

## **A TRAJETÓRIA DA TERAPIA OCUPACIONAL DA PSIQUIATRIA ÀS NOVAS INSTITUIÇÕES E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL\***

**Elisabete Ferreira Mângia\*\***

---

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, n.1, p.28-32, jan./abr., 2000.

**RESUMO:** A trajetória da terapia ocupacional em saúde mental pode ser vista em paralelo à constituição, crise e transformações da assistência psiquiátrica. Atualmente é no contexto do processo da reforma psiquiátrica e das proposições da desinstitucionalização que localizamos os deslocamentos e desafios presentes nas práticas da terapia ocupacional em saúde mental que tem resultado em mudanças significativas no modelo de intervenção, em suas proposições e objetivos.

**DESCRITORES:** Terapia ocupacional, tendências. Promoção da saúde. Saúde mental.

---

**T**entar elaborar uma síntese sobre processos complexos é sempre uma tarefa arriscada, que parte de uma escolha do autor compatível com seus investimentos intelectuais, práticos, interesses afetivos e posicionamento político, sendo assim, não há como sermos totalmente "objetivos" frente a este tipo de empreendimento.

Minha possibilidade de perceber a trajetória, (ou trajetórias) das práticas da Terapia Ocupacional está relacionada à elaboração da experiência que tem colocado muitos terapeutas ocupacionais, dentre os quais me incluo, frente ao desafio da construção de mudanças significativas no campo da assistência tradicionalmente prestada às pessoas com transtornos mentais graves.

Poderíamos dizer que as mudanças no interior do campo específico da Terapia Ocupacional na saúde mental estão relacionadas e emergem como resultados de diferentes empreendimentos, no contexto de um processo mais amplo que, no Brasil, convencionamos chamar de "Reforma Psiquiátrica".

Esta, por sua vez, diz respeito ao processo de crítica às instituições psiquiátricas e a conseqüente necessidade de superação da realidade de violência, controle e exclusão social presentes nos manicômios que produziu em países europeus, nos EUA e, mais recentemente, no Brasil, um conjunto de experiências diversas e heterogêneas entre si, diante das quais podemos hoje identificar e discutir os avanços e impasses desses processos.

---

\* Trabalho apresentado na II Jornada de Terapia Ocupacional, realizada no XVI Congresso Brasileiro de Medicina Física e Reabilitação, outubro de 1999, São Paulo.

\*\* Profa. Assistente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP.

**Endereço para correspondência:** Elisabete Ferreira Mângia. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. Rua Cipotânea, 51. 05360-160. São Paulo, SP. e-mail: centroto@edu.usp.br

De um modo geral, os processos de enfrentamento das instituições psiquiátricas, que tiveram inicialmente a intenção de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, libertando-a de sua função de coação e segregação, passaram a colocar em tela novas questões, contradições e necessidades anteriormente não reconhecidas. Podemos afirmar que essas experiências acabaram por constituir um patrimônio comum que conduziu à percepção sobre a complexidade da situação da população marginalizada pela psiquiatrização (BARROS, 1994, ROTELLI et al., 1990)<sup>2,9</sup>.

Esses processos, reunidos na noção de *desinstitucionalização*, traduziram-se em diversas tendências. Para os reformadores e administradores, tratava-se de modernizar o potencial terapêutico da psiquiatria, humanizar suas instituições, racionalizar sua gestão administrativa e financeira e amenizar seu papel segregativo, mediante a criação da assistência em espaços comunitários. Para os grupos mais radicais, tratava-se de criar um movimento que abolisse todas as instituições da violência (BASAGLIA, 1984)<sup>3</sup>.

Na primeira tendência podemos localizar a política de setor francesa, a psiquiatria comunitária inglesa e a política de saúde mental desenvolvida nos EUA. Como resultado, essas experiências colocaram em evidência:

- ◆ a persistência da internação psiquiátrica;
- ◆ a convivência entre a internação asilar e os novos serviços territoriais ou comunitários;
- ◆ a promoção de novas estratégias de “gestão dos riscos sociais”, mediante a criação de novas e diversas formas de institucionalização para os considerados “crônicos”, os egressos dos hospitais psiquiátricos, os idosos, os jovens “desadaptados”;
- ◆ a fragmentação e especialização da oferta de serviços e a conseqüente capilarização das formas de controle social;
- ◆ estabelecimento de relações de interdependência entre os novos serviços e as estruturas asilares de internação, constitutivas de um circuito que transformou a “estática” da segregação manicomial na “dinâmica” da circulação de pacientes entre os serviços especializados (CASTEL, 1987, ROTELLI et al., 1990)<sup>4,9</sup>.

A trajetória da psiquiatria reformada, em nosso entendimento, encontrou na Itália, e especialmente na cidade de Trieste, seu estágio mais radical. Nela, diferentemente do ocorrido nos EUA, França e Inglaterra, a

extinção do manicômio colocou-se como tarefa primordial, o que permitiu a constituição de um novo sentido para o termo desinstitucionalização, que, passou a designar o percurso complexo de “desmontagem” do interior da instituição psiquiátrica, começando pelo manicômio (LEONARDIS, 1990)<sup>6</sup>.

### Os caminhos da crítica à instituição psiquiátrica no Brasil: apreensão global

Assim enquanto, nas décadas de 60 e 70, se produziu, em alguns países europeus e nos EUA, a definição de novas políticas sociais e de novas propostas para a assistência em saúde mental, que partiam da crítica ao modelo asilar manicomial, no Brasil, nesse mesmo período, a principal tendência observada foi a da privatização e expansão da assistência psiquiátrica. Essa tendência se traduziu no financiamento, com recursos públicos, da construção de um dos maiores “parques manicomiais” privados do mundo, que, em 1985, atingiu a cifra de 123 mil leitos psiquiátricos credenciados e custeados pelo Estado, distribuídos em aproximadamente 430 hospitais, dos quais apenas 73 eram públicos.

No início dos anos 80, com o fim da ditadura e o processo de redemocratização do país, as críticas contra essa situação emergiram mais agudamente e foi a partir desse período que se iniciou o processo de construção do projeto de “Reforma Psiquiátrica”. Esse processo tomou inicialmente como meta o rompimento com o modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico e teve com resultados mais evidentes:

- ◆ o investimento na criação de serviços extra-hospitalares alternativos à internação psiquiátrica, que começaram a ser implantados em meados dos anos oitenta, inicialmente através de políticas estaduais, como foi o caso do Estado de São Paulo, e posteriormente através dos municípios (no processo de implantação do SUS - Sistema Único de Saúde, mas que não enfrentaram diretamente as instituições manicomiais, passando a conviver com elas, com exceção da experiência desenvolvida no município de Santos, a partir da desativação da Casa de Saúde Anchieta em 1989 (AMARANTE, 1997)<sup>1</sup>.
- ◆ A crítica e tentativas de transformação do arcabouço jurídico-legal que legitima a internação psiquiátrica, o estatuto de periculosidade e

incapacidade presumidas ao doente mental, que ganham fôlego no processo constituinte e, posteriormente, na luta pela aprovação de Projetos de Lei, federal e estaduais, que visam a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamentam a internação psiquiátrica compulsória. Objetivam a substituição da Lei vigente no país, datada de 1934, e têm como principal inspiração a Lei nº 180 sancionada pelo Parlamento Italiano em maio de 1978, como um dos resultados do processo desencadeado pela experiência de Trieste, liderada por Franco Basaglia (DELGADO, 1992)<sup>5</sup>.

- ♦ A organização e participação de vários movimentos sociais: o “Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental”, que, num encontro nacional, em 1987, assumiu, a insígnia “Por uma sociedade sem manicômios”; a organização, em nível nacional, do “Movimento de Familiares e Usuários dos Serviços de Saúde Mental”, entre outros (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS)<sup>7</sup>.

Atualmente, dados do Ministério da Saúde apontam para a existência de aproximadamente 72 mil leitos psiquiátricos conveniados ao SUS, oferta de leitos em hospitais gerais, em torno de 2.000 e ampliação da rede de serviços como Hospitais dia, Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial, em torno de 8.000 vagas. Sabemos que ainda estamos no início e que, apesar de tantos esforços, a assistência asilar continua hegemonicamente presente.

No Estado de São Paulo temos ainda a maior concentração de leitos psiquiátricos do país, hoje em torno de 20.000 leitos (cerca de 16.000 no interior em 57 hospitais e o restante na grande São Paulo em aproximadamente 15 hospitais), mas também a maior ocorrência de serviços territoriais, de vários tipos que tem conseguido criar as bases de uma nova cultura nesse campo assistencial.

Assim, é num cenário crítico e de grandes desafios no campo da Saúde Mental, que localizamos também as transformações no interior de nosso campo profissional.

Esse processo, tem no Estado de São Paulo um campo privilegiado para observações, discussões e encontro de experiências significativas, que tem servido de exemplo ao restante do país. Nosso Estado é também àquele que concentra o maior número de profissionais da área, aproximadamente 1700 terapeutas ocupacionais dos 5000 espalhados pelo país.

No início dos anos 80, Terapeutas Ocupacionais foram especialmente desafiados a duas tarefas distintas e complementares, que passam a deslocar as orientações até então dominantes na profissão:

- ♦ *a primeira* a de serem agentes de mudança no cenário sombrio dos hospitais. Essa aposta foi inicialmente lançada por Luis Cerqueira, que via na Terapia Ocupacional o potencial operativo para a transformação do hospital para que esse pudesse tornar-se terapêutico. Como referência teórica era colocado o modelo da Comunidade Terapêutica conjugado a estratégias que, genericamente, poderíamos configurar como socioterápicas. A esse primeiro chamado somouse os movimentos de transformação institucional que, já nos anos 80, investiram em experiências que esboçaram processos de desinstitucionalização, mas que muito precocemente foram interrompidas, a exemplo dos processos vividos no Juqueri, Hospital Pinel, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP, entre outros;
- ♦ *a segunda*, consistiu no desafio de deslocar-se do campo tradicional da prática hospitalar para o espaço extra-hospitalar, inicialmente no caso da experiência dos Ambulatórios de Saúde Mental (no Estado de São Paulo), para compor programas destinados a manter o paciente, com transtorno mental grave, fora do circuito da internação psiquiátrica. Nos então chamados Programas de Intensidade Máxima, embriões da hospitalidade diurna, melhor definida posteriormente nos Hospitais Dia e mais recentemente ainda nos Núcleos de Atenção Psicossociais, tivemos que inventar estratégias de atendimento que respondessem a uma tarefa aparentemente impossível para os tradicionais membros da equipe psiquiátrica.

Partindo do referencial psicodinâmico e aqui em São Paulo, sem nenhuma dúvida, muito influenciados pela formação do Centro de Estudos em Terapia Ocupacional – CETO e pelas proposições de Jô Benetton em seu modelo triádico, as experiências que tiveram início nos Ambulatórios de Saúde Mental criaram um novo perfil para a assistência prestada em Terapia Ocupacional e abriram caminho para um importante reconhecimento institucional que colocou a Terapia Ocupacional como elemento central na construção de um novo modelo de assistência em saúde mental.



A partir dessas experiências o Estado de São Paulo passou a incorporar terapeutas ocupacionais como membros necessários das equipes de saúde mental, num movimento crescente que, ao nosso ver, culminou com a contratação de 200 profissionais para atuarem nos novos serviços municipais em São Paulo (equipes de saúde mental, Hospitais Dia, Centros de Convivência), e tantos outros projetos municipais importantíssimos como os desenvolvidos em Campinas e especialmente em Santos.

Há com certeza, também nesse processo, a complexificação dos referenciais teóricos presentes, no contexto das experiências da Reforma Psiquiátrica, não só a Terapia Ocupacional, mas o conjunto de profissionais que dela fazem parte são cotidianamente desafiados à invenção, pois, sabemos que, os modelos até então disponíveis não são suficientes para responderem às novas demandas colocadas quando se tira o usuário de sua identidade exclusiva, atribuída pela doença mental, e se deixa aflorar a complexidade daquilo que os italianos, em seu projeto da desinstitucionalização, convencionaram denominar de *existência-sofrimento*. Pois, não se trata mais de relacionar-se com a doença, mas da adoção de uma estratégia de intervenção prática que pretende reconstruir a cadeia de determinações que resultaram na doença mental e em suas formas de existência e expressão. Nessa reproposição do próprio paradigma da psiquiatria, a ação terapêutica passa a ser vista como ação de transformação institucional e num trabalho prático que a partir do manicômio e de sua desmontagem, transforma concretamente a existência das pessoas institucionalizadas ou em vias de, em relação com a vida social. Se passa a entender como projeto terapêutico, àquele capaz de dar suporte para a reconstrução da complexidade e da história das pessoas e inventar novas formas de produção da saúde e da reprodução da vida social (ROTELLI et al., 1990)<sup>9</sup>.

Falamos hoje de uma *clínica ampliada*, ou para Saraceno de uma *clínica de produção de sentido*, que abra possibilidades para a vida real do paciente, que possa permitir a vivência da *intermitência do sofrimento*, mas que ao mesmo tempo produza intercâmbios e possibilidade de produção de valor social (SARACENO, 1998)<sup>10</sup>.

Essa clínica deixaria de ser propriamente uma clínica, frente ao seu enorme deslocamento em relação ao paradigma fundante da clínica moderna, para transformar-se, ainda nas palavras de Saraceno, numa *arte de gerar sentido*. Para àqueles que, em dado momento da vida, perderam a capacidade de gerar

sentido a ajuda terapêutica pode ganhar muitas dimensões, pois essa incapacidade de geração de sentido pode vir associada a perdas em várias esferas da vida pessoal: material, traduzida na incapacidade de gerar trabalho; afetiva, traduzida na incapacidade de estar nas relações afetivas familiares; sociais, presente no isolamento e incapacidade de produção de vínculos (SARACENO, 1998)<sup>10</sup>.

Esse processo investe, assim, na recuperação ou criação de novas *“contratualidades”* sócio-familiares e daí o sentido mais profundo que adquire a noção de cidadania no contexto das novas práticas.

Para a terapia ocupacional há, assim, o desafio de repensar a reabilitação a partir da vida cotidiana, sobre o que torna as pessoas hábeis ou inábeis e sobre como desempenham sua contratualidade social. Essas preocupações tem deslocado os settings experimentais da TO, para os espaços reais do habitar, do trabalhar e do conviver. Os pacientes tem que poder usar suas habilidades no mundo, e o processo de reabilitação se transforma em um processo de reconstrução/construção de redes relacionais. Para nós também é assim, não é? Nossa inserção social está referida há um amplo espaço de trocas dos quais participamos, nossa casa, os espaços sócio familiares de trocas, nosso trabalho. É num amplo conjunto de cenários que desempenhamos e desenvolvemos nossas habilidades, nos diferentes momentos de nossas vidas.

É também nesse mundo social de trocas que nossos pacientes perdem ou ganham seu poder contratual, no trocar, no habitar, no trabalhar, no produzir valores sociais.

Esse desafio se coloca muito claramente em experiências desenvolvidas nos serviços que tem assumido o eixo do trabalho e da moradia como integrantes do próprio projeto terapêutico.

É importante notar que essas questões e deslocamentos presentes em nosso campo profissional também encontram eco nas atuais discussões, presentes na bibliografia internacional da área, experiências muito mais formalizadas, no Canadá e EUA, tem demonstrado a necessidade de adoção de modelos de intervenção mais complexos e vinculados aos espaços reais de vida dos usuários. Nesses novos cenários a idéia de construção de uma intervenção que seja capaz de realizar uma abordagem de fato *“biopsicossocial”*, não como uma somatória de aspectos e abordagens mas como uma posição que admita a interatividade de fatores biológicos, psicológicos e sociais, indissociáveis, na história do adoecimento e nas possibilidades de sua recuperação (SARACENO, 1999)<sup>11</sup>.

É claro que a adoção desses pressupostos nos afasta cada vez mais do paradigma biomédico, fundante do modelo médico e de nossas estratégias tradicionais de intervenção. Nessa perspectiva, podemos dizer que a Terapia Ocupacional percorre uma trajetória de deslocamentos dos modelos da intervenção psiquiátrica para um campo mais amplo, o da saúde mental, articulando interfaces que ainda não ousamos nomear, mas que se qualificam pela tentativa de produzir mudanças concretas na vida material, relacional e afetiva dos usuários.

Como já apontamos, isso tem se tornado possível a partir das demandas pela transformação da assistência psiquiátrica, e embora as novas formas de pensar e fazer a Terapia Ocupacional em Saúde Mental não destruam as formas precedentes, com as quais continuamos a conviver, especialmente no contexto das instituições fechadas, acredito que elas apontam para mudanças significativas nos modos de ver, dizer e intervir sobre os problemas implicados no adoecimento e em suas conseqüências e representações.

---

MÂNGIA, E.F. The path of the occupational therapy of the psychiatry to the new institutions and strategies of promotion of the mental health. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.11, n.1, p.28-32, jan./abr., 2000

**ABSTRACT:** The path of the occupational therapy in mental health can be seen in parallel to the constitution, crisis and transformations of the psychiatric attendance. Now, it is in the context of the process of the psychiatric reform and of the propositions of the deinstitutionalization that we located the displacements and present challenges in the practices of the occupational therapy in mental health, that has result in significant changes in the intervention model, in your propositions and objectives.

**KEY WORDS:** Occupational therapy, trends. Health promotion. mental health.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S., org. *Saúde e democracia. A luta do CEBES*. São Paulo : Lemos, 1997.
2. BARROS, D.D. *Jardins de Abel. A desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo : Lemos/Edusp, 1994.
3. BASAGLIA, F., org. *A Instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro : Graal, 1984.
4. CASTEL, R. *A gestão dos riscos. Da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro : Francisco Alves, 1987.
5. DELGADO, P.G. *As razões da tutela. Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro : Tecorá, 1992.
6. LEONARDIS, O. *Il terzo escluso: le istituzioni come vincoli e come risorse*. Milano : Feltrinelli, 1990.
7. PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. *Carta de direitos dos usuários e familiares de serviços de saúde mental*. III Encontro Nacional de Entidades de usuários e familiares da Luta Antimanicomial. Santos, 09-12 de dezembro de 1993.
8. ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D., RISIO, C. *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990.
9. ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D. *Desinstitucionalização uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados"*. In: ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D., RISIO, C. *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990. p.17-64.
10. 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, jan./abr., 1998.
11. SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania*. Rio de Janeiro : Te Corá, 1999.