reparação dos efeitos devastadores da guerra e redefiniu o papel

do Estado no asseguramento de direitos antes não reconhecidos. Nesse contexto a saúde foi assumida como direito e foram propostas reformulações na oferta assistencial ao doente mental.

Nos chamados processos de reforma da psiquiatria identificamos os elementos que ainda estão presentes nas novas proposições técnicas e teóricas das diferentes disciplinas e campos profissionais que se dedicam ao cuidado dos doentes mentais: a democratização das relações entre equipe e pacientes, o desenvolvimento das terapias de grupo e de família, a necessidade da melhoria das condições de tratamento, o desenvolvimento de novas formas de tratar, o deslocamento da assistência do asilo para serviços na comunidade etc. Os movimentos da Comunidade Terapêutica iniciada na Inglaterra, da Psicoterapia Institucional, na França, posteriormente a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos, e finalmente a Psiquiatria de Setor Francesa, foram marcos importantes nesse processo.

Esses processos tomaram inicialmente como meta a renovação do potencial terapêutico da psiquiatria e a humanização e melhor gestão de suas instituições e identificaram a necessidade de criação de serviços na comunidade.

A trajetória da Psiquiatria reformada desenvolveu na Itália seu estágio mais radical; nesta, diferentemente do ocorrido nos Estados Unidos, França e Inglaterra, colocou-se como tarefa central a desconstrução do hospital psiquiátrico e dos aparatos que o sustentam. Essa nova orientação não mais admite a persistência da internação psiquiátrica asilar e a convivência entre esta e os serviços na comunidade, como vinha acontecendo nos demais processos. Ao propor a desconstrução do manicômio, ela colocou a própria instituição psiquiátrica e seu paradigma em xeque, buscando realizar a utopia de uma sociedade capaz de construir uma nova forma de relação com a loucura.

A psiquiatria preventiva comunitária e a emergência da noção de Saúde Mental

Para muitos autores essas mudanças definiram um deslocamento do objeto de atenção médica da doença para a pro-

moção da saúde e, no caso da psiquiatria, a promoção da saúde mental. Essa mudança foi especialmente importante na configuração da psiquiatria preventiva nos Estados Unidos, que ao identificar doença mental como distúrbio emocional instaurou a crença de que as doenças mentais poderiam ser prevenidas ou detectadas precocemente. Em 1963, o governo norte-americano estabeleceu um Programa Nacional de Saúde Mental, tornado referência para todo o mundo, que definia o abandono das propostas de reformas hospitalares e propunha o alargamento da ação técnica e seu deslocamento para a "Comunidade".

De acordo com essa perspectiva, promover a Saúde Mental implica adaptar e equilibrar as tensões presentes na comunidade, evitando que haja rompimento dos mecanismos de interação considerados adequados. A enfermidade passou a ser detectada mediante noção de crise, entendida como indicador do rompimento do equilíbrio, como momento de desajustamento social. A intervenção deveria ocorrer nos momentos que antecederiam a crise, a fim de evitar a eclosão da enfermidade.

O alargamento do âmbito da intervenção técnica foi acompanhado pela ampliação da competência terapêutica de novos grupos profissionais; enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros, passaram a dividir funções antes só atribuídas aos médicos e ao mesmo tempo reconhecer novas funções no cenário da assistência.

A idéia de promoção da Saúde Mental redimensionou o campo da intervenção e hoje aparece como um referencial orientador das práticas assistenciais. Para a Terapia Ocupacional essa noção também passou a constituir um importante eixo, e a própria configuração ou divisão em área de intervenção, anteriormente configurada pelo campo psiquiátrico, tende cada vez mais a ser definida mediante a noção de Saúde Mental.

Nessa perspectiva, a saúde mental poderia ser entendida como um campo complexo, "que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam saúde e doença" (Saraceno, 1999, p. 145). Ao ser assumida como noção de referência, a Saúde Mental inclui a Psiquiatria e a abordagem biológica como aspectos do grande campo por ela circunscrito, superando a dicotomia entre os modelos biológicos e psicológicos de apreensão do sofrimento psíquico.

Nesse contexto de mudanças é importante destacar o papel especial, no interior dos projetos de transformação institucional, dos referenciais psicanalíticos e psicossociais que passaram a se colocar como alternativas aos modelos biológico e condutivista, articulando novas formas de pensar e agir nos projetos institucionais e de cuidados aos transtornos mentais.

Os percursos da Terapia Ocupacional, da Psiquiatria para a Saúde Mental

Como já assinalamos, é num contexto de mudanças que a Terapia Ocupacional desenvolve seus referenciais. Desses referenciais destacamos dois que se tornaram muito importantes para o campo da saúde mental, e continuam ativos na atualidade: a socioterapia e a psicodinâmica

A perspectiva socioterápica

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, compartilhando o ideal de transformação do ambiente hospitalar em ambiente terapêutico, desenvolveram estratégias orientadas por princípios que mesclaram as abordagens psicossocial e psicanalítica. Como resultado temos a compreensão do sofrimento mental contextualizado no plano das relações pessoais e sociais e a concepção de que é no campo relacional que o sujeito se constitui e readquire sentidos para o viver, sendo esse o campo privilegiado tanto para o processo de tratamento da pessoa como para o processo de transformação das instituições. As abordagens grupais, as terapias individuais, as práticas de sociabilização, o trabalho com famílias, a redefinição dos papéis profissionais dos terapeutas, entre outras estratégias do trabalho institucional, tiveram origem nesses processos recentes.

No Brasil, a influência desses referenciais e sua relação com a Terapia Ocupacional estiveram presentes nas proposições de Luís Cerqueira, que nos anos 1960 e 70 foi um importante defensor da implementação de uma Política de Saúde Mental orientada para o desenvolvimento de serviços na comu-

nidade e para a transformação dos hospitais em Comunidades Terapêuticas, aderindo ao preconizado pela OMS desde 1953.

Cerqueira considerava que as ações desenvolvidas pela Terapia Ocupacional poderiam constituir o principal eixo estruturador de mudanças no ambiente e nas práticas institucionais. Nessa perspectiva ele propunha o desenvolvimento de grupos operativos, oficinas, ateliês, e do "clube terapêutico". Recomendava o acompanhamento em Terapia Ocupacional aos pacientes agudos, numa perspectiva praxiterápica. Entendia, ainda, que a Terapia Ocupacional pudesse orientar a personalização dos espaços e o respeito à identidade dos internos, não se configurando como técnica isolada, mas organizadora da dinâmica institucional. Suas idéias ainda se constituem em importantes eixos norteadores dos trabalhos de transformação institucional.

A perspectiva psicodinâmica

Conjuntamente aos deslocamentos mais gerais do paradigma psiquiátrico tradicional é a discussão das Políticas de Saúde Mental, houve a penetração, nesse cenário, especialmente a partir da década de 1960, da cultura psicanalítica, como um saber capaz de superar os limites do pensamento psiquiátrico biológico e normativo e orientar as mudanças institucionais. Sua forma de compreender os fenômenos psíquicos e abordá-los foi lentamente, mesclada ou não com outros referenciais, incorporada nas práticas inovadoras em muitos aspectos: no deslocamento da abordagem biológica para uma compreensão dinâmica, relacional e histórica do sofrimento mental, no agenciamento de práticas psicoterápicas grupais e individuais, na compreensão das dinâmicas institucionais e seu funcionamento.

Na Terapia Ocupacional essa influência se configurou na chamada abordagem psicodinâmica introduzida, nos Estados Unidos, pelas formulações de Gail e Jay Fidler que, apoiados na teoria psicanalítica, definiram a Terapia Ocupacional como um processo de comunicação que se estabelece na relação terapeuta-paciente-atividade. No Brasil, a divulgação e o dimensionamento dessa perspectiva tem ocorrido pelo trabalho

desenvolvido por Benetton e colaboradores e trazido importantes contribuições para a Terapia Ocupacional.

Embora reconhecendo as contribuições dos autores da psicodinâmica norte-americana na reconfiguração da Terapia Ocupacional, na importância da utilização de atividades expressivas, no manejo dinâmico das relações dual e grupal, no caráter terapêutico da relação e do processo, Benetton critica o tipo de utilização que os autores faziam das noções psicanalíticas e passa a desenvolver uma metodologia de trabalho atualmente conhecida como "trilhas associativas". Essa metodologia tem como princípios norteadores a concepção de que a dinâmica estabelecida pela tríade terapeuta-paciente-atividade compõe um campo transicional no qual é possível ao paciente, por meio do trabalho associativo com as produções realizadas nos *settings* terapêuticos, construir e reconstruir sua história.

De modo geral a abordagem psicodinâmica contribuiu, em conjunto com outros referenciais, para a construção de aspectos da crítica ao tratamento moral, à ergoterapia e a todas as modalidades de ocupação do tempo ocioso desenvolvidas nos ambientes hospitalares e para a compreensão das violações do EU presentes na situação de confinamento.

Discussões atuais sobre as orientações da terapia ocupacional, no campo da saúde mental, apontam para a necessidade de reflexão sobre importantes questões, das quais destacamos:

- A importância de um novo perfil relacional entre terapeuta-paciente, serviço-usuário que envolva características de parceria e co-participação, em que o terapeuta adota um papel não-diretivo, permitindo que o paciente se aproprie da definição de seu projeto terapêutico.
- A importância do desenvolvimento dos processos terapêuticos nos espaços reais de vida da pessoa e em atividades que lhes sejam significativas e respondam a necessidades presentes no cotidiano.
- A ênfase no desenvolvimento de experiências com pessoas com graves desabilidades ou problemas de integração social como perspectiva privilegiada da constituição da legitimidade das práticas de Terapia Ocupacional.

A Terapia Ocupacional no contexto dos processos de desinstitucionalização

No Brasil convencionou-se denominar de Reforma Psiquiátrica o processo de crítica às instituições asilares e de busca de alternativas de transformação que emergiu no final da década de 1970.

É nesse contexto que temos buscado compreender e situar as proposições da atenção em Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental. Tarefa que temos desenvolvido a partir do referencial da desinstitucionalização e em diálogo com as práticas inscritas nos processos de superação das instituições asilares e de produção de novas formas de interagir com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e em situação de exclusão social.

Na década de 1980, no estado de São Paulo, a implementação da Política Estadual de Saúde Mental enfatizou a assistência extra-hospitalar e o trabalho em equipes multiprofissionais como alternativa ao modelo asilar. Nesse contexto, podem-se verificar dois movimentos importantes: a participação dos terapeutas ocupacionais na transformação das instituições asilares e a inserção nos Ambulatórios de Saúde Mental.

Diversos trabalhos de terapeutas ocupacionais se inscreveram nas experiências de transformação institucional, a exemplo dos projetos realizados no Juqueri e no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas. Pautados na transformação da lógica asilar, eles tomaram como eixos condutores fundamentais: a compreensão do significado da instituição psiquiátrica na organização social, o entendimento do papel dos técnicos como portadores de mandato social e a compreensão sobre a população atendida em Terapia Ocupacional a partir de sua condição de exclusão social e de ausência de direitos. De acordo com essa perspectiva e a partir da ampliação e redimensionamento dos *settings* de Terapia Ocupacional e da noção de atividade, buscava-se construir espaços múltiplos de agregação, expressão e reflexão que viabilizassem a transformação do cotidiano institucional, a superação da condição de objeto das pessoas internadas e da violência como forma de relação.

Esses processos colocaram em cena diversas questões, dentre as quais a laborterapia e as diversas formas de ocupação. A permanência de diferentes práticas de ocupação pelo trabalho, ou simplesmente ocupação nas instituições asilares até os nossos dias, não pode ser analisada como um elemento isolado ou, de forma simplista, como um atraso teórico ou técnico. Práticas que, muitas vezes, são vivenciadas como naturais pelos próprios pacientes: no cotidiano de regras, disciplina e violência das instituições asilares, o trabalho/ocupação se apresenta muitas vezes para o internado como única saída da situação em que se encontra. Entretanto, elas não se constituem numa oposição a essa situação – pelo contrário, a evidenciam, conservando a lógica de controle, sujeição e exclusão da própria instituição.

Nos processos de transformação das instituições asilares, frequentemente a ocupação se apresenta também como uma resposta à ociosidade. Diferentemente dessa compreensão, a perspectiva institucional de análise revela que o vazio institucional não é produto da falta de ocupação, e, sim, remete ao “processo de institucionalização” e à ausência de intercâmbio, de relações, expressão do “manicômio como lugar zero da troca”.

Dessa forma, a superação das diversas formas de ocupação, como práticas consubstanciais à lógica asilar, se inscreve nos processos de transformação e superação das instituições asilares e da relação de “tutela como expropriação dos corpos”. Tarefa que permanece absolutamente prioritária na atualidade, compondo os desafios do campo da atenção em terapia ocupacional. As diversas ações de ruptura com o cotidiano asilar agem profundamente nas relações com a pessoa internada se, e quando, possibilitam uma gradual transformação de seu estar no mundo, de reapropriação de si, de sua relação com o processo de adoecimento, de seus vínculos com o mundo, de sua projetualidade, anteriormente anulada e/ou restrita pela internação.

Esse processo implica, dentre outras ações: eliminar os meios de contenção e as formas típicas de controle asilar; romper, de diferentes formas, o isolamento das pessoas internadas; restituir o direito à expressão, à palavra, aos objetos pessoais; criar acolhimento, possibilidade de escuta; produzir possibilidades de grupalização, de invenção de contextos de trocas; possibilitar a produção de novos vínculos, ressignificar a história; compreender e validar afetos, mensagens e produções;

transformar os espaços e as relações cristalizadas; aproximar-se dos familiares, possibilitar relações com o mundo, reativar recursos, restituir direitos, construir aberturas reais e virtuais nos muros, transformar a estática da separação entre o dentro e o fora.

No contexto das práticas desenvolvidas nos Ambulatórios de Saúde Mental, a tarefa principal, daquele período, consistiu no desafio de desenvolver programas multiprofissionais visando atender as pessoas com transtornos mentais graves. Partindo sobretudo das proposições e abordagens psicodinâmicas, alguns terapeutas ocupacionais participaram ativamente da elaboração das diretrizes da Política Estadual de Saúde Mental e da implantação de suas propostas. Em alguns ambulatórios, a implantação dos denominados Programas de Intensidade Máxima (PIM) buscou viabilizar modalidades de intervenção que prescindissem, efetivamente, da internação hospitalar.

Apesar dos diversos obstáculos políticos, institucionais e técnicos que emergiram no curso do processo de concretização das novas orientações e, de forma evidente, interferindo também na atenção em terapia ocupacional, é fundamental destacar que esta atuação foi o marco inicial da construção de uma nova identidade profissional.

As propostas desenvolvidas expressaram um novo perfil relacional entre terapeutas e pacientes, uma nova forma de compreensão da relação paciente-terapeuta-atividade, a relevância da abordagem grupal e do trabalho em equipe. Desta forma, contribuíram para a construção de um novo lugar para a assistência prestada em Terapia Ocupacional nos serviços públicos de atenção psiquiátrica e em saúde mental vinculado, até então, à instituição asilar.

No final dos anos 1980 e principalmente na década de 1990, no contexto do processo de municipalização da saúde, alguns municípios passaram a assumir a construção de novas políticas de saúde mental voltados para a transformação do modelo assistencial, a implementação de uma rede de atenção e a garantia e construção de direitos das pessoas com transtornos mentais. No curso desse processo, a transformação das instituições asilares e a produção das instituições como os centros e núcleos de atenção psicossocial – CAPS e NAPS –, centros de convivência, oficinas terapêuticas, cooperativas sociais, moradias se inscreveram, também, no percurso de busca de efetiva universalização da atenção às parcelas da população tradi-

cionalmente excluídas do setor público e propiciaram a efetiva participação dos terapeutas ocupacionais na elaboração de projetos e nas políticas públicas. No que diz respeito às políticas municipais, no estado de São Paulo, destacaram-se as experiências dos municípios de Campinas, Santos e São Paulo.

A experiência santista pode ser compreendida como processo social complexo que, a partir da desmontagem do manicômio, projetou a Saúde Mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social. Nesse percurso destacaram-se: a produção dos serviços territoriais, uma nova forma de compreender e intervir na questão dos projetos de inserção no trabalho com a criação da primeira cooperativa incluindo pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, a produção de projetos culturais por meio de múltiplas linguagens e de formas de associação e participação na vida pública. Ancorado na perspectiva da desinstitucionalização, esse processo propiciou e exigiu a produção de políticas públicas potencializadoras de cultura de validação, a construção de novos quadros de referência, a invenção de modalidades de cuidado e de formas de interação, o exercício de diferentes profissões, bases fundamentais para o conjunto de reflexões que temos desenvolvido.

A desinstitucionalização inscreve a necessidade de desmontar as soluções existentes para (re)conhecer, (re)contextualizar o problema representado pelo sofrimento psíquico e inventar novas possibilidades, processo que, necessariamente, permeia as diferentes disciplinas. Nessa perspectiva, as práticas de atenção em Terapia Ocupacional pautadas na desinstitucionalização têm exigido e propiciado novas formas de olhar, conhecer e interagir com a experiência do adoecer e da exclusão social. Em outras palavras, isso implica, também, romper com o olhar, as modalidades de intervenção, as instituições, as formas de interação construídas em torno da “doença” e da “deficiência” como objeto abstrato e isolado que permeiam o campo da Terapia Ocupacional.

No percurso teórico e prático da desinstitucionalização, Rotelli toma como objeto não mais a doença, mas a “existência-sofrimento das pessoas e sua relação com o corpo social”. Essa proposição requer a ruptura com as formas contemporâneas de codificação da experiência de sofrimento, de mal-estar, de diversidade e a superação das instituições e formas de intervenção

coerentes com este novo estatuto epistemológico. Dessa forma, a desinstitucionalização propõe, também, transformar o modo pelo qual as pessoas são tratadas para transformar seu sofrimento e, neste processo, construir os itinerários que visem à emancipação.

Nessa perspectiva, temos trabalhado com a noção de projeto com o sentido de interação entre as pessoas, os contextos e os recursos. Projetos singulares pautados em uma profunda transformação do olhar construído em torno da doença, da deficiência e da incapacidade: que tenham como ponto de partida a validação do outro, o conhecimento e diálogo com as histórias de vida das pessoas em seu contexto e sua rede de relações.

A partir da atenção centrada nas pessoas, essa forma de pensar requer o desenvolvimento de práticas nos contextos reais de vida colocando em cena as atividades e as redes de relações que tecem a vida cotidiana, o habitar, o território, o trabalho, a comunicação, o lúdico, a fantasia. Dimensões que se entrelaçam e são conexas e, assim, implicam respostas que superem a fragmentação e a descontextualização dos instrumentos e recursos terapêuticos. Percursos e itinerários que propiciam ressignificar a noção de atividade, inscrita nas interações entre as pessoas e os contextos, na produção das possibilidades materiais, subjetivas, sociais e culturais que viabilizem os diferentes modos de estar no mundo. Projetos orientados para o cuidado do sofrimento, a ativação de novas formas de sociabilidade, de linguagens, de reapropriação das histórias e narrativas de vida – criação de novos contextos, produção de redes de trocas, invenção de vias para viver na cidade, transformação do cotidiano de vida –, projetos de *produção de sentido*.

A produção teórica sobre a desinstitucionalização é extensa e transcende os objetivos deste trabalho. Em uma análise do conjunto de reflexões e inovações que a compõe, podemos dizer que os caminhos e percursos teóricos, práticos e políticos que se desenvolveram a partir do trabalho da equipe coordenada por Franco Basaglia em Gorizia convidam, sobretudo, a negar as diversas formas de objetivação do homem, a recusar a reclusão e exclusão como resposta natural e imutável, a buscar a superação das instituições da violência, a arriscar o encontro com o outro na complexidade da existência das pessoas e a inventar novos percursos e novas realidades.

A perspectiva da desinstitucionalização possibilita, também, redefinir os objetivos da atenção em Terapia Ocupacional: não se trata de independência como norma ideal abstrata e atributo dos indivíduos ou de reinserção como equivalente de normalidade produtiva, porém de processos orientados para a produção de autonomia e de itinerários que enfrentem a exclusão social. Os novos horizontes delineados que se expressam então como intencionalidade de nossa intervenção implicam, também, poder superar o conceito de saúde como reparação do dano e compreendê-la como produção de vida.

A visão de reparação do dano norteia também diferentes concepções de reabilitação presentes no campo da Terapia Ocupacional. Saraceno critica a visão que define a reabilitação “como a melhoria dos atributos danificados (desabilidade) a fim de que o sujeito possa estar a par com os outros”. E propõe que esse processo seja entendido como

[...] um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito habilitador [...] é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente. (Saraceno, 1999, p. 112)

Essa forma inovadora de pensar delineia, também, uma nova projetualidade para as intervenções em Terapia Ocupacional, indicando a produção de redes de negociação articuladas e flexíveis, tecidas na criação e multiplicação das oportunidades das trocas materiais e afetivas que possibilitem ampliar o poder contratual das pessoas em situação de desvantagem. Habitar, trocar as identidades, produzir e trocar mercadorias e valores delineiam os cenários, contextos e relações que revelam a riqueza e a banalidade da vida cotidiana e se configuraram como eixos fundamentais para gerar o enriquecimento de relações de trocas e a potencialização de contratualidades.

A problematização e redefinição dos conceitos e noções que norteiam a construção do olhar, dos processos, dos lugares e das modalidades de intervenção, dos objetivos e projetualidades

compõem algumas das questões presentes nas formas de pensar e fazer a Terapia Ocupacional na perspectiva da desinstitucionalização. Novas indagações teóricas e práticas emergem, inscritas nos desafios que, cultivando saberes, práticas, culturas e políticas inovadoras, ousem compartilhar a produção de possibilidades de projetos de vida para todos. Compreendemos que essa complexa trajetória de transformação da forma de pensar a questão da loucura e a assunção dos direitos de todos à cidadania plena abre caminhos para “conhecer o conhecimento”, para o diálogo e a complexificação dos saberes e das formas de intervenção, se inscrevendo, de forma mais ampla, no desafio de produzir ciência com consciência.

Referências bibliográficas

- BARROS, D. D. *Jardins de Abel. A desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo, Lemos/ Edusp, 1994.
- _____. “Perspectiva da instituição e o papel da Terapia Ocupacional”. *Insight*, nº 36, pp. 27-30, dez. 1993.
- BASAGLIA, F. “La distruzione dell’ ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello ‘spazio chiuso’. Considerazioni sul sistema ‘open door’”. 1964. In: ONGARO BASAGLIA, F. (org.). *Scritti I: 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all’ esperienza di Gorizia*. Turim, Einaudi, 1981, pp. 249-58.
- BENETTON, J. *Trilhas associativas. Ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo, Lemos, 1991.
- BIRMAN, J. & COSTA, J. F. “Organização das instituições para uma psiquiatria comunitária”. In: AMARANTE, P.(org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social. Problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1984.
- FIDLER, G. S. & FIDLER, J. W. *Occupational therapy: a communication process*. Nova York, Macmillan, 1963.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo, Perspectiva, 1978.
- _____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1980.

- MÂNGIA, E. F. "A trajetória da Terapia Ocupacional da psiquiatria às novas instituições e estratégias de promoção da saúde mental". *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 11, nº 1, 2000, pp. 28-32.
- _____. "Terapia Ocupacional em ambulatório de saúde mental: subsídios para avaliação". *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 1/2, 1990, pp. 87-100.
- MÂNGIA, E. F.; OLIVER, F. C. & MARCONDES, F. D. "Juqueri: transformação impossível". *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 1, nº 1, ago. 1990, pp. 5-10.
- MORIN, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1996.
- NASCIMENTO, B. A. *Loucura, trabalho e ordem. O uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas*. São Paulo, PUC/SP, 1991. Dissertação de mestrado.
- NICÁCIO, F. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, PUC/SP, 1994. Dissertação de mestrado.
- _____. Contribuição para a discussão sobre o papel do terapeuta ocupacional na instituição psiquiátrica. Comunicação apresentada: V Semana de Estudos de Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos, 1985.
- NICÁCIO, F.; AMARANTE, P. & BARROS, D. D. "I movimenti per la salute mentale in Brasile". In: ONGARO BASAGLIA, F. & GIANNICCHEDDA, M. G. (orgs.). *Franco Basaglia. Le conferenze*. Milão, Raffaello Cortina Editore, 2000.
- OLIVER, F. C. & NICÁCIO, F. "Da instituição asilar ao território: caminhos para produção de sentido nas intervenções em saúde". *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 10, nº 2/3, maio/dez. 1999, pp. 60-8.
- ONGARO BASAGLIA, F. "Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni". In: GIANNICCHEDDA, M. G. & ONGARO BASAGLIA, F. (orgs.). *Psichiatria, tossicodipendenze e perizia*. Milão, Franco Angeli, 1987, pp. 38-52.
- ROTELLI, F. "A instituição inventada (1988)". In: NICÁCIO, F. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1990, pp. 89-99.
- _____. "O inventário das subtrações (1981)". In: NICÁCIO, F. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1990, pp. 61-4.
- SARACENO, B. "A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental". *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, nº 1, jan./abr. 1998, pp. 26-31.
- _____. *Libertando identidades, da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro/Belo Horizonte, Instituto Franco Basaglia/ TeCorá Editora, 1999.