

## **A complexidade da atenção às situações de crise - contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental\***

### **The complexity of crisis care - contributions of deinstitutionalization to the creation of innovative practices in mental health**

**Fernanda Nicácio<sup>1</sup>, Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>2</sup>**

---

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise - contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.15, n.2. p. 71-81, maio/ago., 2004.

**RESUMO:** A implementação de políticas públicas locais de saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde, pautadas nas diretrizes da reforma psiquiátrica e da intersetorialidade, tem colocado novos desafios para o campo, dentre os quais, a produção de redes substitutivas e territoriais que visem à superação do modelo asilar, à construção de direitos e à invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura. O estudo desenvolvido apresentou e discutiu que o saber crítico construído nas práticas de transformação da realidade das experiências de Gorizia e Trieste expressa e propõe uma diferente perspectiva ética, teórica e política para compreender a questão da loucura e as relações produzidas no contexto social. Nessa visada possibilita, também, uma nova forma de pensar a invenção de serviços substitutivos. Com base nesse referencial e em diálogo com as proposições de transformação dos modos de pensar e agir em saúde coletiva, buscou elaborar e refletir sobre as principais temáticas para a produção do Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste, no contexto da experiência de saúde mental desenvolvida em Santos no período de 1989 a 1996, em seu fazer-se cotidiano como serviço aberto, territorial, 24 horas e substitutivo, problematizando as inovações e as contradições desse processo. O artigo apresenta e discute uma dessas temáticas, a atenção às situações de crise, enfocando: a desinstitucionalização do circuito psiquiátrico, a validação de atores e de novas respostas no território; a convivência e a produção de liberdade no cotidiano da atenção; e a hospitalidade 24 horas compreendida como recurso e direito.

**DESCRITORES:** Desinstitucionalização. Saúde mental. Serviços comunitários de saúde mental. Serviços de saúde mental/tendências. Terapia Ocupacional/tendências.

---

\* O artigo apresenta parte integrante da tese: "Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental", defendida na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 2003.

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Professora Doutora do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

<sup>2</sup> Doutor em Saúde Coletiva, Professor Associado do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

**Endereço para correspondência:** Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária, São Paulo, CEP 05360-160, e-mail: centrot@usp.br.

## INTRODUÇÃO

O processo de reforma psiquiátrica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) tem produzido novos desafios políticos, institucionais, teóricos, sociais e jurídicos para o campo da saúde mental. Distante de reduzir a multidimensionalidade desse processo é, ao mesmo tempo fundamental enfatizar que a efetivação da reforma requer a produção de políticas públicas locais e intersetoriais e de redes e serviços substitutivos e territoriais que visem à superação do modelo asilar, à produção de direitos e à invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura.

Nesse cenário, a produção de serviços de atenção psicossocial é uma significativa expressão da reforma psiquiátrica. Atualmente, os centros de atenção psicossocial (CAPS) são regulamentados pela Portaria GM 336/02 do Ministério da Saúde que, para o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, estabeleceu três modalidades de serviços de acordo com a complexidade e a abrangência populacional: CAPS I, II e III. A Portaria apresenta o CAPS como serviço ambulatorial de atenção diária, com atendimento segundo a lógica do território e possibilidades de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O CAPS III é definido como serviço ambulatorial de atenção contínua durante 24 horas, ininterruptas; dentre as diversas atribuições para constituir-se como serviço territorial propostas na Portaria, cabe ao CAPS III responsabilizar-se pelo acolhimento noturno (BRASIL, 2002).

Pautadas nas diretrizes da reforma psiquiátrica, diversas experiências em desenvolvimento vêm buscando dialogar com a pluralidade de necessidades que emergiram com a ruptura da tutela asilar, criando políticas públicas, novas instituições e ações. Orientados por perspectivas teóricas distintas, inseridos em diversos contextos e projetos político-institucionais, são também diversas as formas de compreensão dos CAPS e o lugar que ocupam nas redes territoriais. Experiências singulares que, enfrentando distintas realidades, constituem um rico panorama de possibilidades inovadoras.

A desinstitucionalização propõe uma diferente perspectiva ética, teórica e política para compreender a questão da loucura e as relações produzidas no contexto social. Nessa visada, a construção dos serviços de atenção psicossocial efetivamente substitutivos e territoriais não pode ser compreendida como simples modernização do circuito assistencial e implica uma profunda transformação das relações entre as pessoas e as instituições, dos modos de pensar e fazer saúde mental e

dos processos de ausência de valor social e de exclusão das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico.

Com esse conteúdo, são múltiplos os desafios na cotidianidade dos serviços substitutivos e da produção de novas formas de cuidado e de interação com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e é nesse processo que emerge a complexidade da atenção às situações de crise. Como em todos os percursos de transformação, corre-se o risco de reproduzir o modelo asilar, de atualizar o plano discursivo mantendo inalterada a realidade.

Neste artigo, apresentamos e discutimos, com base no referencial da desinstitucionalização, algumas das dimensões presentes na atenção às situações de crise na prática do Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste (NAPS) no contexto da experiência de saúde mental desenvolvida em Santos no período de 1989 a 1996, problematizando as inovações e as contradições.

O projeto ético-teórico-político santista buscou construir uma política de saúde mental que, a partir da desconstrução do manicômio e da afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais, propiciasse a produção de emancipação e de uma nova cultura na relação com a experiência da loucura. Inscrita no conjunto das políticas públicas orientadas para a produção de direitos e para o enfrentamento das desigualdades sociais, implementadas em dois mandatos de gestão democrático-popular (1989-1996), a experiência teve início com a intervenção do poder público municipal na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado conveniado com a previdência social. A estratégia foi a de superação progressiva do manicômio e sua substituição por uma rede de núcleos de atenção psicossocial, estruturas de suporte social e projetos de intervenção cultural (LEAL, 1994; NICÁCIO, 1994; CAPISTRANO FILHO, 1995; KINOSHITA, 1996; REIS, 1998).

Diferentemente de um percurso linear de execução de objetivos, tratava-se de operar com a perspectiva de “processo social complexo”: processo singular, conflitivo, contextualizado, multidimensional, em aberto, em diálogo com a realidade na qual se age, que implica os diversos participantes como protagonistas e atores da transformação (ROTELLI et al., 1990). Partindo do laboratório do “Anchieta sob intervenção” foram articulados e projetados cinco NAPS, a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência TAM-TAM, o atendimento psiquiátrico no Pronto-Socorro Central e a República “Manoel da Silva Neto”. Os NAPSs constituíam a base da rede de atenção, responsáveis pela demanda de saúde mental de um território determinado com, em média, 90.000 habitantes. Uma

estrutura complexa com uma equipe de, em média, 35 pessoas, com funcionamento 24 horas/dia, 7 dias/semana e diversos recursos que possibilitavam as condições para desenvolver um mosaico de múltiplas ações e de modalidades de atenção.

Criado em setembro de 1989, a construção do NAPS da Zona Noroeste colocou em cena os desafios de superação das formas de pensar e agir do **modelo asilar**<sup>1</sup> e, ao mesmo tempo, o confronto com os modos tradicionais de organização dos espaços públicos, em particular dos serviços de saúde, nas quais os usuários “acabam reduzidos à condição de objetos, ou de algo muito mais próximo ao estado de coisa do que de sujeito” (CAMPOS, 1997, p. 243). Nesse sentido, tratava-se de buscar, também, transformar os processos de trabalho, as modalidades de gestão, as relações usuários, familiares, equipes, gestores e projetar composições “mais abertas à produção negociada do viver em sociedade, propiciadoras da construção de sujeitos autônomos” (CAMPOS, 1992, p. 18).

É nesse processo de invenção do NAPS em seu fazer-se cotidiano como serviço aberto, territorial, 24 horas e substitutivo que situamos e problematizamos a questão da atenção às situações de crise. Nessa visada, não se trata de desvincular a atenção à crise da multidimensionalidade e complexidade da prática terapêutica territorial ou, ainda, de operar com uma entidade abstrata, um objeto específico “a crise”; também, não é equivalente às diferentes formas de pensar que repropõe a crise como eixo central da organização assistencial e do serviço.

Trata-se de evidenciar que no contexto das políticas públicas locais de saúde mental, orientadas pelas diretrizes da reforma, as redes e serviços substitutivos no território têm a responsabilidade de construir novos projetos e possibilidades que, confrontando o abandono e as diferentes formas de desassistência, prescindam da internação no hospital psiquiátrico, ou, melhor, que decodifiquem e transformem a “demanda de hospital psiquiátrico”, produzindo novas formas de cuidado e de interação com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico pautadas na liberdade, na autonomia e no acesso e exercício de direitos, propiciadoras de itinerários de invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura.

### **Desinstitucionalizar o circuito psiquiátrico, validar atores e produzir novas respostas no território**

Como primeira instituição produzida na desconstrução do “Anchieta”, o momento de criação do NAPS concentrou um conjunto de discussões sobre os modos de pensar a produção da rede no território de forma a viabilizar a superação do manicômio como paradigma institucional e sociocultural. Diferente da lógica de hierarquização de serviços pautada na psiquiatria preventiva-comunitária, principal referencial da reforma psiquiátrica e das políticas de saúde mental desenvolvidas no cenário nacional na década de 1980 e, também das diversas formulações de “serviços para a crise”, a proposição de “serviços fortes” com a diretriz de *presa in carico*<sup>2</sup> da experiência triestina possibilita uma nova forma de projetar a rede e os serviços substitutivos (GIANNICHECKA, 1984; ROTELLI, 1987).

*Presa in carico* significa fazer-se responsável pela saúde mental de uma população de um território determinado, assumir um papel ativo na sua promoção e a responsabilidade pelo cuidado global de uma pessoa, recusando as diferentes formas de abandono da demanda. Representa, também, a transformação da lógica de fragmentação das necessidades e das respostas e de seleção da demanda. A lógica seletiva de organização dos serviços, com base em sua própria competência, resulta em constantes reenvios da demanda a outras estruturas assistenciais, restrição e ausência de respostas aos problemas e sofrimentos das pessoas, desconhecimento das necessidades presentes no território e, sobretudo, desresponsabilização e abandono das situações e dos usuários considerados graves (ROTELLI et al., 1990; DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991; MEZZINA et al., 1992).

Na análise das proposições da psiquiatria reformada, Rotelli et al. (1990) assinalam que os serviços na comunidade que funcionam com alta seletividade e nível de especialização não apenas não substituem o manicômio, como reafirmam sua necessidade. A compreensão do funcionamento do sistema de saúde mental como um circuito indica que existe uma relação de complementaridade entre as estruturas na comunidade e as de internação. Nessas proposições, a estática da segregação do modelo asilar é substituída pela dinâmica de circulação da demanda nos serviços com ofertas

<sup>1</sup> Operamos com a conceituação de modelos de atenção em saúde com base nas reflexões de CAMPOS (1992, 1994).

<sup>2</sup> De difícil tradução que corresponda ao sentido construído na experiência triestina, *presa in carico* tem sido traduzido por responsabilizar-se, assumir o encargo e tomada de responsabilidade.

especializadas e fragmentadas, nas quais os locais de internação, organizados segundo a lógica do *revolving door*, representam, sobretudo, “um ‘ponto de descarga’ necessário, recorrente e temporário” (ROTELLI et al., 1990, p. 23).

Na experiência santista, consideramos que, para construir uma rede efetivamente substitutiva, era fundamental produzir os NAPS como serviços territoriais com responsabilização pela demanda. Ao mesmo tempo, era estratégico, prioritariamente, assumir a responsabilidade pelo cuidado global da demanda dos “usuários graves”. Essa nova perspectiva de responsabilização indicou a necessidade de conhecer o percurso da demanda psiquiátrica no território e de elaborar estratégias para garantir a acessibilidade. Com essa projetualidade, assumiu centralidade, desde o início do processo, desinstitucionalizar o circuito psiquiátrico, delineando a estruturação da prática do NAPS para produzir “porta aberta” e, também, respostas ágeis e consistentes à diversidade das situações de crise.

Na Zona Noroeste, a maioria das situações de urgência/emergência psiquiátrica era referenciada para o Pronto-Socorro da região situado ao lado do NAPS: vinculadas à periculosidade, eram conhecidas pela chamada de código 13 correspondente à doença mental/periculosidade. O atendimento era realizado pela equipe do PS e, freqüentemente, em conjunto com policiais: o automatismo - doença mental, periculosidade, violência, contenção e internação no Anchieta - repetia-se (NICÁCIO, 1994).

A desinstitucionalização do circuito requer, necessariamente, a transformação das possibilidades de resposta. Com esse objetivo, a equipe do NAPS propôs atender, em conjunto com as equipes do PS, todas as chamadas de código 13 e, para os usuários em atendimento no NAPS, as chamadas poderiam ser diretas para a equipe, inclusive no período noturno e nos finais de semana. Processualmente, as chamadas para o PS eram remetidas diretamente para a equipe do NAPS. O atendimento psiquiátrico no Pronto-Socorro Central da cidade ocupava o lugar de retaguarda do sistema na atenção às situações de urgência/emergência, em particular no período noturno e nos finais de semana.

Não é simples definir o conjunto de situações e problemáticas denominadas de “crise”, “emergências”, “demanda de internação psiquiátrica” nas quais o NAPS era chamado a intervir.

Dell’Acqua e Mezzina (1991) consideram que é difícil uma conceituação única de crise em psiquiatria e que a problematização do tema requer compreender que o ingresso de “pessoas em crise” no circuito psiquiátrico remete às respostas da organização sani-

tária e psiquiátrica e a um certo valor-limite construído socialmente, de acordo com os sistemas de reconhecimento e de percepção sobre normalidade/anormalidade, sofrimento, periculosidade, miséria, ruptura das relações familiares, sociais e/ou de trabalho. Com base em estudo realizado em um centro de saúde mental triestino, os autores reconhecem como situações de crise aquelas nas quais pode-se identificar pelo menos três dos seguintes parâmetros: grave sintomatologia psiquiátrica aguda; grave ruptura de relações familiares e/ou sociais; recusa das intervenções, mas aceitação do contato com a equipe; recusa de qualquer forma de contato; e situações emergenciais no contexto familiar e/ou social ou, ainda, impossibilidades pessoais de enfrentá-las.

Essas reflexões evidenciam a complexidade das situações presentes na atenção à crise, desvelando que múltiplas necessidades e relações assumem significados distintos na configuração das situações como crise, urgência/emergência psiquiátrica: os diferentes modos de expressão do sofrimento, as diversas formas de percepção e interpretação dos processos saúde-doença mental, a presença/fragilidade das redes de suporte, a efetiva possibilidade de acesso aos serviços, a presença/ausência de respostas institucionais e sociais.

Inscrita no conjunto e na continuidade da prática terapêutica, a atenção às situações de crise no NAPS e, sobretudo, nos contextos reais de vida das pessoas, constituiu um campo de aprendizagem que envolveu o conjunto dos atores: a equipe do NAPS, as equipes do PS, os policiais, os usuários, os familiares e as pessoas do território.

Na ação no território a equipe buscava, através de diversas estratégias de contato, aproximar-se das pessoas e, sobretudo, comunicar a possibilidade de um diálogo construído em relações de contratualidade e de reciprocidade, confrontando as diferentes formas de anulação e invalidação da palavra louca, do gesto louco, do afeto louco.

Situações diversas, algumas inesperadas, outras intensamente conflituosas: a atenção às situações de crise expressava a singularidade de um trabalho artesanal. Em cada uma das situações era necessário tatear formas de aproximação, escutar as modalidades de comunicação, perceber as brechas de entrada, compreender os afetos e os conflitos, lidar com as rupturas, inventar pontes de contato. Em algumas, a dificuldade para entrar em relação assinalava a necessidade de convidar uma pessoa de confiança do usuário para estar presente. Em outras, os diferentes recursos existentes no NAPS poderiam propiciar novos contextos. Outras situações requeriam agilidade, intervenções imediatas,

coordenação rápida das ações dos trabalhadores. Buscando produzir respostas singularizadas, a interação de todas as dimensões em jogo desenhava os contornos das ações: continuar a produzir a relação com o usuário na casa, conversar com os familiares em outro espaço, intervenção medicamentosa, ir para o NAPS, agenciar a presença de pessoas da rede relacional, ativar recursos, conversar com os vizinhos.

Em relação com as pessoas presentes, a equipe buscava propiciar uma leitura conjunta da situação e delinear um contrato que, desde o início, propõe a efetiva participação do usuário e das pessoas de seu contexto relacional. Leitura conjunta e participação das pessoas envolvidas não significam leituras consensuais e participações convergentes, mas tecer diálogos a partir da validação dos diferentes modos de perceber, vivenciar e interpretar a situação e da recusa de anulação de um dos pólos do conflito.

O que é fundamental enfatizar é que a aproximação, a presença e a disponibilidade da equipe para entrar em relação, reconhecendo necessidades, mediante relações, lidando com os conflitos, potencializando saberes, transformando e diversificando as respostas, geravam um novo contexto de relações e de possibilidades: a partir de uma situação codificada e invalidante “ele é louco” emergiam, processualmente, as experiências de sofrimento, as necessidades, os problemas, os desejos, os recursos das pessoas, a desigualdade das contratualidades, os conflitos entre as pessoas com a experiência de sofrimento psíquico e as pessoas de sua rede de relações, entre as diversas demandas presentes, entre as distintas avaliações da situação. Em outras palavras: “mais respostas, mais oportunidades, mais interlocutores, ampliam e complexificam as exigências, matizam ‘a’ demanda inicial, emergem ‘as demandas’” (GIANNICHECKDA, 1984, p. 237).

Com esse conteúdo, a atenção à crise nos contextos reais de vida revelou a necessidade de aprender a lidar e produzir diálogos com múltiplos atores: os usuários, as pessoas de sua rede relacional, os familiares, os vizinhos, as pessoas do território. Fora dos espaços institucionais, “estar-com” as pessoas em crise em casa, no trabalho, na rua, exigia uma implicação e, ainda uma vez, a desinstitucionalização dos trabalhadores. Isto é, a presença da equipe no território não significa, em si mesma, a transformação e complexificação das intervenções: o serviço configura-se como territorial nas práticas concretas de interação com os usuários, com os familiares, com as pessoas e as instituições. Diferente de deslocamento do *locus* de intervenção, essa ação exigia a ruptura com os muros institucionais, mas, também, com os muros que se

produzem cotidianamente nas formas de conhecer e de interagir com a demanda.

Processualmente, o NAPS se constituiu como referência no território para as situações de crise e não apenas para aquelas configuradas como emergência social, ruptura da ordem pública. É exatamente a permeabilidade da gestão das situações de crise com a disponibilidade da equipe para entrar em relação, a partir do acolhimento das demandas, da efetiva produção de novas respostas de ruptura da lógica crise/violência/manicômio e da participação dos usuários e das pessoas de sua rede de relações, buscando validar os recursos de todos os atores envolvidos e potencializar tecidos sociais solidários, que consentiam a tessitura de novas possibilidades de interação com a experiência do sofrimento psíquico, abrindo brechas na construção cultural da ausência de valor do louco e no imaginário da periculosidade.

#### **Produzir liberdade e tecer a convivência: entrar em relação, cuidar, afirmar direitos**

A projetualidade de uma instituição pautada no diálogo com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico em seu contexto relacional, na afirmação da liberdade e dos direitos e na produção de emancipação e de projetos para a vida, colocou a necessidade de pensar em novas formas de compor o trabalho da equipe, o cotidiano institucional e, sobretudo, de produzir uma prática terapêutica centrada no usuário e orientada para o “enriquecimento de sua existência global, complexa e concreta” e para propiciar sua efetiva participação nas trocas sociais (ROTELLI et al., 1990, p. 36). Diferente de repostas fragmentadas, essa perspectiva significa, também, acompanhar os diferentes momentos dos processos dos usuários e, dessa forma, a atenção às situações de crise inscreve-se na continuidade dos percursos terapêuticos.

No dia-a-dia do NAPS aprendíamos que lidar com as situações de crise exige arriscar-se a entrar em relação: processo continuamente construído, reconstruído, repensado que, a partir das necessidades dos usuários, da validação de sua singularidade e contratualidade e, criticando as distâncias produzidas pelas hierarquias e pelas diversas formas de objetivação e de cristalização das relações, requer proximidade, intensidade de relações e de afetos. Prática singularizada e, ao mesmo tempo, inscrita na hospitalidade e na convivência no NAPS que poderia se configurar como um dos recursos nesse processo.

Distinto de um procedimento, tecer a convivência atravessava as diferentes dimensões do cotidiano no

sentido de produzir redes de pertencimento e de trocas propiciadoras de reapropriação de projetos e de enriquecimento da vida das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico. Um trabalho constante de atravessar a instituição e as fronteiras dentro/fora e multiplicar escuta, disponibilidade, cuidado, validação, recursos, relações: recusar as respostas simplificadoras desvelava, muitas vezes, um novo olhar para velhas questões; reaproximar-se dos usuários que, embora todos os dias no NAPS, tornaram-se “objetos invisíveis”; problematizar os conflitos, perceber dores silenciadas, crises mudas, necessidades não ditas. Estar-com os usuários, acolher a dor, reconhecer as diferentes formas de expressão do sofrimento, das necessidades e dos desejos, decodificar as diversas demandas, problematizar os conflitos, compartilhar afetos, conhecer a história e o contexto de vida das pessoas, repensar o cotidiano, fazer um projeto junto, inventar novas possibilidades com os familiares, mediar relações, conversar sobre a vida, discutir um trabalho, ativar redes de suporte, propiciar novos lugares de exercício de direitos: estratégias simples, outras complexas, de longo percurso, que combinavam-se no cotidiano da prática terapêutica e visavam a “desinstitucionalização daquela cena, a invenção de um outro modo e a criação de oportunidades e de possibilidades” (ROTELLI, 1990, p. 91).

Com esse conteúdo, a atenção às situações de crise gerou diversas indagações na equipe e a necessidade de problematizar as formas de reprodução da tutela que anulam, isolam e negam os direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e, sobretudo, a difusa concepção da impossibilidade de produzir relações de troca e de cuidar em liberdade em particular nas situações de crise. Assim, diferente de pensar a atenção à crise com base na compreensão de tutela como restrição – de espaços, de pessoas, de possibilidades, de direitos – trata-se de empreender itinerários de ampliação de espaços, de possibilidades de expressão subjetiva e de afirmação de direitos que consintam a produção de autonomia e de responsabilidade (BASAGLIA, F.O., 1987).

A afirmação da liberdade, a validação do outro e a impossibilidade de anulação de um dos pólos da relação significou aprender a dialetizar contradições, a lidar com diferenças e compreender que a expressão dos conflitos era base do trabalho. Em outras palavras, traduzir cuidar em liberdade em práticas concretas não significa imaginar um campo sem tensões e contradições, mas desnaturalizar as diversas formas de restrição da liberdade: ação complexa, que se desenrola em terreno muitas vezes intensamente conflitivo, entre a liberdade das pessoas, os direitos de cidadão e a

responsabilidade com o seu sofrimento e com a situação, responsabilidade ética e sanitária. Certamente, não é simples operar com essas dimensões e requer a produção, com usuários e familiares, de “uma contratualidade de tipo novo” que possa garantir a defesa de direitos e, também, que a liberdade não se traduza em formas de abandono e desresponsabilização dos serviços (GIANNICHECKA, 1987).

Nessa perspectiva, não se trata de liberdade abstrata, mas de produzir as condições e as relações que possibilitem, em cada situação, dialogar, problematizar, dialetizando, liberdade, reciprocidade, responsabilidade, autonomia, e buscando propiciar e potencializar a participação dos usuários, reconhecendo efetivamente contratualidade, direitos e poder. Por exemplo, a liberdade do usuário para recusar a medicação, a liberdade para ir para casa estando em hospitalidade integral eram temáticas e discussões presentes cotidianamente no NAPS que não têm respostas *a priori*, mas exigiam operar em campo conflitivo, construir a relação com os usuários e com os familiares, singularizando e contextualizando o campo de possibilidades e de significados no qual se inscrevem.

Na prática cotidiana, buscava-se decodificar os sentidos das experiências singulares e, processualmente, construir novas formas de compreensão das situações, reinscrevendo “as crises” no contexto complexo no qual emergem. Com esse conteúdo, a complexidade das situações de crise não pode ser lida como um dado isolado e a própria compreensão é redimensionada em processo, na continuidade da relação:

a crise torna-se então um ‘evento histórico’ que à história retorna, com a qual se coliga, na qual o impacto do serviço resulta com frequência determinante, propriamente na sua condição de ‘evento histórico’, que pode criar uma expropriação e evidenciar uma ruptura ou, inversamente, operar uma tendência de busca e de resposta. A crise enquanto evento ‘no curso do tempo’ pode ser adequadamente superado se o serviço conseguir abrir ou deixar aberto ao sujeito um espaço social de manobra, construindo a limitação do contexto em torno dele, a progressão dos mecanismos de controle, o estabelecimento dos círculos viciosos de reprodução da ‘doença’ (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 76).

A disponibilidade da diversidade de modalidades de atenção e da multiplicidade de recursos do NAPS era base fundamental para a proposição de contratos diversos, construídos em relação. Desta forma, por exemplo, o distanciamento usuário-contexto pode ser matizado através das diversas formas de hospitalidade, o acompanhamento intensivo pode ser

realizado na casa do usuário ou no NAPS, as necessidades urgentes podem ser não apenas dos usuários, mas das pessoas de seu contexto relacional. Em síntese, modos diferentes de interferir nas situações que consentem a produção de um campo de negociação, de abertura de novas possibilidades de interação com os usuários, os familiares, a equipe e as pessoas da rede de relações.

Essa prática exigia, por um lado, o exercício cotidiano de ruptura com as formas de pensar e agir pautadas na doença como codificação abstrata, de confronto com as leituras reductionistas e de busca de modos diversos de interagir com complexidade da experiência das pessoas. E, por outro, requeria a produção de um serviço flexível, aberto, atravessado pelas singularidades dos usuários, enriquecido e questionado pelo contexto e que, incessantemente se indaga, se transforma, se reinventa em processo: um serviço produtor de relações e de ações geradoras de transformação das possibilidades de vida cotidiana das pessoas, capaz de “co-produzir projetos para a vida” (NICÁCIO, 2003). Essa perspectiva de trabalho assume como questão central o diálogo com a demanda e

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 estilizado 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 (DE LEONARDIS et al., 1990, p. 85).

### Hospitalidade 24 horas: direito e recurso

No conjunto da produção de uma nova relação com a demanda, assumir a responsabilidade pelo cuidado dos diferentes momentos das trajetórias das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico implica, também, dialogar com os processos que, por razões diversas, colocam a necessidade de atenção intensiva e contínua<sup>3</sup>. Trata-se, ainda, de compreender que é necessário, na prática cotidiana, dialetizar, decompor, desconstruir a demanda de internação no hospital psiquiátrico para “retraduzir em uma multiplicidade de necessidades e de direitos dos usuários e dos familiares” (GALLIO; MEZZINA, 1988, p. 210).

Na atenção às situações de crise no NAPS, o reconhecimento dessa necessidade e a recusa dos diferentes modos de desresponsabilização dos serviços que resultam em abandono ou, ainda, que significam, na prática, a total delegação às famílias e, muitas vezes, o encaminhamento para internação através de outros serviços, colocaram em cena os desafios da produção de uma atenção 24 horas radicalmente distinta da internação no hospital psiquiátrico.

Para Gallio e Mezzina (1988), a prática da hospitalidade nos centros de saúde mental triestinos foi construída como uma das respostas às necessidades de acolhimento diurno-noturno que emergiram no trabalho territorial e remete à invenção da figura do hóspede na desconstrução do hospital psiquiátrico de *San Giovanni*. A criação de um estatuto diferente daquele de pessoa internada constituiu uma das noções-chaves do processo, geradora de novas possibilidades de relações com base na afirmação de direitos e de contratualidade.

Nesse campo de reflexões, buscamos, na experiência santista, construir a possibilidade de atenção intensiva e contínua nos NAPSs, com o significado de reconhecimento do direito do usuário ao cuidado e da responsabilidade ética, sanitária e do poder público de garantir esse direito. Nesse sentido, “direito de asilo”, compreendido como possibilidade de distanciamento, proteção, suporte, continência, atenção intensiva, “que não pode ser realizado com a negação de direitos do usuário, mas também não pode ser negado em nome de uma liberdade abstrata” (CREPET et al., 1984; KINOSHITA, 1996).

Diferente de pensar a hospitalidade 24 horas como resposta pré-formada às situações de crise, ou ainda, a imediata identificação de crise à necessidade de, operar com essa perspectiva significa, em primeiro lugar, que a hospitalidade integral tem que ser produzida como direito e, dessa forma, exige uma profunda transformação da prática de isolamento e da lógica asilar nas quais os usuários não tem poder de, o direito a, liberdade para.

Em segundo lugar, essa visada implica que a hospitalidade é um recurso a ser singularizado e contextualizado, em relação com os usuários e com os familiares. Com esse conteúdo, opera-se um deslocamento fundamental: a hospitalidade não pode ser lida como finalidade em si mesma, não é equivalente ao projeto terapêutico, não se trata de um procedimento

<sup>3</sup> É importante destacar que as necessidades de atenção 24 horas não referem-se exclusivamente às situações de crise.

isolado e com tempo definido *a priori*. Inscreve-se nos itinerários terapêuticos e requer produzir continência e suporte, operar com flexibilidade e plasticidade, ativar as múltiplas possibilidades de permeabilidade entre dentro e fora (GALLIO; MEZZINA, 1988). Dessa forma, no cotidiano da singularização do cuidado, cabe indagar como a hospitalidade configura-se como um dos recursos para o processo de acolhimento do sofrimento, das relações usuário-familiar-equipe, de produção de projetos de transformação e de enriquecimento das possibilidades dos usuários e dos familiares.

Uma terceira questão remete à necessidade de revisitar os significados da hospitalidade nas relações humanas: aprender os diferentes conteúdos e implicações de hospedar o outro, lidando com o desconhecido e o imprevisto, transitando com a diversidade dos modos de viver o cotidiano no sentido de projetar lugares hospitalares, de produzir relações de hospitalidade. Certamente, essa forma de pensar a hospitalidade colocava em permanente discussão, também, os modos de organizar o NAPS, expressando-se no conjunto das situações do dia-a-dia. Em outras palavras, a construção de uma prática centrada nas pessoas confronta-se com as diferentes modalidades de homogeneização de resposta, de definição *a priori* de possibilidades/impossibilidades, de inércia institucional e gera uma tensão constante entre as necessidades das pessoas e o serviço: tensão que requer investimento coletivo de dialetização e de entrar em relação – e, exatamente por isso é central na produção das novas práticas.

A experiência do NAPS evidenciava as possibilidades de produção desses significados para a hospitalidade 24 horas e de lidar, cotidianamente, com as inquietações de como construir um lugar que “não reproduza simbolicamente a instituição que seqüestra os problemas” (EVARISTO, 1988, p. 229). Entretanto, em alguns momentos, identificava-se uma certa naturalização, uma homogeneização e um empobrecimento da hospitalidade integral, constituindo indicador importante para a reflexão coletiva sobre as diversas formas de relação que, mesmo sem os muros asilares, acabam por repropor o isolamento, a anulação de direitos e de poder, e a ruptura da pessoa com seu contexto.

Nesse sentido, a hospitalidade integral inscrita em um serviço aberto e territorial não pode configurar-se como espaço de codificação da doença, separação, delega total aos técnicos, ruptura usuário/rede relacional/contexto e, antes, implica “o caráter comunitário e territorial da co-responsabilização, da busca de consenso, da disponibilidade contínua, da não definição e da ambigüidade em relação à ‘doença’, das trocas terapêuticas, da contextualidade do dentro e do fora” (MEZZINA et al., 1992, p. 666).

Assim, devem ser ativadas as diferentes estratégias de mobilidade e flexibilidade do serviço para inscrever-se no contexto de vida do usuário, de participação e de produção de alianças com os familiares e com as pessoas da rede relacional, de reconexão e/ou potencialização dos laços sociais: ir com os usuários até a casa para buscar pertences ou para estar na própria casa, ou sair do NAPS para passear ou tomar um sorvete; convidar os familiares para uma conversa; decidir telefonar para propor a visita de um amigo... Cenas presentes na cotidianidade da hospitalidade 24 horas no NAPS que não podem ser compreendidas como simples eventualidades, ações complementares e sim revelavam e reafirmavam a necessidade de operar a hospitalidade no campo processual de possibilidades de escolha, de relações de troca, de contratualidade, de exercício de direitos.

Ao mesmo tempo, assumir a responsabilidade da atenção intensiva e contínua e lidar com as contradições da prática da hospitalidade 24 horas possibilitava decodificar as necessidades presentes na “demanda de hospital psiquiátrico”, aproximar-se de necessidades antes encobertas na “demanda de internação”, recontextualizando-as nos cenários de vida. As situações de crise não naturalizadas e descontextualizadas na “evolução do quadro”, na “gravidade do caso”, no “caso para internação no hospital”, na “família difícil”, colocavam em cena novas questões que, muitas vezes, indicavam leituras diversas das situações e novos desenhos para os projetos terapêuticos. Em síntese, a transformação das respostas abre novas perspectivas para reconhecer e interagir com o problema:

propondo níveis diversificados de resposta pode-se operar um descentramento ampliado da ação terapêutica, colocando em movimento recursos que a hospitalização não permitiria. Decodificando a crise através da mediação das diversas necessidades das pessoas em campo, é talvez menos improvável agir a potencialidade de saúde que a crise contraditoriamente contém (GALLIO; MEZZINA, 1988, p. 216).

A experiência da hospitalidade 24 horas constituiu um processo de aprendizagem para o conjunto dos atores envolvidos, afirmando a viabilidade de “viver sem manicômio” e a construção de novas possibilidades para as situações de crise. E, exatamente essa aprendizagem, com a efetivação do serviço como referência no/do território e a desvinculação da atenção intensiva e contínua à violação de direitos e à anulação da pessoa, que possibilitou que usuários, familiares e trabalhadores pudessem lidar com as situações de crise operando com a hospitalidade integral de forma



bastante plástica e, muitas vezes, vivenciar esses momentos sem recorrer a esse recurso.

Por outro lado, a prática cotidiana de atenção às situações de crise e da hospitalidade 24 horas evidenciou, também, a contradição do mandato social e a complexidade de lidar com a delegação de controle, de custódia e de exclusão (BASAGLIA, 1985). Basaglia F. e Basaglia F.O. (1982) produziram uma densa reflexão sobre o papel dos técnicos e de seu mandato social, problematizando a produção da hegemonia e o lugar que ocupam na divisão do trabalho em uma sociedade dividida em classes. Considerando os técnicos como intelectuais, no sentido gramsciano de “funcionários do consenso”, ou “técnicos do saber prático”, na formulação de Sartre, discutiram seu papel na construção do consenso, na legitimação das ideologias e as possibilidades de manutenção ou transformação das instituições.

Sem a possibilidade de aprofundar a construção e o conjunto dessa reflexão<sup>4</sup> nos limites desse artigo, uma das questões centrais da desinstitucionalização, é, entretanto, fundamental enfatizar que na experiência goriziana, o processo de transformação do manicômio, ao criar as condições para encontrar, dialogar e buscar respostas às necessidades e ao sofrimento das pessoas internadas, colocou em crise o mandato social de exclusão e controle social, evidenciando, na prática, a delegação de poder implícita nos saberes. Era necessário recusar a legitimação técnica das “instituições da violência”, recusa que comporta o uso dialético do papel e do mandato social, revelando o significado do manicômio para a sociedade e criticando teórica e praticamente o discurso ideológico da ciência e a organização social que o sustenta (BASAGLIA, 1985; BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F.O., 1982).

Podemos dizer que na produção de práticas inovadoras é fundamental problematizar a questão do mandato social, aprofundando a compreensão das implicações sociais de sua produção, dos significados dos saberes e das práticas psiquiátricas no contexto atual, e construindo a discussão sobre o papel dos técnicos nos serviços substitutivos e territoriais.

Nessa perspectiva, assume centralidade a crítica prática em conjunto com os usuários, validando seus recursos, direitos, saberes e projetos, ampliando sua percepção e de todos atores sobre as possibilidades de transformação e, em particular, o questionamento sobre o cotidiano institucional, buscando identificar e superar as armadilhas de configurar o serviço 24 horas

como “contentor da globalidade de respostas, de assunção acrítica da delegação, de separação dos problemas e de novas descontextualizações” (GALLIO; MEZZINA, 1988, p. 216).

Rotelli (1987) considera que a defesa social dos usuários pode tornar-se uma forma potente de enfrentar o problema do controle social, buscando transformar o existente, produzindo uma outra relação com os usuários, com as pessoas e as instituições do território, mobilizando, com o poder social dos técnicos, o conjunto de recursos, possibilidades e projetos para a reprodução social das pessoas, para a “invenção da saúde”.

### **Arriscar a invenção de práticas inovadoras**

O cotidiano de uma instituição em constante movimento não é simples de ser traduzido. Difícil, também, sintetizar o conjunto dos percursos que possibilitou que, processualmente, a equipe assumisse integralmente a responsabilização pela atenção às situações de crise, inscrita na continuidade terapêutica, no contexto da produção do NAPS como serviço aberto, 24 horas, substitutivo, territorial. A discussão coletiva das situações de crise, as diferentes leituras sobre os significados e os modos de intervenção presentes na equipe por vezes conjugavam-se e, por outras, eram temas de debates intensos. Na prática cotidiana de construir e sustentar a atenção à crise, foi fundamental a possibilidade de trabalho em conjunto, buscando produzir a equipe como coletivo, aprendendo a aprender que “à condição de crise corresponde uma complexa situação existencial e complexos devem ser os instrumentos e os recursos para enfrentá-la” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 55)

No cenário atual da reforma psiquiátrica é fundamental projetar novas composições e conexões entre os diferentes programas, ações e serviços das redes substitutivas que, com base nas necessidades dos contextos socioculturais, na articulação dos atores envolvidos e na valorização da diversidade dos recursos de cada território, possam produzir respostas às situações de crise que possibilitem a superação da demanda de internação no hospital psiquiátrico. Se, por um lado, as situações de crise se expressam de formas diferentes e em diversos contextos e é necessário que o conjunto da rede produza modos de interação e de cuidado das pessoas com a experiência do sofrimento, por outro, os centros de atenção psicossocial e, em particular os

<sup>4</sup> Sobre essa reflexão, ver, em particular: BASAGLIA, 1981, 1985; BASAGLIA; BASAGLIA, 1975.

CAPS III podem ocupar um lugar estratégico nesse percurso.

A implementação de políticas públicas locais abre um conjunto de novas questões e delinear práticas inovadoras de atenção às situações de crise implica confrontar-se com a complexidade da vida das pessoas

com a experiência do sofrimento psíquico. Desafio complexo que, em suas diversas dimensões, exige a superação do pensamento linear “que pretende simplificar o sofrimento e pretende dar respostas simples a demandas cuja formulação simples foi artificialmente induzida” (SARACENO, 1998, p. 3).

---

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. The complexity of crisis care - contributions of deinstitutionalization to the creation of innovative practices in mental health. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.15, n.2, p. 71-81, maio/ago., 2004.

**ABSTRACT:** The implementation of local public policies in mental health in the context of the Sistema Único de Saúde, oriented by the psychiatric reform guidelines and based on the intersectoriality, has posed new challenges in mental health, such as the development of community-based networks and services aiming at replacing the asylum model, establishing rights and creating a new social environment to madness. The study has introduced and discussed that the critical knowledge built on practices of reality changes from Gorizia and Trieste's experiences expressing and proposing a different ethical, theoretical, and political viewpoint to understanding madness and its relationships in the social context. It allows therefore for a new way of thinking the creation of community-based services. Based on this referential and discussions on proposals of changing the way of thinking and acting in collective health, it was sought to build on and reflect on major subjects for the creation of the Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste given the mental health experience gained in the municipality of Santos for the period between 1989 and 1996, as an open, 24-hour, community-based service, and questioning the process' breakthroughs and contradictions. The present article introduces and discusses one of these subjects, i.e., crisis care, focusing on: psychiatric deinstitutionalization; activation of the actors involved and generation of new responses; the living together and the production of freedom in the daily care; and the hospitality 24-hour both as a resource and a right.

**KEY WORDS:** Deinstitutionalization. Mental health. Community mental health services. Mental health services/trends. Occupational therapy/trends.

---

## REFERÊNCIAS

BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada**. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326p.

BASAGLIA, F. Presentazione a Che cos'è la psichiatria? In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968)**. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981, p. 384-393.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Crimini di pace**. Ricerche sull'intelletuali e sui tecnici come addetti all'opressione. 2. ed. Torino: Einaudi, 1975. 478p.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. Crimini di pace. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Franco Basaglia. Scritti II (1968-1980)**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982, p. 235-338.

BASAGLIA, F. O. Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni. In: GIANNICHEDDA, M. G.; BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Psichiatria, tossicodipendenze, perizia**. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio. Milano: Franco Angelli, 1987. p. 38-52.

BRASIL. Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 fev. 2002.

CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, 37: 16-19, 1992.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes

de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAPISTRANO FILHO, D. A casa dos horrores. In: CAPISTRANO FILHO, D. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 99-120.

CREPET, P.; DE PLATO, G.; GIANNICHEDDA, M. G. Il dipartimento di salute mentale: linee di attuazione della riforma. In: CREPET, P.; DE PLATO, G.; DE SALVIA, D.; GIANNICHEDDA, M. G. (A cura di). **Fra regole e utopie**. Milano: Feltrinelli, 1984. p. 109-123.

DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. Prevenir a prevenção. In: NICACIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 65-87.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Ed. Autor, 1991. p. 53-79.

EVARISTO, P. Urgenza e ricovero ospedaliero. In: RIGHETTI, A. (A cura di). **La questione psichiatrica**. Pordenone: Centro Studi per la Ricerca nel Campo della Salute Mentale, 1988. p. 225-232.

GALLIO, G.; MEZZINA, R. Il funzionamento del servizio psichiatrico territoriale sulle 24 ore. In: RIGHETTI, A. (A cura di). **La questione psichiatrica**. Pordenone: Centro Studi per la Ricerca, nel Campo della Salute Mentale, 1988. p. 209-221.

GIANNICHEDDA, M. G. Sul servizio psichiatrico forte. In: CREPET, P.; DE PLATO, G.; DE SALVIA, D.; GIANNICHEDDA, M. G. (A cura di). **Fra regole e utopie**. Milano: Feltrinelli, 1984. p. 231-238.

GIANNICHEDDA, M. G. Forme di tutela, diritti, modelli di servizio. In: GIANNICHEDDA, M. G.; BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Psichiatria, tossicodipendenze, perizia**. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio. Milano: Franco Angeli, 1987. p. 17-37.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. P. (Org.). **Contra a maré, à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996. p. 39-49.

LEAL, M. E. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos**. 1994. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

MEZZINA, R.; CASAGRANDE, D.; DELL'ACQUA, G.; NORCIO, B.; PULLIA, G.; REALI, M.; RICCI, S. Critiche e logiche di intervento nella pratica terapeutica territoriale. In: DEBERNARDI, A.; MEZZINA, R.; NORCIO, B. (A cura di). **Salute mentale. Pragmatica e complessità**. Trieste: Centri Studi e Ricerche per la Salute Mentale, 1992. p. 651-681.

NICÁCIO, F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. 1994. 155f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

NICÁCIO, F. **Utopia da realidade**. Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. 224f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

REIS, S. L. C. **Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental, município de Santos no período de 1989 a 1996**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

ROTELLI, F. Le istituzioni della deistituzionalizzazione. In: GIANNICHEDDA, M. G.; BASAGLIA, F. O. (A cura di). **Psichiatria, tossicodipendenze, perizia**. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio. Milano: Franco Angeli, 1987. p. 55-68.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SARACENO, B. **La cittadinanza come forma di tolleranza**. 1998. 13 p.

Recebido para publicação: 05/05/04

Aceito para publicação: 02/07/04