

## **DA INSTITUIÇÃO ASILAR AO TERRITÓRIO: CAMINHOS PARA PRODUÇÃO DE SENTIDO NAS INTERVENÇÕES EM SAÚDE\***

**Fátima Corrêa Oliver\*\***

**Fernanda Nicácio\***

---

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, n.2/3, p.60-8, mai./dez., 1999.

**RESUMO:** Este artigo discute a temática da atenção em terapia ocupacional às pessoas com transtornos mentais e às pessoas com deficiências pautada nas diretrizes de autonomia e inclusão social, apresentando alguns dos desafios teóricos e práticos que emergem nos itinerários de produção dessas diretrizes no contexto do Sistema Único de Saúde. Inicialmente são apresentados dados de estudo de uma instituição asilar para pessoas com deficiências que, evidenciando algumas das condições que motivaram a internação, desvelam a interação de diferentes questões e necessidades do contexto de vida desta população como fundamental no percurso que conduz à internação asilar. A perspectiva de produção de autonomia e de inclusão social inscreve a necessidade de desmontar as soluções institucionais existentes para poder (re)conhecer, (re)contextualizar e (re)complexificar as pessoas em seus contextos. Ancorado no referencial teórico da desinstitucionalização para a análise deste processo apresenta a centralidade da transformação da relação de tutela para a superação das instituições asilares e para a construção de projetos territoriais de atenção. Compreende-se esta trajetória como processo social no qual interagem diversas dimensões, inscrevendo, necessariamente, novas formas de conhecer, olhar e interagir com as pessoas com a experiência do adoecer e da deficiência que possam contemplar a complexidade das pessoas em sua rede de relações e em seus projetos de vida.

**DESCRITORES:** Desinstitucionalização, tendências. Terapia ocupacional, tendências. SUS (BR). Saúde mental. Pessoas deficientes, reabilitação.

---

---

\* Palestra apresentada na mesa-redonda "A Terapia Ocupacional na Instituição Fechada e na Comunidade", VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Águas de Lindóia, SP, 28 set. a 1 out. 1999.

\*\* Docente do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP.

**Endereço para correspondência:** Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. 05360-160. São Paulo, SP. e-mail: centroto@usp.br

## INTRODUÇÃO

**A**tenção em Terapia Ocupacional às pessoas com transtornos mentais e às pessoas portadoras de deficiências no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS pautada nos processos de produção de autonomia e inclusão social é sem dúvida um enorme desafio. De certa forma uma utopia; não uma utopia como um sonho distante e sim, um convite para pensá-la como transformação da realidade. Transformação que exige, por um lado, a produção de novas formas de pensar, perceber e interagir com a complexidade de vida dos sujeitos em seu contexto, e por outro a invenção de projetos de atenção e de políticas públicas propiciando uma cultura de validação das pessoas com deficiências e a construção de direitos e de itinerários de inclusão social.

Dentre as diversas dimensões implicadas neste processo, as diretrizes de autonomia e inclusão social apontam a necessidade de:

- superação das instituições asilares;
- transformação das estruturas institucionais existentes e;
- produção de projetos territoriais de atenção que possam contemplar os processos de singularização e de validação da dimensão interativa entre pessoas e contextos.

Requer também, a construção ou potencialização de tecidos sociais solidários, das múltiplas possibilidades e projetos de vida, o confronto com as diversas formas de invalidação e negação de direitos dos cidadãos, o enriquecimento e a ampliação de poder contratual das pessoas com a experiência do adoecer e da deficiência. Processos e itinerários que implicam novas relações entre usuários, profissionais, instituições e contexto sociocultural quando da invenção cotidiana de formas inovadoras de atenção que possibilitem, sobretudo, produção de sentido (SARACENO, 1998)?

Se estas diretrizes por um lado delimitam um campo, por outro abrem um conjunto de indagações teóricas e operativas.

Como compreender esse processo? Quais caminhos trilhar no interior das instituições? De que forma viabilizar possibilidades de vida nas cidades para as pessoas que por diferentes razões apresentam deficiências e encontram-se em situação de desvantagem e exclusão social? É neste contexto e buscando contribuir neste debate que apresentamos este trabalho.

Certamente é um desafio amplo. Todavia não é – e não pode ser – solitário.

## CONHECENDO ALGUNS PERCURSOS NA INTERNAÇÃO ASILAR

Nos últimos anos, a temática da transformação das instituições asilares e da produção de novas formas de atenção às pessoas com transtornos mentais e às pessoas portadoras de deficiências no contexto do SUS, tem sido objeto de diversos estudos, de formulação e implementação de políticas públicas e de participação e articulação de movimentos sociais. Entretanto, não obstante as diversas iniciativas e esforços empreendidos, a realidade da maioria das situações públicas de assistência e reabilitação destas populações, ainda está profundamente atada às diferentes formas de institucionalização e de invalidação, quer em grandes asilos quer em serviços ambulatoriais.

Embora distintas entre si, as condições de assistência a esses grupos apresentam algumas características comuns: *a tutela institucional, a ineficácia de estruturas, instituições e técnicas inadequadas ou ainda, o abandono e isolamento nos próprios domicílios e o viver nas ruas.*

Os estudos sobre as instituições asilares são conhecidos e trazem à tona muitas questões sobre as diversas práticas profissionais envolvidas em sua manutenção e legitimação. Ao mesmo tempo, a compreensão dos motivos da internação, o sentido da exclusão presente nesse processo e o significado da relação de tutela nem sempre estão claras para os diferentes grupos populacionais com os quais trabalhamos, como pessoas com deficiências mentais ou motoras graves entre outros.

Procuraremos ilustrar essa discussão com estudo realizado em 1992, em asilo para pessoas com deficiências (OLIVER, 1993)<sup>4</sup>. Para parte significativa da população ficava explícita a internação como resposta às condições de vida.

Estudando prontuários de 143 pessoas que eram acompanhadas em terapia ocupacional observamos que as dificuldades financeiras aliadas às necessidades de tratamento especializado representavam a maior parte dos motivos de internação, conforme apresentado na Tabela 1. Os motivos de natureza econômico-financeira e aqueles relativos à desestruturação familiar como: abandono, a desorganização do lar demonstravam como era flagrante a precária condição de vida de grande parte dos grupos familiares dos internos.

**Tabela 1- Motivos de internação dos internos, que participavam das atividades de terapia ocupacional. São Paulo, 1992**

Motivo de internação	Frequência	%	% Acumulado
1. Dificuldades financeiras + necessidade de tratamento especializado	60	41,9	41,9
2. Necessidade de atendimento especializado	18	12,6	54,5
3. Lar desorganizado + dificuldades financeiras + necessidade de atendimento especializado	15	10,5	65,0
4. Abandono	12	8,4	73,4
5. Dificuldade financeira	8	5,6	79,0
6. Lar desorganizado + dificuldade financeira	8	5,6	84,6
7. Lar desorganizado	7	4,9	89,5
8. Lar desorganizado + necessidade de atendimento especializado	6	4,2	93,7
9. Abandono + necessidade de atendimento especializado	5	3,5	97,2
10. Outros motivos	4	2,8	100,0
Total	143	100,0	100,0

Fonte: OLIVER, 1993, p.10.

Consultando dados de todas as 795 pessoas internadas no período, observou-se que 587 (73,8%) pessoas tinham entre 0 e 9 anos de idade no momento

da internação, conforme Tabela 2. Com certeza, essa separação da família ocorreu com grandes dificuldades para a família e para a criança.

**Tabela 2 - Idade da população moradora da instituição, no momento da internação. São Paulo, 1992**

Idade de Internação	Frequência	%	% Acumulado
0 a 4	185	23,3	23,3
5 a 9	402	50,6	73,8
10 a 14	187	23,5	97,4
15 a 19	18	2,3	99,6
20 a 24	2	0,3	99,9
25 a 29	-	-	-
30 a 34	1	0,1	100,0
Total	795	100,0	100,0

Fonte: OLIVER, 1993, p.18.

A permanência dos internos junto às famílias poderia ser resultado de uma percepção tardia da deficiência, apenas quando já se esgotaram as esperanças de que o tempo resolvesse os problemas percebidos (hipotonia, atraso na aquisição da fala e da locomoção independente, entre outros). Em outros casos, o contexto familiar não permitiria mais a presença da mãe ou responsável pelo cuidado cotidiano, pois seriam maiores as necessidades

de busca da sobrevivência do grupo familiar.

De qualquer maneira, a experiência do convívio familiar estava presente nas relações afetivas, no cuidado, mesmo que considerado precário, por quem não é parte desse contexto, e algumas vezes entendido como razão de internação por autoridades sanitárias, judiciárias e técnicos. A separação significaria um momento de ruptura, bastante difícil de suportar.

No período do estudo estavam internadas 795 pessoas na instituição, sendo que 355 (44,7%) delas

tinham entre 5 e 19 anos, uma população jovem, conforme apresentado na Tabela 3.

**Tabela 3 - Idade da população moradora da instituição, em 1992**

Idade (em anos)	Frequência	%	% Acumulado
0 a 4	1	0,1	0,1
5 a 9	31	3,9	4,0
10 a 14	123	15,5	19,5
15 a 19	201	25,3	44,8
20 a 24	112	24,1	58,9
25 a 29	138	17,4	76,2
30 a 34	112	14,1	90,3
35 a 39	67	8,4	98,7
40 a 44	6	0,8	99,5
45 a 49	3	0,4	99,9
55 a 59	1	0,1	100,0
Total	795	100,0	100,0

Fonte: OLIVER, 1993, p.20.

O tempo de internação dessa população era outro fator revelador do papel da instituição no contexto da assistência. Observa-se na Tabela 4, que 422 pessoas estavam inter-

nadas há aproximadamente 10 anos e 292 (36,5%) há mais de 20 anos, revelando a trajetória pessoal possível para cada internado e a função social dessa instituição.

**Tabela 4 - Tempo de internação da população moradora na instituição, em 1992**

Tempo de internação (em anos)	Frequência	%	% Acumulado
0 a 4	70	8,8	8,8
5 a 9	172	21,6	30,4
10 a 14	187	23,5	54,0
15 a 19	76	9,6	63,5
20 a 24	177	22,3	85,8
25 a 29	101	12,7	98,5
30 a 34	12	1,5	100,0
Total	795	100,0	100,0

Fonte: OLIVER, 1993, p.23.

A necessidade de tratamento especializado, asilar, mesmo após muito se ter buscado atendimento ambulatorial, se sobreporia àquelas advindas da falta de condições objetivas para permanência da pessoa deficiente no contexto familiar. No contexto de precariedade de

condições de vida, rede social de suporte e serviços especializados para esse grupo, na maior parte das vezes a internação é entendida, tanto pela família como pelos serviços, como uma melhora nas condições objetivas de existência, que justificariam a segregação na instituição.

Este estudo evidencia algumas das questões presentes no processo de internação de uma determinada população, revelando a interação de diferentes dimensões do contexto de vida no percurso que conduz à internação e pode contribuir para desmontar a idéia difusa de que a internação asilar é a resposta equivalente à demanda de tratamento especializado.

Sem dúvida, o significado do circuito institucional, as múltiplas necessidades das pessoas em seu contexto de vida, as possibilidades/impossibilidades da rede social e de suporte, os processos de exclusão social colocam técnicos, população com deficiências ou portadoras de transtornos mentais e familiares diante de dilemas cotidianos.

Como articular as múltiplas demandas de determinados grupos às possibilidades existentes e a serem construídas no campo assistencial? Nossa prática assistencial está totalmente dimensionada pelas possibilidades que as instituições condicionam ou existiriam fissuras, brechas a serem construídas ou identificadas?

Como desmontar a forma de pensar que considera natural que a resposta para uma grande parcela de pessoas seja o asilamento? A partir das práticas cotidianas como produzir modalidades terapêuticas e institucionais que reconheçam a complexidade da demanda? Como trabalhar as diretrizes de autonomia e inclusão social nas instituições que isolam, reduzem, objetivam e tutelam?

Estas indagações estão diretamente articuladas com a proposição do trabalho assistencial em Terapia Ocupacional às pessoas portadoras de deficiências ou com transtornos mentais. As diretrizes de autonomia e inclusão social imprimem a necessidade de desmontar as soluções institucionais existentes para poder (re)conhecer, (re)complexificar, (re)contextualizar a demanda.

### **TRANSFORMAR A RELAÇÃO DE TUTELA, PRODUZIR INSTITUIÇÕES EM MOVIMENTO**

Nesta perspectiva, a proposição de superação das instituições asilares e a produção de redes territoriais de atenção não se reduz à desospitalização, não é uma simples criação de serviços, não é deslocamento do *locus* de intervenção. Trata-se de um processo social complexo que implica inovações em diferentes dimensões: social, cultural, técnica, institucional, jurídica e

política. Dentre as diversas questões que emergem nesta trajetória, consideramos fundamental poder refletir sobre a transformação da relação de tutela e a produção de novas instituições.

Em nossa organização social a diversidade, a doença, o desvio, a deficiência, se configuram em codificações definidas em relação à norma e nesta se assume não uma particularidade de uma pessoa, não uma singularidade mas uma inferioridade a princípio, uma incapacidade por natureza. Dessa forma as pessoas portadoras de transtornos mentais, as pessoas portadoras de deficiências, as crianças e os adolescentes em situação de risco ou as pessoas idosas em situação de abandono, são definidas a princípio como incapazes, de menor valor social e ainda muitas vezes como irrecuperáveis (ONGARO BASAGLIA, 1993)<sup>6</sup>.

A resposta hegemônica para essas pessoas é a tutela institucional: uma vez que são incapazes, que não são sujeitos de direitos, devem ser tutelados e muitas vezes a tutela é proposta com o intuito de tratar – ou seja, para tratar, cuidar, recuperar é necessário tutelar.

Esta forma de relação de tutela configura diversas instituições de assistência e não apenas as asilares; relação que mesmo que não intencionalmente, expressa uma forma de pensar e agir que considera a proteção pautada na incapacidade do outro, na ausência de direitos e na necessidade de anulação ou restrição de liberdade.

O paradoxo desta forma de pensar é exatamente este; porque mesmo que o intuito seja de proteger, ao considerar o outro como incapaz, inválido, irresponsável, segue por anulá-lo e não protegê-lo. Esta relação de tutela não responde a uma particularidade, a uma singularidade mas, identificando a pessoa nestas dimensões, absorve-a e a objetiva na instituição, legitimando a segregação e o isolamento.

BASAGLIA<sup>1</sup> assinala que a transformação cultural na relação com a diversidade, a deficiência, o desvio não resulta tanto do progresso científico, mas da gradual aquisição de direitos civis e políticos dos cidadãos e da assunção do Estado moderno de sua garantia (ONGARO BASAGLIA, 1987)<sup>5</sup>. A autora analisa historicamente a relação de tutela, identificando três momentos principais: *tutela da expropriação dos corpos*, *tutela da invalidação assistida* e *tutela como direito à saúde*.

No primeiro momento, na época do “grande internamento” a tutela é entendida como *expropriação*

dos corpos que se funda na exigência de reprimir e conter as populações com a marca da "asociabilidade". Neste momento, a delegação aos técnicos e às instituições é total porque o tutelado é privado de todos os direitos e a relação está centrada na defesa explícita da sociedade.

A construção do Estado assistencial, característica do segundo momento, vai exigir um novo tipo de tutela que possa garantir ao mesmo tempo o direito à assistência e a defesa da comunidade.

Prosseguindo em sua análise, a autora assinala que a tutela como *expropriação dos corpos* foi colocada em questão em vários países europeus, em particular a partir da II Guerra Mundial; da expropriação dos corpos passa-se à possibilidade de reabilitação do corpo expropriado através da intervenção técnica. Entretanto, o direito à assistência não supera a forma dilemática de compreender a questão da tutela do doente e da sociedade que se apresentam como termos antagônicos. A *tutela da invalidação assistida*, atravessa as diversas instituições de assistência; as pessoas continuam sendo invalidadas como sujeito de direitos sendo consideradas apenas no universo da doença, da deficiência: a assistência é um direito mas a relação de tutela é de invalidação.

O terceiro momento desse processo refere-se a uma forma de tutela que enfrente esses conflitos como competência do Estado, no contexto de desenvolvimento cultural e político, objetivando a redução da desigualdade social. Esta *tutela de direito à saúde* envolve, necessariamente um conjunto de dimensões do contexto e qualidade de vida e não se reduz à assistência.

Em sua análise, BASAGLIA<sup>6</sup> apresenta uma reflexão fundamental para a compreensão da relação de tutela, propiciando desenhar novas formas de relação nos processos de superação das instituições asilares e de produção de novos projetos de atenção; em suas palavras:

*"entender a tutela como um momento de emancipação e não mais de repressão; emancipação no sentido de que a pessoa quanto mais necessita de proteção, tanto mais deve ser colocada em condição de viver a própria 'minoridade', para reconquistar ou recuperar autonomia e responsabilidade"*  
(ONGARO BASAGLIA, F. 1993, p.24)<sup>6</sup>.

Nesta perspectiva, a tarefa se coloca no contexto complexo de produção de novas relações entre direitos, necessidades e instituições. A transformação da relação de tutela envolve, ao mesmo tempo, as disciplinas do conhecimento, as instituições e o papel dos técnicos. Existe um automatismo de pensar entre o assistir, o tratar e o internar na instituição asilar. Nesta linearidade de pensar se considera que a questão da tutela do doente ou da pessoa com deficiência e da sociedade são termos antagônicos. Para a produção de projetos terapêuticos a partir do interior das instituições asilares e no território é necessária a ruptura desta forma de pensar; sem esta ruptura estamos aprisionados:

- nos processos de institucionalização nas instituições asilares porque consideramos impossível transcendê-las e;
- no território porque reproduzimos a lógica da invalidação.

Essa ruptura exige uma articulação entre tutela, direito e liberdade; que implica processos terapêuticos e instituições em movimento:

- que busquem a ampliação e potencialização dos espaços, das possibilidades de expressão subjetiva e das redes de trocas sociais;
- que tenham como ponto de partida a validação e a legitimidade da existência do outro, a partir de sua história, de suas capacidades, de seus desejos e projetos.

Mas novamente, como articular esses princípios à prática assistencial concreta, dimensionada pelo perfil das instituições que conhecemos e às quais somos chamados a trabalhar?

BASAGLIA<sup>1</sup>, analisando o processo de transformação do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, assinalava que o processo que visa a ruptura com a condição de institucionalização exige novas formas de pensar e novas instituições que considerem *primeiro a pessoa e depois a construção de uma dimensão adequada a ela no sentido de que devem emergir a partir de suas necessidades*. As diversas modalidades de intervenção deverão criar em torno da pessoa espaços e possibilidades que nascem de seu *"mover-se"*, *de seu viver com os outros* (BASAGLIA, F. In: ONGARO BASAGLIA, 1981, p.257)<sup>1</sup>. É neste processo que a pessoa

internada poderá readquirir o *valor e a apropriação de si* e que poderá ser transformada a relação de segregação e mortificação concretizada nos muros asilares (BASAGLIA F. In: ONGARO BASAGLIA, 1981, p.257-8)<sup>1</sup>.

A perspectiva apresentada por BASAGLIA (1981)<sup>1</sup>, pautada na análise do manicômio é extremamente rica e atual e pode iluminar a compreensão do processo de institucionalização operado nas instituições asilares. Esta compreensão pode orientar o agir, desvelando algumas das estratégias a serem percorridas. As diversas ações de ruptura da vida asilar no processo de transformação institucional, agem profundamente na pessoa internada se, e quando, possibilitam uma gradual transformação de seu estar no mundo, de reapropriação de si, de sua relação com a doença e deficiência, de seus vínculos com o mundo, de sua projetualidade, anteriormente anulada e/ou restrita pela internação.

Este 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, resignificar 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;
- a partir de experiências conjuntas, propiciar no território, novas formas de compreensão da deficiência e dos processos de adoecimento.

Propiciar singularização, compartilhar e potencializar as atividades que tecem a vida cotidiana, realizar práticas concretas de construção, garantia e acesso aos direitos, projetar com e para os usuários e familiares. Um trabalho multidimensional, cotidiano, artesanal, composto de um conjunto de estratégias diversas, algumas simples, outras complexas, de longo percurso.

A transformação da tutela institucional realizada através do confronto com as normas e relações institucionalizantes possibilita (re)conhecer a pessoa internada, as múltiplas dimensões da vida antes aprisionadas na instituição asilar ou reduzidas por um olhar unidimensional. Com essa postura teremos novos desafios para o agir cotidiano e para a construção de propostas assistenciais.

A compreensão de que a doença ou a deficiência não totaliza o sujeito faz com que o olhar e as formas de intervenção unidimensionais se apresentem insuficientes; o projeto terapêutico não é um trajeto linear e sim vai sendo tecido, em contínua transformação. Um projeto pautado nas necessidades das pessoas em relação, na leitura dos problemas que se complexificam. Este olhar coloca em cena um conjunto de questões: afetividade, sociabilidade, comunicação, poder, percepção de si, projetualidade, relações familiares, recursos, a fantasia, o lúdico, o corpo, a casa, o trabalho. A produção de itinerários terapêuticos a partir da complexidade das pessoas em seus contextos, de seu mover-se no mundo defronta-se com a necessidade de novas respostas que propiciem e as condições subjetivas, materiais, sociais, culturais que viabilizem as múltiplas formas de estar no mundo.

Dessa forma, o nosso desafio de construção das novas instituições não se coloca no campo dos modelos ideais.

Certamente, dado o momento atual das políticas públicas, nem sempre é possível participar de processos que assumam essas diretrizes: a maioria das instituições apresenta uma profunda resistência a qualquer forma de transformação e diversos projetos empreendidos nos últimos anos apresentaram importantes dificuldades em sua sustentação.

Ao mesmo tempo, é fundamental refletir sobre os percursos de superação das instituições asilares e da construção de redes de atenção territoriais, pois as diferentes formas de relação objetivante e de institucionalização atravessam também a produção do conhecimento e das instituições.

### **SINGULARIDADE E COMPLEXIDADE: INVENTANDO CAMINHOS**

Novas formas de pensar e agir implicam em ampliar a visão de sujeito que temos diante de nós: serão pacientes? Serão hipóteses diagnósticas com traços ou características sociais apontadas para reiterar sua

exclusão? Serão indivíduos reconhecidos a partir de seu desempenho ocupacional sem desejo, sem história, sem contexto, sem trocas sociais possíveis de serem sequer reconhecidas ou imaginadas? Como re-conhecer o objeto, a pessoa em seu sofrimento e em suas relações de vida? Em outras palavras, como romper com o olhar, as modalidades de intervenção terapêutica, as formas de interação construídas em torno da doença e da deficiência como objetos isolados?

Consideramos que uma das maneiras seria, como assinala a perspectiva teórica-prática da desinstitucionalização, a necessidade de constantemente nos interrogarmos:

- sobre a relação entre o olhar para a doença ou para a deficiência e para o sujeito doente ou portador de deficiência;
- sobre as formas de conhecer que constroem como seu objeto a doença, a deficiência e as instituições nas quais o valor destas supera o valor da pessoa;
- sobre a conexão entre as dimensões do sofrimento e da exclusão social.

Esta perspectiva não significa a negação da doença ou da deficiência, mas a ruptura com a codificação da experiência de sofrimento, de mal-estar, de diversidade e da identificação desta leitura como sendo “a realidade das pessoas” e a superação das instituições coerentes com este estatuto epistemológico. A superação das instituições asilares implica transformar o modo pelo qual as pessoas são tratadas para transformar seu sofrimento, reconstruindo sua complexidade e, neste processo, construir os caminhos das “instituições inventadas” que visem a emancipação, a autonomia e a produção de vida (ROTELLI, 1990)<sup>7</sup>.

Distante de um pensamento simplificador, é necessário a superação das leituras reducionistas para buscar reconstituir a complexidade das pessoas em seus contextos. Um desafio contínuo de produzir instituições e projetos terapêuticos a partir da realidade na qual se age e que devem, ao mesmo tempo, transcendê-la para transformá-la:

*“... poder-se-ia dizer que o usuário como fim, assumido como critério guia da organização e da resposta institucional, ambas direcionadas em uma tensão cotidiana à reconstrução e restituição da complexidade do ambiente; rompendo a uniformidade, aqueles códigos e sistemas normativos que*

*deram forma à demanda e aos usuários; recompondo, desta última o mosaico estilhaçado das necessidades e dos vínculos com o mundo, a identidade complexa de seu sofrimento, a sua identidade que sofre. Complexidade como diferença, irreduzível e incontrolável” (ROTELLI et al., 1990, p.85)<sup>8</sup>.*

A crítica à fragmentação das disciplinas e ao pensamento simplificador (MORIN)<sup>2</sup> é um convite para trilhar novas formas de conhecer nas quais as diversas dimensões do que é humano deixem de ser incomunicáveis, este é um novo momento das disciplinas do conhecimento.

Nesse sentido a terapia ocupacional tem suas contribuições a dar quando pode ousar a “incerteza de conviver” com distintas formas de conhecer, de interagir e de produzir instituições que possam contemplar a pessoa em suas relações. A natureza e complexidade dos problemas que temos diante de nosso cotidiano de trabalho exigem confrontar e construir caminhos que busquem superar os processos de tutela, invalidação e simplificação em suas distintas manifestações teóricas, técnicas, institucionais e políticas.

Temos cotidianamente os exemplos que nos falam da tutela e expropriação dos corpos, como nos casos das instituições asilares mais facilmente reconhecidas; e necessitamos estar muito atentos à produção de novas instituições territoriais que rompam com a idéia da tutela da invalidação assistida, que muitas vezes está obscurecida por práticas assistenciais modernizadas, não mais contidas nos muros das instituições tradicionais, mas agora mais próximas do contexto das pessoas, sem contudo mudar sua condição objetiva, seu acesso aos direitos e suas possibilidades de estar no mundo.

Uma das principais questões do nosso tempo profissional tem sido contribuir para a produção de novos saberes, instituições e contextos capazes de reconhecer os sujeitos em sua complexidade, buscando compartilhar da invenção das múltiplas possibilidades e projetos de vida.

Construir reflexões sobre essas experiências, transitar pelos conhecimentos produzidos pelos diferentes saberes, cientes de sua limitação para compreender a complexidade, são algumas das posturas possíveis sempre na forma de novos desafios para estes novos tempos.



OLIVER, F.C., NICÁCIO, F. Of the institution to shelter to the territory: roads for production of sense in the interventions in health. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.10, n.2/3, p.60-8, mai./dez., 1999.

**ABSTRACT:** This article discusses the thematic of the attention in occupational therapy to the people with mental upset and to the people with deficiencies ruled in the autonomy guidelines and social inclusion, introducing some of the theoretical and practical challenges that emerge in the itineraries of production of those guidelines in the context of the unique system of Health. Initially data of study of an institution are presented to shelter for people with deficiencies that, evidencing some of the conditions that motivated the internment, they watch the interaction of different subjects and needs of the context of life of this population as fundamental in the course that leads to the internment to shelter. The perspective of autonomy production and of social inclusion he/she enrolls the need to disassemble the existent institutional solutions to can (re)conhecer, (re)contextualizar and (re)complexificar the people in your contexts. Anchored in the theoretical referencial of the desinstitutionalization for the analysis of this process it presents the centralidade of the transformation of the relationship of it tutors for the *superação* of the institutions you shelter and for the construction of territorial projects of attention. Compreende-if this path as social process in which several dimensions interact, enrolling, necessarily, new forms of knowing, to look and to interact with the people with the experience of getting sick and of the deficiency that you/they can contemplate the people's complexity in your net of relationships and in your life projects.

**KEY WORDS:** Deinstitutionalization, trends. Occupational therapy, trends. SUS (BR). Mental health. Disabled persons, rehabilitation.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASAGLIA, F. La distruzione dell' ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello "spazio chiuso". Considerazioni sul sistema "open door". In: ONGARO BASAGLIA, F., org. *Scritti I: 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all' esperienza di Gorizia*. Torino : Einaudi, 1981. p.249-58.
2. MORIN, E. *O método I. A natureza da natureza*. [La methode I. La nature de la nature] Trad. Maria Gabriela de Bragança. Portugal, Europa-América, s/d.
3. NICÁCIO, F. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, 1994. 155p. Dissertação (mestrado) - Programa de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
4. OLIVER, F. *Contribuições para o estudo da população de uma grande instituição para pessoas com deficiências: o problema do diagnóstico*. Relatório de Pesquisa, São Paulo, 1993. (mimeografado).
5. ONGARO BASAGLIA, F. Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni. In: GIANNICHEDDA, M.G.; ONGARO BASAGLIA, F., org. *Psichiatria, tossicodipendenze e perizia*. Milano : Franco Angeli, 1987. p.38-52.
6. ONGARO BASAGLIA, F. *Mario Tommasini: vida e feitos de um democrata radical*. São Paulo : Hucitec, 1993.
7. ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F., org. *Desinstitutionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990. p.89-99.
8. ROTELLI, F., DE LEONARDIS, O., MAURI, D. Prevenir a prevenção. In: NICÁCIO, F. org. *Desinstitutionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990. p.65-87.
9. SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.9, n.1, p.26-31, 1998.

Recebido para publicação: 04/10/1999

Aceito para publicação: 23/11/1999