

Libertando Identidades - Da reabilitação psicossocial à cidadania possível
Copyright © Benedetto Saraceno
Direitos desta edição: Instituto Franco Basaglia

Produção Editorial, Preparação de Originais e Revisão
Te Corá Editora

Coordenação Editorial
Pedro Gabriel Delgado

Tradução
Lúcia Helena Zanetta – *Psicóloga/SP*
Marta do Carmo Rodrigues Zanetta – *Psicóloga/SP*
Willians Valentini – *Psiquiatra/Campinas - SP*

Revisão Técnica
Dra. Ana Maria Fernandes Pitta
Prof. Depto. Medicina Preventiva e Social da FCM USP – SP
Willians Valentini – *Instituto Cândido Ferreira, Campinas*

Capa
Gustavo Meyer
Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica
Tathiana Viana

S 243 SARACENO, Benedetto. Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, Marta do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte / Rio de Janeiro, 2ª edição, 2001, 178 p.

1. Psiquiatria social
2. Reabilitação em psiquiatria
3. Saúde mental, tendências.

ISBN 85.86436-08-9
CDD 616.89
303.4
361

Te Corá Editora (com IFB Livros)
Instituto Franco Basaglia
Avenida Venceslau Brás 65 / 3º andar Instituto Philippe Pinel
Botafogo Rio de Janeiro - RJ - 22290-140 Tel.: 0 xx 21 542-3049 r. 2109
endereço eletrônico: ifb@montreal.com.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO - ANA PITTA, 7

PREFÁCIO: LIBERTANDO IDENTIDADES, 13

1. AS RAZÕES DE UM INTERESSE, 19

2. DEFINIÇÕES E MODELOS, 31

3. O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, 61

4. AS VARIÁVEIS REAIS: SUJEITOS, CONTEXTOS, SERVIÇOS,
RECURSOS, 77

5. A REABILITAÇÃO COMO CIDADANIA, 111

6. PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL, 143

TEM SENTIDO UM MANUAL DE REABILITAÇÃO?, 161
BIBLIOGRAFIA, 163

as doenças mentais e seus discursos continuam imodificados no tempo e no espaço até o momento em que variáveis estranhas à clínica e à terapêutica irrompem sobre a cena e modificam, para melhor ou para pior, as histórias naturais das doenças).

A ruptura do entretenimento não é, portanto, uma simples renúncia passiva à prática da psiquiatria mas, ao contrário, é uma pesquisa teórica e prática dos caminhos cotidianos para se operar micro-rupturas da miríade de micro-entretimentos, descobrindo a miríade de fontes de recursos e modos de operar que confluem para a reconstrução da cidadania plena do paciente psiquiátrico.

A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível.

Parece-me que a "natural" estranheza da prática reabilitativa às lógicas da terapia biopsicomédica nos desafia para partirmos da Reabilitação em direção aos modos práticos de "ruptura do entretenimento".

Este livro expressa o estado atual de reflexões presentes em diversos trabalhos anteriores. Ele foi feito também graças ao que recebi de algumas pessoas e com as quais o partilhei: Gianni Tognoni, Emanuela Terzian, Elena Sternai, Fabrizio Asioli e Stelios Stylianidis.

A Doutora Cristina Venzo, socióloga, é a primeira autora do Capítulo 2 e colaborou em uma parte do Capítulo 5.

Publicá-lo no Brasil é um ato de desejo e solidariedade e uma viva demonstração de que temos muito o que fazer.

1 AS RAZÕES DE UM INTERESSE

Há mais de dez anos a noção de Reabilitação passou a fazer parte do "discurso" psiquiátrico, a receber uma atenção relevante por parte dos profissionais da saúde mental, a ser reconhecida como uma subdisciplina da Psiquiatria. Surgiram propostas de teorias da Reabilitação e com isso se multiplicaram as ocasiões de estudo e de trocas características da comunidade médica (congressos, seminários, cursos de formação). Nasceram revistas especializadas, publicaram-se livros *ad hoc*, surgiram organizações científicas cuja razão primeira de existir é o interesse pela reabilitação dos pacientes psiquiátricos.

A história destes últimos cinquenta anos de Psiquiatria mostra que periodicamente "aparece" no debate disciplinar, assim como na cultura dos operadores, uma subdisciplina ou uma tecnologia ou simplesmente uma palavra que acende o interesse, agrega os operadores, determina o nascimento de escolas ou simplesmente de grupos de estudiosos.

Na falta de inovações substanciais no que se refere às teorias da psicopatologia ou aos conhecimentos etiológicos das doenças mentais, é natural que a comunidade psiquiátrica se apaixone periodicamente por qualquer novo fragmento de teoria ou de prática e o "capture" na própria "ordem" conceitual, que é em si mesma algo fragmentário e constituído de conhecimentos "paralelos" mais do que integrados: o freqüente recurso que tudo explica da bem conhecida noção "bio-psico-social"

testemunha esse paralelismo, uma vez que aquilo que não se explica com o "bio" se explica com o "psico" e/ou com o "social". Isso nada mais é do que uma espécie de ilusão, segundo a qual o apelo à complexidade abranda o desconforto do não saber e da impotência terapêutica.

Realmente, à riqueza dos modelos e das subdisciplinas não corresponde uma igual riqueza das respostas que são dadas às demandas dos pacientes. Aquilo a que se assiste é uma curiosa fratura entre articulações teóricas, sofisticadas diagnósticas, abundância de modelos e tecnologias, por um lado e, por outro, a modéstia e a repetição das práticas terapêuticas assistenciais reais e a substancial parada no tempo dos sucessos terapêuticos.

A condição real da média dos pacientes psiquiátricos, internados ou não, em qualquer lugar do planeta é dramaticamente igual: violência e miséria nas instituições psiquiátricas totais, abandono e resposta farmacológica pesada para os pacientes assim chamados ambulatoriais, êxitos dos tratamentos a longo prazo distribuídos entre melhores, piores e estabilidade, segundo uma razão onde o papel das tecnologias específicas empregadas ou ainda mais das pertinências eclesiais dos psiquiatras parece ser muito modesto.

Diante de tanta impotência substancial, onde não se queira ou não se saiba colocar em questão de forma decisiva a própria existência da psiquiatria como disciplina médica, é "natural" entusiasmar-se e apropriar-se, de maneira consolatória e auto-referencial, de "novidades".

A propósito disso, o caso da psicofarmacologia é exemplar: na modéstia das inovações relevantes no campo dos tratamentos farmacológicos floresce, ao invés, um entusiasmo "provar novas moléculas" que na maior parte das vezes nada mais são do que cópias das velhas moléculas. E tem sido assim também para tantas "descobertas": a psicoterapia institucional, a ergoterapia, a ludoterapia, as aplicações das psicoterapias de orientação psicanalítica aos doentes esquizofrênicos, etc.

A psiquiatria se perpetua e se auto-reproduz, intuindo a sua própria insuficiência terapêutica e enriquecendo-se com

fragmentos de saber e de operatividade de heterogêneas proveniências disciplinares.

Há que se perguntar se esse "furto" contínuo testemunha a construção de uma disciplina complexa ou mais simplesmente de uma disciplina inexistente.

Mesmo porque não parece que todo esse enriquecimento tenha enriquecido os pacientes da psiquiatria: se, de fato, a distribuição das doenças mentais é onipresente (como em parte foi demonstrado pelo histórico estudo feito pela Organização Mundial da Saúde, o Estudo Piloto da Esquizofrenia), é também ubiqüitária a condição de miséria e abandono da maior parte dos doentes psiquiátricos.

O peso relativo das tecnologias terapêuticas específicas parece influir modestamente sobre o decurso das doenças, enquanto isso parece, freqüentemente, correlacionado a variáveis ligadas ao contexto do paciente (micro e macro-contextos), onde se incluem também as estratégias assistenciais dos serviços antepostos.

Devemos, racionalmente, esperar por diferenças significativas entre países com alta tecnologia sanitária e países com baixa tecnologia sanitária: se a incidência da esquizofrenia, por exemplo, fosse estreitamente correlacionada a um trauma ligado ao parto ou ao período neonatal, poderia ser razoável esperarmos uma prevalência maior de tais traumas nos países mais pobres, onde as parturientes e os recém-nascidos são menos assistidos. Se o tratamento farmacológico fosse o maior determinante da evolução das psicoses, deveríamos esperar que, onde mais sofisticados fossem os tratamentos farmacológicos, menores seriam as prevalências das doenças mentais. Mas não é isso o que acontece.

Parece que maior sofisticação dos implementos sanitários ou sistemas mais sofisticados de tratamento não modificam *por si só* a evolução das doenças mentais ainda que, indubitavelmente, possam influenciar-lhes os decursos.

A luz dessa constatação podemos olhar para o crescente interesse pela Reabilitação.

É interessante, de fato, perguntar-se o porquê de uma nova subdisciplina, a Reabilitação, também à luz da constatação da escassa influência dos modelos psicopatológicos e das estratégias terapêuticas singulares sobre a evolução das doenças mentais.

As razões do interesse pela Reabilitação merecem, de fato, ser pesquisadas não tanto nas mudanças ocorridas na teoria das doenças mentais ou na riqueza das técnicas do tratamento mas nas mudanças que têm a ver com as dinâmicas sociais, culturais, econômicas que influenciaram a condição dos doentes mentais em medida certamente maior do que tenham conseguido fazer as "descobertas" da psiquiatria.

Tais dinâmicas foram indubitavelmente influenciadas ainda por movimentos "internos" à psiquiatria, não internos, porém, ao "discurso da psiquiatria", mesmo tendo-se colocado em questão o próprio discurso.

Esquemáticamente, podemos afirmar que as razões diretas ou indiretas que estão na base de um interesse tão vivo por parte da comunidade psiquiátrica internacional são três:

internos pela mobilização - o político
1. A partir dos anos 60, em todo o mundo, diminui a adm. dos doentes

população de pacientes internados nos Hospitais Psiquiátricos. Os motivos de tal fenômeno são complexos e não atribuíveis a uma só causa.

É evidente, por exemplo, que a substancial redução dos internados italianos (que começou no início dos anos 70) dependeu em grande parte dos efeitos do movimento de crítica à instituição psiquiátrica iniciado em Gorizia, nos anos 60, por Franco Basaglia e que se difundiu nos anos 70 em numerosas realidades italianas (Trieste, Parma, Arezzo, Ferrara, Perugia), amparado pela lei de reforma de 1978. Não é aqui o lugar para analisar as diversas formas que tal movimento vem assumindo na Itália e as interpretações que dele têm feito as autoridades sanitárias locais (as Regiões), que desenvolvem políticas muito diferentes entre si. Certamente a diminuição da população manicomial na Itália é caracterizada por motivos especificamente correlacionados ao movimento de reforma.

A diminuição de 80% da população manicomial nos E.U.A. de 1955 a 1985 (Bachrach, 1986) tem, por outro lado, raízes muito diferentes: em mínima parte, ela é explicável como consequência dos movimentos pelos direitos civis que caracterizaram a cena americana daqueles anos (e daí também a defesa dos direitos civis dos internados nos manicômios); em grande parte, contudo, o fenômeno da diminuição da população manicomial norte-americana é imputável a políticas sanitárias que tinham como objetivo reduzir a despesa com os hospitais psiquiátricos (Warner, 1986).

→ pressão de Shoyko

A diminuição de internados na Inglaterra é um fenômeno mais recente no qual se cruzam motivos de natureza econômica (a racionalização dos gastos que considera mais conveniente a alocação dos recursos para a psiquiatria voltados a estruturas terapêuticas extra-hospitalares e motivos de natureza técnica (a confirmação de que o Hospital Psiquiátrico é um lugar com baixo potencial terapêutico).

O que é certo é que, "nos últimos 20 anos, se observaram no contexto internacional mudanças dramáticas no campo da assistência psiquiátrica pública. Em particular se produziu, na maior parte dos países europeus e na América do Norte, uma tendência decisiva em direção à desinstitucionalização, que comportou um redimensionamento maciço dos contingentes manicomiais" (De Girolamo, 1989).

→ bibliografia

Na realidade, não se tratou de desinstitucionalização (assumindo que o processo de desinstitucionalização consiste em uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições da psiquiatria, hospitalares ou não, e dos automatismos invalidantes que caracterizam o círculo vicioso doença/resposta invalidante à doença), e sim, mais frequentemente, de desospitalização, a qual transferiu multidões de pacientes do abandono manicomial ao abandono extra-manicomial.

O que é certo é que uma grande massa de pacientes psiquiátricos abandonada, mas não mais contida e vigiada, faz surgir problemas gigantescos às famílias de origem, às autoridades sanitárias, à coletividade.

A interrupção do controle duro e visível do manicômio e de sua oferta de soluções simplificadas às necessidades habitacionais e de existência quotidiana determina a necessidade de respostas que possam se organizar, seja em torno da simples lógica do abandono (que é uma resposta entre as outras) ou em torno da lógica da contenção extramural ou, enfim, à lógica da reconstrução da cidadania plena.

Portanto, a primeira razão do interesse pela Reabilitação (compreendendo-se provisoriamente com este termo um todo heterogêneo, confuso, e com implicações frequentemente contraditórias das intervenções em seu interior) nasce de uma exigência precisa de responder à demanda de "entretimento extramanicomial" e, em alguns casos, de melhora da qualidade da assistência de grandes massas de pacientes: para oferecer às famílias um tempo diário de alívio na gestão do paciente, para controlar o paciente que vive só, para lhe oferecer uma alternativa à solidão diária, para tentar uma inserção dele no mundo produtivo, para apoiá-lo na vida habitacional, no interior de qualquer residência mais ou menos protegida, para auxiliar as intervenções psicoterápicas ou farmacológicas.

Como se pode evidenciar, a resposta que nasce da necessidade de substituir a resposta manicomial pode ser tanto uma simples reprodução de uma lógica de controle e contenção como representar uma melhora real da qualidade do que se oferece ao paciente.

É dessa heterogeneidade e ambigüidade da noção de Reabilitação que convém partirmos para compreender o sucesso desta, no interior da comunidade psiquiátrica.

2. Se o afrontar-se com a demanda do paciente não hospitalizado (ou porque já desospitalizado ou porque não ainda hospitalizado) constitui o fundamento das novas práticas (e mais tarde, conseqüentemente, das teorizações) reabilitativas, também o afrontar-se com a demanda do paciente ainda hospitalizado constitui uma outra parte da nova necessidade de reabilitação.

As razões de uma "necessidade de reabilitação", também

dentro da instituição manicomial, são ligadas a diversos fatores que reconduzem à mais difundida afirmação dos direitos dos pacientes psiquiátricos institucionalizados.

Esta é a segunda razão do interesse pela reabilitação.

O maior conhecimento dos direitos dos internados diz respeito a todos os atores: os técnicos, os administradores, os políticos, os familiares e os próprios pacientes.

Sobretudo nos países industrializados ocidentais se observou, nas duas últimas décadas, um crescimento da afirmação dos direitos dos doentes.

Também nesse caso se cruzam motivações as mais diversas. Em parte, o sentimento geral na população que exige maior respeito para os direitos daquelas frações de população reconhecidas como frágeis enquanto doentes, que cresceu paralelamente à identificação de "outras" frações de população reconhecidas como frágeis por "outras" motivos em direção às quais se exercem violações maciças dos direitos; as sociedades multi-étnicas vêm mostrando com evidência o quanto ao crescimento do respeito dos direitos dos próprios membros "de direito" correspondem violações dos direitos dos membros "não-portadores de direitos". Exemplo disso são as minorias étnicas.

Há um deslocamento (um descentramento) da violação dos direitos que acompanha o desenvolvimento dos conhecimentos democráticos da comunidade, segundo o qual é mais fácil ser reconhecido nos próprios direitos, se etnicamente e racialmente se encontram integrados à comunidade dominante: ou seja, um paciente psiquiátrico alemão terá mais direito na Alemanha do que um cidadão outro qualquer, principalmente os de nacionalidade turca.

Certamente, ao lado deste deslocamento das violações dos direitos (aos quais corresponde o aumento dos direitos de certas subpopulações), existem também outras motivações.

A complexidade das sociedades industriais torna mais sutil os limites entre razão e desrazão e o "senso comum da normalidade" se modifica, passando a acolher no universo do tolerá-

vel faixas de populações antes excluídas. Nesse processo de crescimento dos direitos tornam-se mais "visíveis" também as instituições totais (cárceres e manicômios) e mais tutelados os seus "clientes".

(É evidente por outro lado que o aumento da tolerância (ou a diminuição do estigma) depende também das lutas que são conduzidas para se aumentarem os direitos e dinamizar os fenômenos de inclusão/exclusão.)

Podemos dizer que os pacientes psiquiátricos têm direta e indiretamente se beneficiado do substancial crescimento dos direitos reais dos quais todas as minorias de doentes se beneficiaram nestes últimos vinte anos.

O maciço fenômeno da desospitalização e o crescimento dos direitos dos doentes mentais constituem, portanto, dois fatores determinantes da instauração de uma necessidade de reabilitação (ou seja, de resposta tanto às necessidades quanto aos direitos antes ocultados pela internação).

Trata-se de dois fatores em parte externos à evolução do pensamento psiquiátrico, mesmo que conexos a dinâmicas culturais, sociais e sócio-econômicas.

É inegável que uma parte da comunidade psiquiátrica contribuiu para a determinação desses fenômenos (basta pensar nos movimentos de crítica à instituição psiquiátrica). Tal contribuição, porém, é geograficamente muito limitada, enquanto apenas em alguns países (a Itália, a Espanha, alguns países do norte da Europa, o Brasil) a diminuição da população manicomial e o crescimento dos direitos dos pacientes foram uma consequência direta dos movimentos inovadores da psiquiatria.

3. Ao lado desses fenômenos determinantes da afirmação da cultura reabilitativa, há um outro que, por sua vez, está estreitamente correlacionado à evolução dos conhecimentos psiquiátricos.

Trata-se do corpo de estudos epidemiológicos que, iniciados há vinte anos, colocaram em dúvida a certeza, então existente, de que a evolução da esquizofrenia e mais

abrangeiramente das psicoses não-orgânicas fosse "naturalmente" desfavorável, levando, portanto, à cronicidade e à internação.

Há hoje uma importante quantidade de dados que mostram como uma significativa fração de esquizofrênicos melhora ou cura-se com o tempo.

Os estudos de *follow-up* mostram, com um alto grau de acordo, que o desenvolvimento e o prognóstico da esquizofrenia são decididamente menos desfavoráveis do que se pensava. Se somarmos todos os pacientes observados pelos diversos estudos de *follow-up*, se consegue analisar uma amostra de mais de 1400 pacientes que foram observados por um tempo superior a vinte anos (Bleuler, 1972; Ciompi & Muller, 1976; Tsuang e col. 1979; Huber e col, 1980; Harding e col., 1987).

Por outro lado, estudos realizados nos anos 70 (Murphy & Raman, 1971; Waxler, 1977; Waxler, 1979) mostraram que os melhores prognósticos da esquizofrenia estão nos países não industrializados.

Os estudos da Organização Mundial da Saúde - o Estudo Piloto Internacional de Esquizofrenia e o Estudo de Colaboração sobre os Determinantes de Resultados de Doenças Mentais Severas (WHO, 1973; WHO, 1979; Jablensky e col., 1992; Leff e col., 1992) apresentam uma outra importante contribuição aos conhecimentos sobre o prognóstico e o resultado da esquizofrenia. Tais estudos mostram que a ubiqüidade da esquizofrenia não correspondem evoluções semelhantes, mas que os contextos sociais diversos determinam resultados sociais (e clínicos) diversos. O *Outcome Study* procura verificar a consistência dos resultados do *International Pilot Study*, mediante o estudo de uma amostra de primeiros casos de psicoses não afetivas provenientes de dez áreas do mundo. O estudo recrutou durante dois anos todos os indivíduos que respondiam a quatro critérios de inclusão:

- idade entre 15 e 54 anos;
- residência de, no mínimo, 6 meses na área considerada;
- sintomas psicóticos não atribuíveis a um distúrbio afetivo ou a um dano cerebral evidente;
- primeiro contato recente com estruturas sanitárias (psi-

quiátricas ou não), assistenciais, religiosas ou de tratamento tradicional.

A utilização de um critério amplo de definição de caso permitiu o estudo de decurso de um vasto espectro de distúrbios psicóticos, sem restringir o campo de investigação a uma das diversas definições de esquizofrenia. A utilização de uma coorte de casos incidentes (ou seja, no início do contato com a estrutura sanitária e, portanto, relativamente próximos ao surgimento da doença) tornou possível estimar a incidência e o estudo da evolução da doença em amostra que incluisse também formas atípicas e menos graves da doença. Tais formas, de fato, são pouco representadas em amostras transversais (representativas da prevalência padrão), que incluem seletivamente os casos mais graves que permanecem em contato com os serviços sanitários.

A coorte estudada no *Outcome Study* é a melhor aproximação possível de uma amostra que satisfaça os critérios para um estudo da história da doença, analisada em estágio no qual a apresentação clínica e o papel social dos sujeitos não foi ainda modificado nem pelo tratamento nem pelos papéis impostos aos pacientes esquizofrênicos etiquetados como tais (pela família e pelo grupo social). Entre os numerosos resultados do estudo, vale a pena mencionar alguns que parecem corroborar nossa tese:

- tanto nos países desenvolvidos como naqueles em vias de desenvolvimento, os sintomas de início são semelhantes, com uma prevalência de sintomas negativos do tipo comportamental (abandono das atividades habituais, retraimento social) em relação a manifestações francas de tipo alucinatório e delirante;

- as taxas de incidência anual nas diversas áreas para os dois sexos e para as idades compreendidas entre os 15 e os 54 anos se encontram no intervalo entre 1.5 e 4.2 por 100.000, aplicando o critério diagnóstico amplo, e entre 0.7 e 1.4 por 100.000, aplicando a definição restrita de esquizofrenia. O risco acumulativo para todas as idades foi estimado entre 0.5 e 1.72% para o diagnóstico amplo de esquizofrenia e entre 0.26 e 0.54 para a restrita. Não se observaram áreas geográficas caracterizadas por uma incidência particularmente alta dos distúrbios psicóticos. Também as curvas de incidência específicas por sexo e

faixas de idade se mostraram muito semelhantes. Um pico de incidência entre os sujeitos mais jovens foi encontrado no sexo masculino, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em via de desenvolvimento, enquanto que se observou uma tendência nas mulheres a "dissipar" o próprio risco de doença com uma taxa mais constante nas diversas faixas etárias.

- a maior parte dos sujeitos, no curso dos dois anos, evidenciou um desenvolvimento remittente do distúrbio: 50.3% apresentaram um único episódio psicótico, 31.1% apresentaram dois ou mais episódios, 15.7% evidenciaram um decurso constante sem remissão. A remissão da sintomatologia se mostrou mais comum entre os casos dos países em vias de desenvolvimento,

- um prognóstico decisivamente melhor se evidenciou para os sujeitos que vivem nos países em vias de desenvolvimento, comparados com os de países desenvolvidos. Observou-se também que os quadros clínicos que se manifestam de forma aguda apresentam uma evolução melhor do que aqueles que se iniciam de maneira insidiosa e progressiva. Todavia, a tendência a um êxito melhor nos países em vias de desenvolvimento foi também confirmada tanto para os quadros clínicos de irrupção abrupta quanto para aqueles com início progressivo. A distinção entre definição ampla de esquizofrenia e definição restrita não revelou qualquer valor prognóstico.

Em síntese, o início agudo da sintomatologia e a pertinência a um país em desenvolvimento se mostraram os fatores mais correlatos de forma independente a um bom êxito do distúrbio.

O *Outcome Study* mostra, portanto, como a evolução da esquizofrenia varia conforme variam as condições ambientais e daí que sua evolução desfavorável não é nem comprovada e nem, muito menos, ubiqüitária.

Além destas evidências que mostram o pesado "efeito contexto" sobre o decurso da psicose, outros estudos de epidemiologia clínica mostraram que as psicoses têm um decurso fortemente relacionado ao funcionamento social dos indivíduos, seja antes do episódio de doença, seja durante e que, portanto,

um dos mais relevantes preditores do êxito é o funcionamento social (Strauss e col. 1977).

O papel do contexto familiar no decurso das psicoses foi também evidenciado por numerosos estudos (Brown e col. 1972; Leff & Vaughn, 1985).

A densidade (o número de pessoas que constitui a rede de um indivíduo) e a homogeneidade (do compartilhar dos mesmos valores sociais) da rede social são também elementos que influem no decurso das psicoses (Cohen & Sokovsky, 1978; Strauss & Carpenter, 1972; Dohrenwend e col. 1986).

Essa enorme massa de informações (das quais aqui foram citadas somente as contribuições mais significativas) levam a afirmar que a cronicidade e o empobrecimento (em sentido amplo) do psicótico são resultados não necessariamente intrínsecos à doença mas a uma constelação de variáveis que podem ser modificadas e orientadas no processo de intervenção. Como se vê, na maioria das vezes, são variáveis ligadas aos contextos microsociais (família e comunidade) e pressupõem estratégias de manejo ambiental que se encontram distantes das estratégias comuns propostas pelo modelo psiquiátrico biomédico.

Essas evidências reforçaram, nestes últimos vinte anos, a hipótese de que uma intervenção sobre a psicose tem sentido, desde que conduzida sobre "todo o campo", incluindo assim sobre a complexa constelação de variáveis que constituem os fatores de risco e os de proteção.

Em outras palavras, a necessidade de reabilitação parece encontrar uma razão também nessas evidências epidemiológicas que substancialmente e implicitamente denunciam o quão estáticas e pobres são as intervenções extramuros, com características exclusivamente farmacológicas e psicoterápicas. Nesse sentido, a necessidade de reabilitação coincide com a necessidade de se encontrarem estratégias de ação que estejam em relação mais real com as variáveis que parecem mais implicadas na evolução da psicose.

2

DEFINIÇÕES E MODELOS

No primeiro Capítulo, a noção de Reabilitação não foi definida e nem foram mencionados os modelos da Reabilitação que surgiram nestes anos na comunidade psiquiátrica internacional, já que o objetivo foi mostrar, ainda que esquematicamente, a maneira pela qual eventos diversos (a diminuição da população manicomial e o correspondente aumento da população extramuros de pacientes, a sensibilidade aumentada pelos direitos dos pacientes internados e, enfim, as evidências epidemiológicas que demonstram a heterogeneidade das evoluções das psicoses e consequentemente a possibilidade de se controlarem as intervenções) teriam contribuído para definir uma área conceitual e operativa, ainda que vaga e contraditória (provisoriamente definida Reabilitação).

Neste Capítulo procuraremos observar mais de perto a literatura teórica que constitui o corpo codificado dos modelos da reabilitação psiquiátrica produzida na última década.

Não queremos e nem sabemos oferecer uma definição de Reabilitação Psicossocial, mas parece necessário que nos refiramos ao menos ao "vocabulário", em uso no interior da comunidade internacional, o que facilitará a compreensão dos modelos de Reabilitação que serão discutidos em seguida.

Segundo uma esquemática inteligente, proposta nos anos 80 pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1980), nos

Do procedimento diagnóstico à definição do *setting* psicoterápico ou ao contexto reabilitativo, tem-se quase sempre a impressão de que na realidade as coisas se dão de forma diferente. É como se, no momento da apresentação teatral, as luzes previstas nas "provas" não se acendessem, o silêncio previsto fosse na realidade um sussurro de gente que vai e vem, os atores chegassem atrasados, etc. Certamente entre um modelo e a sua aplicação real existe um determinado grau de defasagem, mas - e esta é uma questão importante também do ponto de vista teórico - em psiquiatria tal descolagem é gigantesca: grande demais para fazer pensar que entre o modelo e a sua aplicação haja pouco em comum. A fisiológica deformidade entre esperado e observado, ou seja, entre uma técnica ou um modelo assim como está escrito em um manual e a sua aplicação, há que se atribuir à influência de fatores de confusão, pessoais, de grupo, situacionais, etc. que fazem mudar sensivelmente a aplicação do protocolo ou do modelo. Existe uma diagnose sofisticada que segue linhas decisórias bem articuladas mas, na realidade, nenhum serviço psiquiátrico se utiliza delas realmente ou se utiliza tanto quanto julga necessário, dadas as condições reais do trabalho, da organização do serviço, do paciente, etc.

A maior parte dos entrevistados (e a este propósito existe uma extensa literatura comprovando) declara adotar, por exemplo, um sistema diagnóstico que é uma mistura de convicções pessoais, hábitos culturais locais e diagnósticos padronizados; isso tem como finalidade atribuir ao paciente a pertinência a uma categoria diagnóstica substancialmente "grosseira" mas útil, não entanto, para estabelecer a conduta terapêutica e, muito mais raramente, para formular previsões (prognósticos). O diagnóstico real e o diagnóstico ideal são muito diferentes, exceto quando o mesmo psiquiatra, de maneira pomposa, decide abandonar o arroz com feijão do seu trabalho real e assumir a mesa da comunidade científica à qual pertence, de maneira a fazer com que, como que por encanto, todos os seus pacientes passassem a ter um diagnóstico detalhado e formalizado.

Também para os tratamentos farmacológicos as coisas são análogas: todos, ou muitos, conhecem as condutas farmacológicas racionais mas, na realidade, pouquíssimos as seguem. As prescrições "reais" são dificilmente defensáveis do ponto de vista da racionalidade farmacológica (associações de fármacos perfeitamente idênticos mas com nomes comerciais diferentes, prescrições de fármacos patentemente inúteis, dosagens simbólicas, etc.); também neste caso fatores que confundem, gerados "no" contexto prático (convencimentos pessoais, dinâmicas interativas com o paciente ou os familiares, reassuramento para o pessoal paramédico) predominam e criam uma farmacologia real que tem muito pouco a ver com aquela do manual.

Mais ainda: os *settings* psicoterápicos reais não são de forma alguma os ideais, enquanto que as condições reais de trabalho nos serviços não permitem que se ponha em ação quaisquer condições recomendadas; e não se trata obviamente de *settings* somente "físicos", mas também dos cenários emotivos em que se realizam.

Se se questionam os seguidores de uma escola reabilitativa sobre em qual medida são seguidos os protocolos de intervenção recomendados, a resposta é quase sempre: "tivemos que 'adaptar' algumas estratégias do modelo", ou "utilizamos 'em parte' sugestões comportamentais, mas muitos de nós, com formação psicodinâmica, introduziram 'também' " etc.

Provavelmente, dos seguidores de Anthony e Farkas, somente Anthony e Farkas seguem (talvez) de maneira fiel, o método de Anthony e Farkas.

E assim, provavelmente o mesmo acontece com Falloon, Leff, Spivak etc.

O que aqui se deseja enfatizar é a diferença entre modelos e técnicas por um lado e a sua aplicação, por outro.

Aquilo que nos interessa não é invocar uma adesão maior da prática à teoria contra o uso pragmático e "ajustado" dos modelos. Pelo contrário, aquilo que tem relevância do ponto de vista teórico é a constatação de que em psiquiatria a influência

dos fatores de confusão - presentes na realidade - "consome" as técnicas e os modelos e "cria" técnicas e modelos operativos que são de fato os objetos desconhecidos e não descritos.

Isso acontece não porque os operadores dos serviços psiquiátricos sejam especialmente incompetentes ou grosseiros, a ponto de não saber usar na prática as recomendações que os modelos que decidiram seguir sugerem. O problema é muito mais complexo.

Os fatores geradores de confusão são muito mais potentes do que os modelos, são muito mais influentes e disruptivos do que qualquer técnica.

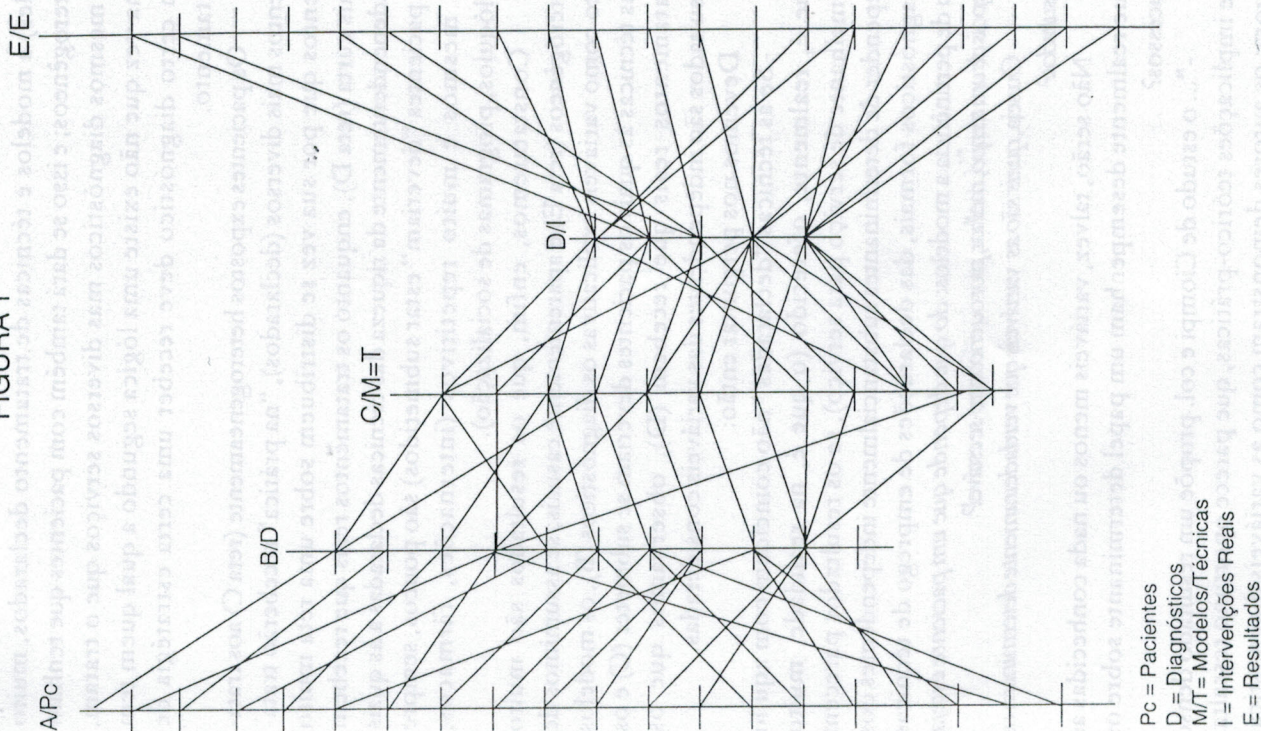
Prescreve-se demais e mal, porque "de outra forma os enfermeiros se revoltam", se fazem diagnósticos aproximados "porque um diagnóstico mais detalhado não serviria para nada", etc. Motivações nobres ou, freqüentemente menos nobres, sensatas ou irracionais, justificáveis e positivas ou injustificáveis e negativas.

Não importa. O que importa é que a "história natural da doença" não encontra modelos e técnicas, mas encontra "histórias naturais dos serviços", ou seja, constelações de condutas que são a resultante de variáveis conexas ao paciente, a sua família, ao serviço e a sua organização.

Essa realidade pode ser ilustrada com uma figura que recorda uma borboleta.

Distribuímos sobre uma reta (A) um certo número de pacientes e sobre uma reta paralela (B), os diagnósticos correspondentes (utilizando toda a gama de diagnósticos possíveis, teremos alguns pacientes com diagnósticos iguais) e sobre uma outra reta paralela (C) todos os modelos e técnicas existentes no mercado da psiquiatria e ainda, sobre uma outra reta paralela (D), todas as intervenções reais que se utilizam para os pacientes reais e, enfim, sobre uma última reta paralela (E), todos os resultados obtidos após um tempo, que podemos observar para a população de pacientes descrita pelos diagnósticos colocados sobre a primeira reta. Os pacientes (identificados pelos diagnósticos) serão expostos (segundo os serviços que tratam

FIGURA 1



deles) a modelos e técnicas de tratamento declarados, muito heterogêneos; e isso se dará também com pacientes que tenham os mesmos diagnósticos mas diversos serviços que o tratam, uma vez que não existe uma lógica segundo a qual quem tem um certo diagnóstico deve receber uma certa estratégia de tratamento.

Os pacientes expostos heterogeneamente (reta C) aos tratamentos mais diversos (declarados), "na prática" receberão tratamentos que por sua vez se distribuem sobre uma reta muito mais curta (reta D), enquanto os tratamentos reais que recebem (independentemente da riqueza das técnicas declaradas a às quais os pacientes "deveriam" estar submetidos) são poucos, sempre os mesmos e muito repetitivos (internações, fármacos, colóquios, programas de socialização).

Constatamos, enfim, que os resultados são muito heterogêneos (reta E) e aparentemente casuais; se assumimos de fato como variáveis explicativas os diagnósticos (B), os modelos e as técnicas às quais os pacientes deveriam se submeter (C) e os tratamentos reais que recebem (D), observamos que os resultados são independentes das variáveis consideradas.

Devemos nos perguntar então:

- Se as técnicas "declaradas" não coincidem com aquilo que é, realmente, oferecido (o que é, na realidade, muito semelhante de serviço para serviço), se os resultados parecem depender de determinantes substancialmente independentes dos diagnósticos formais, das declarações de emprego de técnicas ou de pertinência a modelos: *do que depende que um paciente esteja, depois de um tempo, melhor, pior ou encontre-se estável?*

Ou seja, *quais são as variáveis que verdadeiramente determinam os resultados?*

Não serão, talvez, variáveis menos ou nada conhecidas as que realmente desempenham um papel determinante sobre os sucessos?

- "... o estudo de Ciompi e col. propõe um resultado denso de implicações teórico-práticas, que parece oportuno ressaltar agora: os autores demonstram como as variáveis diagnósticas

ou psicopatológicas são secundárias para o resultado do processo reabilitativo, enquanto as variáveis sociais e situacionais têm um peso comparavelmente mais importante.

Essa conclusão é, por outro lado, sobreposta àquela a que chegou o "Estudo Piloto Internacional de Esquizofrenia" e outras pesquisas, todas testemunhando uma correlação muito fraca entre níveis de desabilitação e de sintomatologia clínica" (Ardigo & De Girolamo, 1987).

É a partir dessa ausência de especificidade da psiquiatria que devemos raciocinar para compreender como entrar em relação com as variáveis reais que mudam as vidas reais das pessoas reais.

Certamente muitas variáveis conectadas às intervenções oferecidas são relevantes para a evolução do paciente mas provavelmente não são as variáveis que se referem às modalidades técnicas de cada uma das intervenções mas muito mais aquelas que representam os amplos cenários onde se dão as intervenções e que descrevem as características não só clínicas mas sobretudo situacionais dos pacientes.

O naufrágio do qual não se recorda Campanile é exatamente o conjunto de variáveis protetoras e danosas que determinam realmente as evoluções dos pacientes.

Necessitamos pensar mais sobre as vidas reais dos pacientes e sobre as vidas reais dos serviços.

1. O PACIENTE, O DIAGNÓSTICO E O CONTEXTO

Certamente o "patrimônio" de riscos e proteções que o paciente leva consigo é o aspecto mais questionado e considerado pelos modelos psiquiátricos de reabilitação. O próprio conceito de *assessment* (ou seja, de avaliação) das desabilitações previsto em todos os modelos afirma a impossibilidade de dúvidas acerca do conhecimento do paciente. Todavia, também ao se afirmar essa inegável necessidade, é preciso interrogar-se sobre quais são as informações (ou, mais em geral, qual é o olhar necessário) para coletar necessidades, demandas e possibilidades do paciente.

Uma vez mais, o prevalecer de um olhar médico pode orientar para um saber sobre o paciente que, na realidade, informa muito pouco sobre suas necessidades, sobre seus desejos, sobre suas possibilidades. Então é só aparente o acordo pelo qual se afirma, em um consenso artificial, que, para poder fazer reabilitação, é necessário ter em consideração um conjunto de variáveis referentes ao paciente.

Quais?

Pode-se indagar sobre sua capacidade de conversar ou de orientar o olhar, ou se pode indagar sobre sua condição psicológica com a finalidade de formular um diagnóstico psiquiátrico, ou se podem recolher inumeráveis informações sobre suas habilidades sociais, ou se pode indagar sobre seu contexto familiar. E mais, todas essas indagações podem ser conduzidas através da utilização de questionários ou simplesmente estando junto com o paciente e se encontrando com a família ou ainda predispondo *settings* mais formalizados para tais encontros.

Existem, então, pelo menos três ordens de problemas:

- ✦ - quais informações nos servem;
- ✦ - se as informações devem considerar também o contexto do paciente (a sua vida cotidiana no hospital, ou na família ou na comunidade);
- ✦ - como se adquirem tais informações.

Já discutimos anteriormente a pobreza do diagnóstico como informação com real poder preditivo ou mesmo influente sobre programas de reabilitação. Certamente é importante saber se um paciente é ou não psicótico; há, porém, que se duvidar que também tenha relevância saber em quais das mais de cem possibilidades diagnósticas ele possa ser colocado.

A "crise" do diagnóstico se inicia no pós-guerra e se desenvolve sobretudo graças aos ensinamentos teóricos de Ronald Laing (e às suas matrizes fenomenológico-existencialistas): o diagnóstico psiquiátrico, com Kraepelin e após ele, mais tarde, se constrói sobre a observação não do doente, mas do doente em confinamento, ou seja, prisioneiro e sem cidadania; desse

confinamento (cativo) dos loucos deriva o diagnóstico, ligado ao próprio vício de origem.

A crise da psiquiatria inicia-se com a crise da "idéia" (e da prática) do confinamento; por que então não deveria começar também uma crise do diagnóstico?

O diagnóstico desenvolve uma função de etiquetamento (de estigma) do paciente e ao mesmo tempo assegura a unidade e a coesão de uma profissão desunida e pobre de identidade. O belo ensaio de P. Brown "*The name game: toward a sociology of diagnosis*" (Brown, 1990) mostra a função ideológica do diagnóstico como produto da cultura hegemônica dos psiquiatras e como instrumento de controle social: são discutidos diversos exemplos tirados da história da psiquiatria de onde emerge claramente a fluidez do conceito de doença e de diagnóstico em psiquiatria e as fortes correlações com a necessidade de controle social pela classe dominante (no início do século, por exemplo, as mulheres independentes que trabalhavam como operárias, sexualmente ativas e não inseridas em um contexto familiar, eram "como consequência" diagnosticadas como psicopatas). Mais ainda, o diagnóstico serve para manter a unidade e identidade médicas perigosamente questionadas por outros saberes e outras figuras profissionais (pensando no saber de derivação psicológica ou sociológica).

É evidente que essa necessidade ideológica do diagnóstico não exaure a complexa exigência representada na classificação das doenças mentais. Como bem sintetiza Gavin Andrews (Andrews, 1991) "...a necessidade de comunicação entre os diversos níveis profissionais e os diversos níveis da assistência sanitária, a sempre maior sofisticação dos estudos de eficácia que comparam os tratamentos farmacológicos e os não-farmacológicos e, enfim, os complexos problemas administrativos e de seguro relacionados ao reembolso da despesa sanitária, são três razões decisivas que justificam uma necessidade de classificação diagnóstica".

Assim, debaixo da "necessidade de diagnóstico" encontram-se ou motivos ideológicos (na aceção mais gasta do

termo) ou motivos cognitivos que, embora não liberados em seu entorno de condicionamentos ideológicos, representam instâncias de que dificilmente se pode escapar.

A essa necessidade de diagnóstico, porém, se opõem paradoxalmente as resistências dos clínicos e notáveis perplexidades teóricas.

As numerosas pesquisas sobre o uso do DSM-III feitas por profissionais norte-americanos nos anos 85-90 mostram uma considerável recusa ao uso do instrumento. Em uma enquête de 1988 (658 entrevistados) descobriu-se que quase nenhum dos entrevistados faz uso do manual DSM-III; em uma outra, de 1992, emerge que o DSM-III é apreciado como instrumento formal de comunicação mas que existe um ceticismo difuso sobre a simples utilidade clínica, seja no que diz respeito às indicações de tratamento, seja no que diz respeito à sua função prognóstica (Chowdary Jampala e col., 1986; Chowdary Jampala e col., 1988; Chowdary Jampala e col., 1989).

Se de um lado se pode traduzir a resistência dos clínicos ao uso de instrumentos padronizados como herança de uma cultura onde predominam a hipersubjetividade do juízo e o emprego de categorias psicopatológicas determinadas por léxicos locais, é certo, contudo, que existam sérios problemas metodológicos sobre a validade clínica das classificações diagnósticas.

A lógica construtiva que sustenta o diagnóstico psiquiátrico certamente não é unívoca: ora puramente descritiva, ora psicodinâmica, ora etiológica, ora anatômica. Esta grande variabilidade de modelos de referência testemunha a heterogeneidade e fragmentação dos conhecimentos: o estado fluído do saber psiquiátrico não é um delito, mas simplesmente um estado de fato. A pretendida estabilidade e coerência dos sistemas diagnósticos é, por sua vez, um delito de soberba, enquanto escotomiza a fluidez, oculta a dúvida, afirma a certeza.

Como sintetizam Farmer e col. (Farmer e col., 1993), a validade de uma entidade nosográfica depende:

- de quanto a sua unicidade é inconfundível com outras

constelações de sintomas e valoriza o emprego de diferentes instrumentos de mensuração (*face validity*);

- do quanto a história natural e a resposta ao tratamento podem ser previstas (*predictive validity*);

- do quanto a etiologia e a patogênese podem ser conhecidas (*construct validity*).

Segundo Farmer, os elementos que contribuem para criar a artificialidade dos instrumentos padronizados (uma espécie de reducionismo relativo ao fenômeno que deveria descrever) são:

- a falta de consistentes correlações com informações colaterais que não podem estar "paralelas" ao diagnóstico, mas que o deveriam fundamentar (história psiquiátrica, resposta aos fármacos, impressão clínica);

- a ausência de pontos padronizados de gravidade;

- a ênfase sobre as sintomatologias positivas em relação às deficitárias;

- a ausência de hierarquias diagnósticas;

- a falta de avaliadores externos (marcadores biológicos, variáveis de resultados);

- e, com referência ao DSM-III, o esquema *top down* que se revela excessivamente rígido (os sistemas *top down* são as entrevistas diagnósticas que procuram colocar um "chapéu" no fenômeno assinalado, enquanto os sistemas *bottom up* têm como objetivo primeiro descrever o fenômeno clínico e sucessivamente classificá-lo, como é o caso do *Present State Examination, PSE*).

Também Kendell, em seu ensaio magistral (Kendell, 1989), levanta a questão da validade clínica do diagnóstico em psiquiatria.

Em medicina, diz Kendell, os diagnósticos mais válidos são os das doenças cuja etiologia é conhecida (nesses casos é mais simples prever o resultado, estudar novos tratamentos e prevenir o distúrbio).

A possibilidade de estudar a etiologia está estreitamente relacionada à definição das síndromes (grupos de sintomas correlatos e com o decurso característico).

Na realidade, segundo Kendell, a identificação das síndromes é mais o fruto de um *insight* imaginativo do que da aplicação de regras formais ("a distinção entre distúrbio afetivo monopolar e bipolar nós devemos ao *insight* imaginativo de Leonhard e não às nossas tecnologias").

Em psiquiatria foi desenvolvida uma variedade de técnicas para facilitar ou substituir esse processo intuitivo: as *rating scales*, as entrevistas estruturadas, as técnicas para validar-lhes as propriedades psicométricas, os estudos de *follow-up*, os estudos sobre familiaridade.

Provavelmente os estudos de resultado constituem o avaliador mais disponível para o clínico, mesmo salientando-se que, obviamente, não é suficiente documentar resultados diversos para afirmar a existência de entidades diagnósticas diversas: para poder afirmá-lo é necessária uma correlação relevante e não linear entre resultado e sintomatologia.

Outros critérios de validade clínica de uma síndrome são: a associação evidente entre a síndrome e qualquer anormalidade fundamental de tipo biológico, a resposta aos tratamentos (mesmo se a maior parte dos tratamentos em psiquiatria não são síndrome-específicos).

Na verdade, a aplicação desses critérios de validade não gerou grandes resultados e é muito provável que os reagrupamentos discretos de sintomas psiquiátricos que tentamos atualmente delinear não existam realmente. Na última década, desenvolveram-se muito os estudos sobre os resultados como legitimadores das categorias diagnósticas. Trata-se em geral de estudos de *follow-up* de longa duração. Os resultados são muito interessantes, mesmo quando parecem mais confirmar as dúvidas do que fornecer novas certezas.

Pensemos no monumental *Iowa Study* de Tsuang, no qual se cotejam os resultados após 30-40 anos de 200 esquizofrênicos, 100 psicóticos maníacos, 225 deprimidos e 160 são, como grupo de controle. Mesmo que os critérios diagnósticos de Feighner sejam legitimados pelo resultado (pior para os esquizofrênicos, intermediário para os distúrbios afetivos e bom para os são),

deve-se salientar que 315 pacientes diagnosticados como esquizofrênicos e candidatos ao estudo não puderam ser incluídos, porque não satisfizeram aos critérios de seleção para a esquizofrenia adotados no estudo. Deve-se perguntar se o estudo não se limita a legitimar os critérios para a esquizofrenia de Feighner sem, porém, considerar que os referidos critérios excluem mais de 50% da população de esquizofrênicos, diagnosticados como tais com outros critérios.

Um outro importante estudo de *follow-up* de 32 anos (o Estudo Longitudinal de Vermont), foi feito com 269 pacientes selecionados não pelos diagnósticos mas pela gravidade da condição de cronicidade do distúrbio mental. O objetivo do estudo não era o de validar categorias diagnósticas através dos resultados (a amostra, constituída de 79% de esquizofrênicos, não foi constituída com base no diagnóstico) mas, utilizando os critérios do DSM-III, evidenciou-se que não existe um resultado homogêneo e de alguma maneira previsível para os pacientes caracterizados pela assim chamada *core schizophrenia*. Os autores textualmente afirmam: "O estudo fornece uma forte evidência sobre a limitada utilidade dos sistemas diagnósticos atuais no predizer acuradamente o resultado a longo prazo dos pacientes esquizofrênicos" (Courtenay e col. 1987).

J. S. Saraus, em um artigo magistral (Strauss, 1985), afirma que depois de anos dedicados a contribuir para o desenvolvimento do DSM-III, foi para ele impossível não se dar conta de que, muito freqüentemente, os pacientes para os quais haviam sido propostas as entrevistas e os outros instrumentos de avaliação descreviam experiências "intermediárias" em relação à definição dos sintomas (um pensamento delirante ou "quase" normal; uma alucinação ou um pensamento percebido de forma "muito intensa") e não encaixáveis de maneira correta nas bem definidas categorias diagnósticas, tendo havido, por isso, marcações freqüentemente arbitrárias. E assim foi até o ponto de se verificar que sintomas considerados patognomônicos (para a esquizofrenia, por exemplo) não o eram de fato. A utilização de métodos de

levantamento diagnóstico rigidamente definidos mostrava como as pessoas "reais" bem pouco se adaptavam às categorias psiquiátricas: emergia claramente um *continuum* entre diversos grupos diagnósticos, entre diversos grupos de sintomas e também entre manifestações sintomáticas e manifestações psicológicas normais. Strauss, um dos protagonistas do Estudo de Vermont, afirma que também a metodologia longitudinal mostrava uma certa fragilidade das categorias diagnósticas assumidas como preditoras de resultado.

Como se vê com esses poucos exemplos, as questões metodológicas submetidas a uma crítica em relação ao diagnóstico são poucas; vimos, até agora, sobretudo abordagens críticas de matriz clínica e clínico-epidemiológicas.

Um ponto de vista que pode contribuir para clarear um pouco as questões colocadas é o da saúde pública, ou melhor dizendo, dos estudos epidemiológicos orientados por uma lógica de saúde pública.

A heterogeneidade dos *settings* reais de ação que constituem um sistema sanitário (hospital, serviços especializados, medicina comunitária, etc.) mostra que a questão do diagnóstico "lido" na prática dos serviços, por um lado se complica (de fato, é demonstrado o desacordo existente entre critérios diagnósticos do médico comunitário e os do especialista), mas por outro lado se simplifica graças às exigências mais concretas e acabadas que os diversos *settings* exprimem nos confrontos do diagnóstico.

Chega-se finalmente à questão da influência dos contextos sobre o diagnóstico (sobre a sua função, sobre o seu 'porquê'). Os psiquiatras infantis destacaram muito bem esse problema, propondo para a avaliação clínica e para o diagnóstico dos distúrbios psiquiátricos das crianças, instrumentos diversificados para o menino, para os genitores, para os professores, levando em grande consideração, portanto, seja a diversidade do informador, seja o fato de que em cenários diversos as manifestações e os comportamentos da mesma criança (do mesmo diagnóstico!) serão diversos (Brandenburg e col. 1990).

Outros estudiosos demonstraram como a identificação dos casos psicopatológicos e a sua denominação nas pesquisas epidemiológicas na população geral são influenciadas por variáveis que põem em séria dúvida a confiabilidade dos resultados. Kovess e col. (1992) procuraram entender quais variáveis extra-diagnósticas influenciam o processo diagnóstico ou como os critérios para avaliar a depressão tinham um grau de acordo muito baixo, dependendo do fato de ser o avaliador um médico ou uma pessoa qualquer; isso é óbvio, mas não deve ser óbvio que os critérios do médico sejam mais adequados do que os do não-médico: os médicos valorizam principalmente os aspectos do vivido, enquanto que as pessoas comuns relevam principalmente as quedas no desempenho de certos papéis (Kovess e col. 1989).

As diferenças culturais frequentemente constituem uma barreira intransitável para a possibilidade de um acordo diagnóstico, também entre especialistas. E muitas vezes, forçar tais barreiras leva a resultados pouco inteligentes. Pense-se nos estudos transculturais de Westermayer (1985) e de Chan (1985) sobre as dificuldades de traduzir o diagnóstico em idiomas "distantes". Por outro lado, como é sabido, quem procura encontrar e uma vez decidido a encontrar aquilo que se decidiu encontrar, se encontra: por exemplo, o "furor homicida" chamado Amok na Malásia é procurado e encontrado, também aqui, por nós, rotulado como "psicose reativa breve com comportamento amok-semelhante" (Guillé, 1989).

Portanto, diversidade de culturas, de cenários, mas sobretudo de metas devem orientar para uma maior transculturalidade, simplificação e finalização dos sistemas diagnósticos.

Segundo Norman Sartorius (1988) as razões (as funções heurísticas) que justificam o desenvolvimento de um sistema internacional de classificação são as seguintes:

- a prioridade crescente dada aos programas de saúde mental em muitos países, particularmente naqueles em vias de desenvolvimento;

- a relativa falência da pesquisa dos últimos 20 anos (sobretudo etiológica) e o crescente descolamento entre evidência da pesquisa biológica e da clínico - epidemiológica;
- o permanente debate sobre a natureza da doença mental;
- o reconhecimento das influências culturais sobre o diagnóstico e sobre classificações;
- a heterogeneidade dos modelos de assistência que favoreceu o surgimento de linguagens diversas entre serviços e, nos serviços, entre as diversas figuras profissionais;
- o desenvolvimento de programas de assistência, de longo prazo em um sistema complexo que determina a necessidade de definir os sujeitos selecionados para esses programas;
- os confrontos epidemiológicos com a psiquiatria dos países em vias de desenvolvimento, que puseram em discussão as certezas diagnósticas, também em termos prognósticos;
- os esforços de interação entre psiquiatria e medicina de rede básica.

É muito interessante, então, observar a abordagem explicitamente empírica e pragmática que caracterizou a finalização do CID-10 e o processo que levou à diferenciação das linhas-guia para o seu uso em três espaços distintos: um para o diagnóstico clínico especializado, um para a pesquisa e um para a classificação na medicina geral. Desta diferenciação do CID-10 se pode partir para formular algumas reflexões:

- certamente temos necessidade de instrumentos diagnósticos e de classificação: para nos comunicarmos, principalmente;
- não podemos confundir estes instrumentos e estas classificações com as doenças mentais, ou seja, devemos sempre recordar que o grau de artificialidade das categorizações diagnósticas é elevadíssimo e que os reagrupamentos discretos de sintomas que hoje utilizamos não existem *in natura* como entidades;
- o processo diagnóstico é um processo complexo onde a atribuição classificatória não é senão o aspecto final;
- o uso do diagnóstico está estreitamente correlacionado

aos objetivos do diagnóstico: isso significa que o diagnóstico deve ser: *problem oriented setting oriented*.

Isso alude ao fato de ser sempre necessário perguntar-se qual é o objetivo e em qual cenário ele é formulado, o quanto o objetivo e o cenário determinam o grau de complexidade e sofisticação necessários e sobretudo o tipo de *set* complementar de informações a se adquirir.

Esse "exercício" de reflexão crítica sobre o diagnóstico deve servir como abordagem prototípica para a clínica psiquiátrica em geral, ou seja, deve nos ajudar a compreender que as "informações" (as variáveis) que o paciente carrega consigo e que é o que nós podemos efetivamente considerar como patrimônio (de risco ou de proteção) estão na realidade mais conectadas à vida do paciente do que à sua doença, cuja identidade autônoma da vida é um artefato da clínica.

Vimos como muitos estudos nos últimos vinte anos nos ensinaram a considerar o contexto do paciente e o paciente como um sistema complexo e indivisível (assim como indivisível é para qualquer indivíduo a relação-vínculo entre sujeito e intersubjetividade).

"Il nous faut regarder hors de nous pour nous voir" observava Malebranche, ou seja: o sujeito em si não é encontrável no outro (o que não significa que não exista); o outro pode somente entender o sistema onde o sujeito se experimenta (o que não significa que não exista a possibilidade de que o sujeito entenda a si mesmo).

Quand je parle ou quand je comprends, j'experimente la présence d'autrui en moi ou de moi en autrui, qui est la pierre d'achoppement de la théorie de l'intersubjectivité, la présence du représenté qui est la pierre d'achoppement de la théorie du temps, et je comprends en fin de compte que veut dire l'égnématique proposition de Husserl - la subjectivité transcendante est intersubjectivité (Merleau-Ponty, 1960).

Ou seja, não é concebível pelo outro um sujeito em si e portanto uma doença em si, mas somente se colhem interações psicológicas e materiais.

São essas interações operativas (entre paciente e outros,

entre paciente e vida material, entre paciente e as respostas que ele recebe, entre pacientes e lugares) o patrimônio ao qual podemos ter acesso e que pode se modificar sob a força de uma intervenção que crie as condições para que o sujeito possa exercitar "mais" escolhas.

Na realidade, temos instrumentos úteis, mas dificilmente padronizáveis, à disposição: a escuta, a solidariedade, a afetividade, o experimentar gerar um confronto entre interesses do paciente e interesses do contexto (familiar), a possibilidade de modificar o contexto material de vida cotidiana do paciente, a possibilidade de favorecer trocas afetivas entre paciente e outros.

Trata-se de instrumentos empíricos e a sua organização em tecnologias padronizadas não ofereceu muitas vezes nada mais que a certeza de a psiquiatria ser científica.

Como se vê, são instrumentos que trabalham sobre o paciente e sobre o seu contexto de vida e não há qualquer hierarquia entre esses: ou seja, mudar a mobília do quarto no manicômio é tão importante quanto escutar o paciente que se narra.

É fazer uma ou outra das duas ações sem reconhecer a importância de que a omitida torne provavelmente sem valor a intervenção.

Não haverá, pois, uma tecnologia aplicável ao sujeito mas simplesmente uma práxis que, utilizando o conhecimento do "patrimônio de riscos e proteções" que o sujeito detém, o acompanha na construção de espaços negociáveis. Assume-se assim que a troca (o negócio) preceda e defina a relação (e não o contrário), ou seja, que só a construção de espaços de troca pode gerar relações, enquanto a construção da possibilidade das relações não gera espaços para a troca. Dizendo em outras palavras, a construção do direito de cidadania como eixo prioritário não é uma escolha somente ética, mas também técnica: somente o cidadão pleno poderá exercitar as suas trocas (e com essas trocar também loucura), enquanto o cidadão partido ao meio não saberá o que fazer com as aquisições (se na verdade adquiridas), com as habilidades relacionais, uma vez

que não haverá direito nem acesso ao exercício de relações ou estas se darão como relações desprovidas da materialidade que as torna reais.

2. O SERVIÇO, SEU CONTEXTO, OS RECURSOS

Não por acaso, o título desta seção se refere ao serviço e não ao tratamento, na hipótese de que o primeiro e não o segundo constitua a variável (ou conjunto de variáveis) que influi no andamento do processo reabilitativo. Ou, se quisermos, podemos dizer que o Serviço é o Tratamento.

De fato, só um serviço psiquiátrico de alta qualidade (em sua complexidade) pode garantir programas reabilitativos confiáveis (e a boa qualidade não necessariamente coincide com a quantidade dos recursos disponíveis ou com a qualidade das tecnologias terapêuticas singulares que ali se subministram).

Um serviço de alta qualidade é um serviço que se ocupa de *todos* os pacientes que a ele se referem e que oferece reabilitação a *todos* os pacientes que dele possam se beneficiar. Essa afirmação aparentemente banal é, na realidade, uma das chaves para entender por que modelos sofisticados de reabilitação na maior parte das vezes não funcionam: porque, não se ocupando de todos os pacientes e não oferecendo a reabilitação a todos, o serviço, de fato, estabelece hierarquias de intervenção e de lugares separados, de forma a criar algo muito similar à aplicação da espiral de Spivak mas não em relação ao paciente, e sim ao serviço psiquiátrico como um todo. O paciente que não se faz reabilitar ou que se julga não poder ser reabilitado (na verdade, o paciente que não se adapta ao programa de reabilitação oferecido por aquele serviço) entra em um anel mais baixo do serviço (por exemplo, entra no hospital psiquiátrico ou passa de uma certa enfermaria do hospital para uma outra, mais regredida). O serviço (o mau serviço) é de fato um conjunto de anéis (de lugares físicos separados), destinados a verificar a profecia segundo a qual "quem agora não consegue, jamais conseguirá".

Um serviço de alta qualidade deveria ser um "lugar" constituído de uma multiplicidade de lugares/opportunidades

comunicantes) permeável e dinâmico, onde as oportunidades (ou seja, os recursos e as ocasiões negociáveis) encontram-se continuamente à disposição dos pacientes e dos operadores. De fato, se de um serviço (de uma fração dele) se estabelecem as "dotações de oportunidade" em medida limitada e de uma vez por todas, o resultado será a progressiva cegueira daquela parte do serviço em relação às atribuições que ele não possui.

Trata-se, antes de tudo de uma cegueira da fantasia dos operadores, mas trata-se também de uma cegueira objetiva do paciente e do operador para os recursos e de uma impossibilidade de captar as capacidades e os desejos interditos do cenário dado. O serviço é, portanto, o conjunto dos lugares comunicantes e dos recursos intercambiáveis que se encontram à disposição de uma população de usuários em um lugar geográfico.

Bachrach cita, entre as características de um bom serviço, a "flexibilidade" e a "diversificação" (Bachrach, 1991), a partir, na verdade, de uma crítica ao serviço como produtor de uma oferta fechada à qual o paciente deve se adaptar, sob pena de expulsão.

Aquilo que deve interessar, quando se avalia um serviço psiquiátrico não é tanto o numerador (constituído dos pacientes servidos) e sim o denominador (constituído dos pacientes que se pode servir); muito freqüentemente, de fato, vem colocado no numerador o número dos pacientes servidos e no denominador o número da população geral da área onde o serviço se encontra, sem que se saiba quantos são, na população geral, quantos poderiam usufruir do serviço de maneira útil, mas que não conseguem chegar, ou se chegam não são assumidos porque "inadaptáveis" ao menu que é adotado pelo serviço.

O bom serviço é, portanto, um serviço com alta integração interna e externa, ou seja, um serviço onde a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevalece sobre a separação dos mesmos.

A integração interna de um serviço é dada pelo grau de coerência no uso das competências e dos recursos internos ao

serviço. Faz alguns anos, na literatura psiquiátrica italiana progressista se usava a expressão "estilo de trabalho" (*stile di lavoro*, expressão que, quando traduzida, não é, na realidade, nunca compreendida de maneira profunda pelos anglo-saxões).

O estilo de trabalho (ou integração interna) é o conjunto de estratégias organizativas e de estratégias afetivas de um serviço. De fato, um serviço pode organizar os próprios recursos materiais e afetivos de maneira tal a produzir simples auto-reprodução da demanda de tratamento e das respostas a este, ou seja, adaptando continuamente a singularidade e complexidade do sofrimento e de suas demandas a uma organização (dos saberes e dos recursos) pré-formada e indiscutível; é esse o caso dos serviços que, para tutelar a identidade afetiva e intelectual própria, se organizam de maneira a consumir o mínimo de afetividade e conhecimento: cada operador desenvolve tarefas definidas uma vez, para todos e, estereotipadas, as respostas oferecidas são exatamente mínimas em termos de despesa material (se trabalha pouco), afetiva (arrisca-se pouco) e intelectual (pensa-se pouco, adotando um pensamento pré-pensado e pronto para o uso).

Adaptar o saber à especificidade da situação é a estratégia indispensável para aprender: a reanimação de si mesmo, a distinguir entre os gestos, as noções, os instrumentos que podem verdadeiramente servir para lutar contra o sofrimento e os componentes "parasitas" da identidade profissional [...] descobri-se, então, o prazer de transformar os aspectos opressivos das prestações [...] a prestação, que deveria ser ao mesmo tempo afirmação da própria identidade profissional e da identidade do outro, enquanto usuário (afirmação, isto sim, da forma repressiva e distante de relação que se apreende dos modelos correntes), pode tornar-se pouco a pouco um terreno sobre o qual se afirma a vontade comum e a cumplicidade na luta contra o sofrimento" (Carrino, 1982). Portanto, a integração interna do serviço é a adoção de um estilo de trabalho com alto consumo afetivo, intelectual e organizativo, onde os recursos se encontram permanentemente disponíveis, as competências

flexíveis e a organização (seja em termos de acesso da demanda, seja em termos da não-estereotipia da resposta) orientada às necessidades do paciente e não às do serviço.

Analogamente, quando falamos de integração externa nos referimos à forte permeabilização do serviço a saberes e recursos circunstantes a esse, existentes e não vistos, e tampouco utilizados. O muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos.

Na realidade, é a noção de recurso que é pouco clara em psiquiatria (e provavelmente o é também em medicina). A integração externa de um serviço é função não só dos recursos existentes mas sobretudo dos multiplicadores (ou divisores) dos mesmos, assim como a integração externa de um serviço é função não só dos recursos existentes mas de sua visibilidade e ativação. Como Robinson Crusóé, o psiquiatra encontra-se em uma ilha deserta, podendo esta ser o manicômio ou o serviço territorial. Desertos de humanidade, desertos de recursos, desertos de resultados. A questão é o aprendizado de Robinson para ver e usar e, paralelamente, desfazer-se da cegueira de seus saberes precedentes que não permitem ver nem usar.

Não só os manicômios (ou ambulatorios) são miseráveis (sem recursos) mas são também vazios de relações afetivas e mortíferas (para os que tratam e para os que são tratados); exatamente como uma ilha desabitada, sem água nem vida. A educação de Robinson é um percurso de descoberta (saber ver) e de aprendizagem (saber usar). A água, os frutos, os peixes, as arapucas, os arbustos, e enfim o "selvagem" Sexta-Feira existem também antes mas foram descobertos somente "depois" do desimpedimento dos saberes e afetos cegantes ao invés de iluminadores. O espaço enorme e vazio (de objetos e de sentido) que caracteriza uma enfermaria de manicômio pode ser "visto" como um lugar onde se cruzam objetos e pessoas, vicissitudes e ações, afetos e significados: ver e usar. Os internados que enchem o manicômio, sem história, sem roupas, subjetividades, poder, podem ser "vistos" como homens e mulheres. Está tudo ali e a questão é a de um olhar transformador ou de um olhar auto-reprodutivo.

Os gregos antigos sabiam captar com os olhos as complexidades da vida. Os templos, os mercados, os campos para as diversões, os lugares de encontro, os muros, as estátuas e as pinturas das cidades antigas representavam os valores culturais tanto no âmbito religioso e político como na vida familiar. Seria difícil, hoje, individualizar um lugar, nas modernas Londres ou Nova York, onde experimentar, por exemplo, o remorso. Por outro lado, ao se pedir hoje a um arquiteto para projetar espaços capazes de favorecer o desenvolvimento da democracia, este deporia subitamente a caneta: o projetar moderno não prevê o equivalente da antiga assembleia. Nem é fácil conceber lugares que ensinem as dimensões morais do desejo sexual, assim como o aprendiam os gregos nos ginásios [...]; os centros comerciais, os estacionamentos, os elevadores dos condomínios não traduzem na forma as complexidades dos modos de vida possíveis. Aquilo que em um tempo era experiência dos lugares hoje se configura como uma incerta operação mental" (Sennet, 1990). Certamente, a passagem de "espaço" a "lugar" é um processo complexo que diz respeito não só à arquitetura mas sobretudo às relações entre os homens (afetivas e de poder). Realmente, já que "o lugar antropológico é simultaneamente princípio de sentido para aqueles que o habitam e princípio de inteligibilidade para aquele que o observa" (Augé, 1992), o "trabalho" (também, e não só, no sentido freudiano de *arbeit*) de transformação dos espaços em lugares é um processo de "ultra-investimento de sentido" (Furet, 1978).

Aí então acontece que esse ultra-investimento modifica a noção de recurso "produzindo" recursos em vez de ocultá-los. A psiquiatria encontra-se a serviço do ocultamento dos recursos e da auto-reprodução dos estabelecidos; de fato, não só está estabelecido o "quanto" é recurso um pavilhão de manicômio (recurso para alocar um certo número de internados por um certo número de horas por um certo número de anos), mas também "quanto" é recurso um esquizofrênico (o quanto ele possa amar, trocar, trabalhar está estabelecido pelo seu

e quantos garçons trabalham ali, ou quantas refeições foram servidas lá no último ano. Variáveis muito mais *soft* seriam por nós consideradas *hard* e talvez variáveis consideradas *hard* por outros, por nós seriam consideradas *soft*. Portanto, os recursos de um serviço podem ser multiplicados ou reduzidos mas muitos recursos existentes são também deixados inativados ou são ativados. Estas noções são trabalhadas em um breve texto publicado pela Organização Mundial da Saúde (Saraceno e col., 1993) e neste se introduz também a noção de *hidden resource*, ou seja, de recurso escondido, não explicitamente pertencente ao sistema sanitário mas potencialmente agregável e ao mesmo tempo gerador de transformações do estilo de trabalho. Os exemplos são inumeráveis.

A comunidade na qual se encontra o serviço é uma fonte inexaurível de recursos existentes e potenciais, tanto humanos quanto materiais. A comunidade é tudo aquilo que o serviço não é e com o qual pode entrar em relação através de processos de negação (a comunidade não existe), processos de paranóia (a comunidade são os inimigos que nos assediam), processos de sedução e busca de consenso (a comunidade é tudo aquilo e somente aquilo que me aceita da forma como sou e me aprova), processos de interação/integração (a comunidade é uma realidade complexa e que exprime interesses contrastantes e eu me coloco como interlocutor, continuamente gerando alianças e conflitos).

Antes de tudo, a família do paciente é parte da comunidade e o serviço pode escolher as estratégias mais diferentes (desde a negação até o conflito permanente). Existe uma literatura vastíssima sobre a família do paciente psiquiátrico (fizemos referência a isso no Capítulo dedicado aos modelos de reabilitação que operam através de intervenções familiares). O que aqui importa ressaltar é que a história da psiquiatria tem sido também a história das atitudes da psiquiatria em relação à família do paciente: no velho manicômio, a família era o cúmplice designado para a internação do paciente identificado. A família era grata à instituição por se ver aliviada do problema e a instituição se auto-reproduzia também graças a essa gratidão

diagnóstico e pelas observações auto-reprodutivas que a psiquiatria imprime sobre ele no curso da sua carreira de esquizofrênico) e, enfim, "quanto" é recurso um enfermeiro (com o seu saber dado) ou um médico, etc.

O sentido é dado "antes" e "para sempre" e então os recursos são "pesados" antes e para sempre, de maneira que a auto-reprodução (dos espaços em espaços, das esquizofrenias em esquizofrenias, das terapêuticas em terapêuticas) esteja assegurada.

O trabalho de "visão" e "uso" (de Robinston) prevê uma liberação do "antes" e "para sempre" como condição necessária para a descoberta dos recursos que existiam mas não eram vistos.

Então, os recursos do serviço (manicômio ou outros) quais são?

São antes de mais nada as pessoas, conceito muito mais complexo do que o dos "operadores assinalados no orgânico". As pessoas são os operadores, é verdade, mas, como mencionamos antes, os operadores entendidos como recurso não são só o "seu número" mas também a motivação com que trabalham, as expectativas que têm em relação aos pacientes dos quais se ocupam, o senso de pertinência a um projeto coletivo, a qualidade das relações que se realizam no campo do trabalho, etc. Em outras palavras, os recursos humanos de um serviço podem ser multiplicados ou reduzidos por numerosos fatores expressos por qualquer recurso humano e pela soma desses. Analogamente para os recursos materiais: pode-se intuir (talvez não todos os psiquiatras possam) que ao lado dos metros quadrados disponíveis em um serviço (manicômio ou tantos outros), a organização dos espaços, a luz, os móveis, etc., definem as diferenças (ou seja, os multiplicadores ou redutores do recurso dado). Tudo isso parece muito óbvio, mas não impede que a qualidade dos serviços seja ainda muito frequentemente questionada através da quantificação simples, numérica, dos recursos humanos e materiais enquanto que, por outro lado, nenhum de nós escolheria um lugar para irmos em férias simplesmente sabendo quantos metros quadrados tem o hotel

(às vezes concretamente expressa pelos familiares na forma de pequenas ou grandes doações, destinadas a manter o *status quo*). Uma grosseira e mal feita leitura das primeiras contribuições teóricas sobre a "psicopatologia familiar do psicótico", sobre a família como sistema doente no qual um membro especialmente frágil vem identificado por doença socialmente reconhecida, inaugura um período de culpabilização da família por parte da psiquiatria; à culpabilidade precedente ("fiquem tranqüilos, pois nós cuidamos do seu filho") vem, em substituição, uma não-responsabilização por parte da psiquiatria ("façam vocês mesmos, já que sobre o seu filho devem pensar vocês").

Provavelmente, à medida que a psiquiatria não pode mais seqüestrar impunemente por toda uma vida o paciente no manicômio, mas deve se ocupar também do "fora", parece sedutora a culpabilização da família e o conseqüente "abandono" do paciente para a família culpada. Na realidade, a questão é que ocupar-se do paciente "fora" é mais difícil, cansativo, de maior responsabilidade, arriscado e por isso, segundo um entendo irresistível para os psiquiatras, "aparece" uma teoria que legitima uma prática.

Certamente a análise do sistema familiar como sistema de signos complexos não queria criar uma teoria simplificada que legitimasse o abandono do psicótico para a família.

A doença não reside, isolada e culpabilizante, dentro do sujeito, mas no território virtual que é a interação entre os membros da família: "nos sujeitos hospedam-se o desespero e as estratégias (as defesas, podemos dizer em termos psicanalíticos) para sobreviver e logo, se a experiência psicótica não é senão uma maneira de existir reativo-defensiva, a doença se hospeda na comunicação, na interação. O objeto da terapia não pode deixar de ser a família [...]. O objetivo da terapia é o de reintegrar uma comunicação clara (por exemplo, não caracterizada pela dupla mensagem), capaz de pôr os membros da família em relação dialética, capaz de integrar as instâncias das diversas existências, na acepção sartriana" (Saraceno, 1988).

Leituras psicodinâmicas, sistêmicas e behavioristas da

relação família/paciente representam contribuições significativas para a compreensão da psicose. Com certeza, a família passou da condição de cúmplice para a de protagonista que produz consenso e dissenso ao mesmo tempo, mas de qualquer forma "senso", e não é mais simplesmente "usada" como cúmplice ou como vítima. A própria família pode ser protagonista das estratégias de cuidado e de reabilitação; mas também as famílias como sujeitos sociais coletivos podem ser protagonistas e aliados conflitivos das estratégias abrangentes do serviço.

Certamente a comunidade não se exaure no microcontexto da família (mesmo se, nas culturas e âmbitos socioeconômicos diferentes dos industriais ocidentais, o contexto de família ampliado quase coincide com comunidade).

As instituições formais da comunidade e as informais representam recursos potenciais de um serviço: da paróquia ao sindicato, das associações esportivas às agregações mais ou menos formalizadas dos cidadãos, a rede de lugares, recursos e oportunidades é infinita e infinitas são as articulações individuais serviço/paciente/comunidade, capazes de produzir sentido, contratualidade, bem-estar.

Não se trata aqui de listar essas possíveis articulações ou de oferecer exemplos tirados de experiências reais de serviços italianos e outros: preferimos levantar três considerações gerais importantes:

- a pobreza de recursos institucionais tem, em muitas ocasiões, se mostrado como um possível gerador de recursos não institucionais;

- se as pessoas são um recurso, os pacientes, as famílias e os cidadãos de uma dada comunidade também o podem ser;

- considerar os recursos não institucionais (e a comunidade) como recursos a serem utilizados no serviço significa também gerar conflito e o próprio conflito é um recurso.

Refletir em torno dessas três considerações gerais significa refletir sobre numerosas experiências, nas quais a pobreza dos recursos institucionais geram riqueza de recursos não insti-

tucionais e conseqüentes estilos e estratégias não institucionais. Certamente não se trata aqui de celebrar a "pobreza" mas de olhar com o interesse necessário e com atitude de "aprendiz" as experiências que já mencionamos anteriormente. As numerosas experiências de "casas de família" do Centro e do Sul da Itália são um exemplo impressionante de construção de saberes práticos inovadores, a partir de recursos materiais pobres. A experiência de Casa Calenda (em Molise), ou o sistema de casas de família de Matera mostram como a ausência de recursos do sistema sanitário (humanos e materiais) não impediu às cooperativas da área privada social de ativar experiências que não se limitam a opor-se aos recursos ausentes, mas definem um "fazer psiquiatria e reabilitação" fortemente desmedicalizado, independente dos saberes codificados da psiquiatria e geradores de relações cuidador/cuidado e cuidador/cuidado/contexto circundante capaz de manter níveis elevadíssimos de contratualidade dos usuários e de desafiar de forma muito construtiva (mesmo se não privado de conflitos) o entorno social.

As inúmeras experiências de transformação/inação da assistência psiquiátrica "inventadas" no sul do mundo, freqüentemente a partir de percursos intelectuais alheios àqueles que caracterizaram o pensamento europeu inovador são, na maior parte das vezes, obtidos da mistura da pobreza de recursos institucionais e da capacidade de identificar e ativar os recursos escondidos da comunidade.

É interessante observar que a escassez de recursos institucionais em muitos casos significa a ausência do próprio hospital psiquiátrico, ausência determinada pelo custo econômico e financeiro que significa a existência de tal estrutura: a maior parte dos estados da Índia não tem um hospital psiquiátrico e a distância enorme da maioria dos cidadãos dos poucos existentes (Déli, Bombaim, Calcutá, Bangalore), somada à incomensurável distância entre leitos (alguns mil) e população (centenas de milhões) determina o abandono dos pacientes psiquiátricos para as famílias ou para as ruas. É neste contexto, privado de recursos

do sistema sanitário, que nascem respostas inovadoras baseadas na colaboração entre as poucas estruturas do sistema sanitário público (sobretudo os centros de saúde) e os organismos (numerosíssimos) de voluntariado religioso e leigo, as instituições de caridade, as cooperativas de assistência sanitária, as associações de familiares. No importante e rico estado meridional do Tamil Nadu (capital Madras), a *Schizophrenia Research Foundation* (SCARF), financiada por profissionais de saúde mental e cidadãos, criou uma densa rede de colaborações entre organizações comunitárias, associações de familiares, de médicos do setor público, que consegue garantir intensa assistência aos pacientes psicóticos da região, sem o recurso do hospital psiquiátrico (que não existe), mas através de um dispositivo mínimo de acolhimento em pequenas estruturas para permanências breves, um dispositivo consistente de intervenções domiciliares/familiares, uma rede de micro-empresas econômicas que empregam os pacientes (Sarada Menon e Shankar, 1993).

A formação dos recursos humanos da comunidade torna-se um aspecto central destes processos de construção de riqueza a partir da constatação de pobreza. No populoso e paupérrimo bairro de São Roque, em El Salvador, foram zeradas as internações em hospital psiquiátrico (existe de fato um manicômio na periferia de Soyapango que "serve" todo o país), através da construção de uma rede de "promotores de saúde". Trata-se de um grupo de pessoas (cerca de vinte), principalmente mulheres com idade entre vinte e cinquenta anos, que se organizou ao redor de um único médico generalista; trata-se, portanto, de uma intervenção na qual, saúde, saúde mental e intervenção específica de assistência à doença mental fundem-se em uma lógica ampliada. Não existem "leitos" mas um grande centro de saúde que desenvolve atividades ambulatoriais para a população (sobretudo para a mãe e a criança), promove ocasiões permanentes de encontro e discussão e promoção da saúde, fornece assistência odontológica gratuita. Na realidade, a atividade propriamente dita se desenvolve no bairro, nas casas, cru-

mais recluso, a família aliviada, a comunidade não mais tutelada. Enfim, a psiquiatria não mais em consenso com a família e comunidade, mas desafiada a "negociar" entre interesses diversos, para garantir não mais a ausência do conflito, mas o seu governo.

3. AS LEIS

Entre os contextos, porém, no qual se insere o serviço (e obviamente também o paciente) existe ainda o contexto das leis e das normas.

Imaginemos um programa de reabilitação que preveja, nas intenções da equipe, que um paciente, egresso do hospital psiquiátrico, possa ir viver em um aposento ou moradia da cidade. Poderemos criar diferentes cenários possíveis, em diversos lugares geográficos:

- no lugar A uma lei do estado destina um percentual relevante de vagas (moradias) dos Institutos Autônomos de Casas Populares aos portadores de déficits psíquicos e físicos;
- no lugar B, uma lei análoga destina um percentual mínimo de vagas dos Institutos Autônomos de Casas Populares aos portadores de déficits psíquicos e físicos;
- no lugar C, uma lei do estado exclui os portadores de déficit psíquico da destinação de vagas para casas populares.

É óbvio que o fato de tal *staff* se encontrar em A ou em B ou em C modifica as possibilidades de atuação do programa.

Ainda: imaginemos que o programa de reabilitação preveja a inserção profissional do paciente em uma atividade artesanal:

- no lugar A, existe uma lei que obriga as empresas com mais de N trabalhadores de assumir portadores de *handicap* psíquico e físico;
- no lugar B, existe uma lei que obriga as empresas com mais de X trabalhadores (no qual X é a metade de N) a assumir portadores de *handicap* psíquico e físico;
- no lugar C, a lei obriga somente a que se assumam um percentual de portadores de *handicap* físico mas exclui o *handicap* psíquico;
- no lugar D, uma lei oferece relevantes descontos fiscais

zando continuamente a dimensão da assistência sanitária e a da educação popular e enfim a do crescimento da consciência dos direitos por parte da comunidade (Saraceno e col., 1992, Saraceno, 1994).

Também neste caso a inexistência dos recursos institucionais não determina somente recursos suplementares mas práticas terapêuticas e assistenciais inovadoras, desmedicalizadas.

A comunidade como recurso, as famílias como recurso, os pacientes como recurso. Não se trata, por certo, simplesmente de suprir os recursos que não existem, mas de afirmar um princípio fundamental: que a comunidade, as famílias, os pacientes deixam de ser relegados ao papel de "custos", ou seja, de consumidores de recursos mais ou menos parcimoniosamente colocados à disposição pelo sistema sanitário. O modelo segundo o qual existem os serviços - que constituíram o recurso, e os pacientes que constituíram o consumo do recurso - é o principal determinante da "natural" diferença de poder entre curadores e assistidos, da "natural" micro e macroviolação contínua dos direitos dos tratados, do progressivo empobrecimento da eficácia dos recursos institucionais, da adoção de modelos fechados e auto-reprodutivos de intervenção.

"Gente" que se transforma em recurso e deixa de ser "custo" gera conflito e do conflito pode se defender (e a melhor defesa é não lhes permitir a expressão, e o modo mais eficaz para não lhes permitir a expressão é aquele de manter a separação entre recursos intencionais e gente, ou seja, de afirmar o papel da gente como "custo"); de maneira oposta, podem-se criar as condições para a expressão e para a superação dos conflitos.

O hospital psiquiátrico é um dispositivo eficiente para silenciar o conflito gerado pelo paciente (na família, na comunidade e no interior do hospital) e ao mesmo tempo o gerado pela comunidade e pela família do paciente: conflitos que dizem respeito a interesses diversos e freqüentemente contrastantes. A desinstitucionalização é também liberação e escuta do conflito (dos interesses contrastantes): o paciente não

a quem quer que assuma portadores de *handicap* físico e psíquico; - no lugar E, existem leis que favorecem a criação de cooperativas;

AIMA - no lugar F, não existem leis que reconhecem o estatuto cooperativista.

Mais uma vez, estar em A ou estar em um outro dos lugares geográficos descritos influi no programa de inserção do paciente no trabalho.

Nos dois exemplos hipotéticos, se vê bem como o contexto legislativo de uma comunidade constitui um fator de notável importância para orientar a reabilitação em direção a determinadas soluções mais do que em direção a outras ou ainda para tornar mais ou menos realista um projeto. Muito freqüentemente se fala de legislação referida aos doentes mentais, limitando-se a considerar as normas (por exemplo, na Itália, a lei 180 depois assumida no texto geral da Reforma Sanitária) que regulamentam diretamente os tratamentos dos pacientes psiquiátricos; não se presta a devida atenção ao conjunto de leis que indiretamente se ocupam dos pacientes psiquiátricos (direito à casa, acesso ao trabalho protegido, etc.). Todavia, é evidente que as leis fundamentais que normatizam diretamente os tratamentos e se pronunciam sobre os direitos têm uma influência substancial sobre as possibilidades da reabilitação: não é evidentemente indiferente agir em um lugar onde o hospital psiquiátrico é inacessível aos novos pacientes ou, ao contrário, continua sendo o lugar fundamental de referência para o tratamento. No caso italiano, entretanto, prevaleceu o poder descentralizado dos estados, no que tange a tornar mais ou menos "aplicada" a reforma psiquiátrica prevista em 1978. Os assim chamados planos sanitários regionais ou, em alguns casos específicos, projetos objetivos para a assistência psiquiátrica (que são de fato leis de interesse regional) validaram ou invalidaram as hipóteses gerais da Reforma. Canosa escreve (Canosa, 1979): "Se compararmos a lei com a que era a experiência mais avançada no âmbito da psiquiatria oficial, a psiquiatria "de setor", nota-se de imediato uma diferença. E isso nem tanto sob o perfil da formulação oficial da ideologia setorial (aquela fornecida pela

Sociedade italiana de psiquiatria e que confluíu, por exemplo, no "Plano programático para a assistência psiquiátrica" da região da Lombardia de 1972), a qual, mesmo com qualquer distinção, previa uma fase final de "extinção" do manicômio e de transferência das divisões do hospital psiquiátrico para o interior dos vários hospitais gerais da província, tanto sob o aspecto das realizações práticas, recomendadas em algumas províncias, da ideologia em questão, realização essa toda dominada pela preocupação de não atingir a dimensão central do hospital psiquiátrico na resposta institucional à doença mental".

Duas observações interessantes estão contidas na passagem citada por Canosa: que a região da Lombardia se fez porta-voz da ala progressista da psiquiatria oficial e que, nas diversas áreas geográficas italianas, se tutelou em medida diversa a persistência do manicômio como eixo hegemônico da assistência. Isso significa que uma região ou uma autoridade sanitária local tem o poder, através de leis, projetos, normatizações (substancialmente através de políticas de financiamento e de pessoal) de representar principalmente uma corrente de pensamento ("a ala progressista da Sociedade italiana de psiquiatria") contra uma outra (na Lombardia a ala progressista em questão foi sempre hostil ao movimento de Psiquiatria democrática e à crítica radical ao manicômio; tanto que, até hoje, a Lombardia é uma das regiões italianas onde mais atrasado é o processo de superação do manicômio, graças justamente à ala progressista mencionada por Canosa).

Em conclusão, questionar-se sobre a relação existente entre o processo de treinamento de um paciente para a habilidade (*skill*) social "habitar" e o complexo de leis, normas e regulamentos que regulam o acesso ao habitat daquele paciente, é necessário. Isso significa que constituem três variáveis decisivas no interior de um programa de Reabilitação:

- a presença/ausência de determinadas normas;
- o conhecimento dessas normas por parte dos reabilitadores;
- a promoção ativa de modificações, no sentido de melhorá-las, por parte dos reabilitadores.

A REABILITAÇÃO COMO CIDADANIA

COOPERATIVAS

Mais uma vez, está em voga a ideia de que a cidadania é um conceito jurídico de natureza formal, que se resume a um conjunto de direitos e deveres.

Nos dois exemplos hipotéticos, se vê com clareza a importância da cidadania para a realização de um projeto social. A cidadania é o que dá ao indivíduo o direito de participar da vida da comunidade e de influenciar as decisões que afetam o seu bem-estar.

Nos Capítulos precedentes, procuramos mostrar que a densidade das variáveis capazes de agir como determinantes dos procedimentos e dos resultados (êxito) da reabilitação psicossocial é decisivamente maior, se tomamos em consideração variáveis como os contextos dos pacientes e dos serviços, ao invés de considerarmos a influência de variáveis "psiquiátricas" como o diagnóstico ou os modelos teóricos adotados ou, enfim, as técnicas reabilitativas propriamente ditas.

Particularmente, criticamos a ausência no hospital psiquiátrico de todos os modelos formalizados da reabilitação, apontando como, ao invés disso, é decisiva a influência da variável "lugar" seja sobre procedimentos, seja sobre os resultados da reabilitação.

Uma segunda crítica aos modelos formalizados de reabilitação que irrompem na literatura se refere ao fato de que a reabilitação consistiria em um percurso do paciente, desde a desabilitação até a habilitação. Todavia, como vimos, não existem as des-habilidades nem as habilidades "em si mesmas", ou seja, descontextualizadas dos complexos conjuntos de determinantes constituídos pelos lugares onde se dão as intervenções, pelas organizações dos serviços, pelas interações com as estruturas sanitárias e sociais de um território, pelos recursos colocados em campo. A reabilitação não é a substituição

da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito "habilitador".

Dai, podemos dizer que a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes.

A ênfase na função (e sobre o sentido) do espaço relacional, que caracterizou e caracteriza todas as abordagens psiquiátricas "psicológicas" libertadas do modelo biomédico, foi certamente uma revolução fundamental que, substancialmente, moveu para um nível mais humano (podemos dizer mais civil) a relação entre tratador e tratado (da relação de controle e domínio àquela de escuta); domina em tais abordagens a idéia para a qual a intervenção (mesmo aquela reabilitadora) consiste substancialmente na "abertura dos espaços da relação" e que essa é ação prevalente sobre "a abertura dos espaços de negociação".

A teoria e a práxis da desinstitucionalização consistem em substancial inversão: o negócio precede o ócio, ou seja, somente a partir do direito ativo ao exercício do negócio (da troca de oportunidades materiais), o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação. Podemos definir a criação e multiplicação das oportunidades das trocas materiais e afetivas como o tecido de uma "rede de negociação", ou seja, as redes de negociação, na medida em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos fracos de uma sociedade; poder-se-ia dizer, de outra forma, que o mercado (ou seja, o lugar físico e social da troca das mercadorias) precede e determina em uma comunidade a possibilidade das relações entre os seus membros.

A questão é, portanto, de se perguntar como um sujeito "fraco" pode entrar na dinâmica da negociação.

As possibilidades são duas: ou se torna "forte" e participa do mercado dos "fortes", ou continua "fraco" mas o mercado dos "fortes" é de tal forma articulado que deixa de ser mercado dos fortes para se tornar simplesmente mercado das trocas. Um dos mitos ou, mais freqüentemente, mistificação da cultura da reabilitação é a referência à "autonomia" dos sujeitos desabilitados como objetivo primário da reabilitação. O mito da autonomia é o maior responsável pela hiperseleção dos pacientes nos programas de reabilitação e do complementar abandono dos pacientes não selecionados. De fato, e uma vez mais, a psiquiatria é um microcosmo onde se auto-reproduz a cultura dominante: "os mais dotados conseguem, e então se selecionam aqueles que provavelmente são os mais bem dotados a fim de que consigam"; por outro lado, "os menos dotados não conseguem, então é anti-econômico selecioná-los".

A questão de fundo tem a ver com o modelo social que se persegue (o modelo de "mercado" que se persegue): o modelo da autonomia é aquele darwiniano, onde é perseguida a capacidade do singular de participar de forma vitoriosa (autonomia) na batalha da sobrevivência; a reabilitação seria o melhoramento dos atributos danificados (desabilidade), a fim de que o sujeito possa estar a par com os outros.

Ao contrário, o modelo das redes múltiplas de negociação põe no centro das questões não a autonomia, mas a participação, de modo que o objetivo não seja aquele de fazer com que os fracos deixem de ser fracos para poder estar em jogo com os fortes e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que desse participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e de interesses.

O que nos interessa agora é procurar definir com mais precisão os eixos sobre os quais se constrói o aumento de capacidade contratual dos pacientes psiquiátricos.

1. MORAR

A reabilitação tem muito a ver, seja com a idéia de casa, seja com aquela de morar; freqüentemente estas duas idéias vêm sobrepostas e confundidas entre si.

Os pacientes psiquiátricos “estão” nos hospitais psiquiátricos e a sua reabilitação tem a ver com esse estar. Os pacientes psiquiátricos que não estão nos hospitais psiquiátricos estão nas casas das próprias famílias. Alguns pacientes sem família estão em casas solitárias e outros, ainda, estão nas ruas ou nas estações ferroviárias.

Um dos elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual é representado pelo quanto o próprio “estar” em qualquer lugar se torna um “habitar” esse lugar. Entre estar e habitar existe uma grande diferença.

O estar tem a ver com uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional nem material nem simbólico.

O habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de “propriedade” (mas não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros.

As nossas casas constituem inegavelmente uma boa oportunidade para exercer o poder (e o prazer) do habitar, mas não é sempre assim, já que mesmo nas nossas casas podemos experimentar uma perda de poder contratual, material e simbólico, podemos experimentar um aprisionamento no habitar ou mesmo uma expulsão do habitar.

O manicômio (como o cárcere) é o lugar por excelência onde é negado o habitar e afirmado o estar.

Tudo isso explica por que a questão da psiquiatria é caracterizada pela idéia contínua e obsessiva da residência dos doentes: o manicômio como residência coagida, controlada, expropriadora, mas residência; sair do manicômio, como percurso através de graus diversos de proteção da residencialidade até a residência autônoma ou o reentrar na própria casa originária.

“Aonde vamos? Sempre para casa”, escrevia o romântico alemão Novalis, e certamente é verdade que a casa foi e é o eixo central da questão da psiquiatria: a história da psiquiatria é uma história de “casas”, mais ou menos fechadas, mais ou menos isoladas, mais ou menos vigiadas.

Neste sentido, é natural e inevitável que a ênfase seja sempre dada à noção de casa mais do que àquela do habitar; é preciso encontrar casa, alternativa ao manicômio, aos internados do manicômio; é preciso inventar casas para as estadas breves (centros para crise), casas protegidas (com constante supervisão feita pelo *staff*), casas para grupos de pacientes, casas para pacientes sozinhos, comunidades-alojamento, etc. A literatura nacional e internacional sobre a “residencialidade” (palavra suspeita que não tem nada a ver com a concreteza da casa e nada a ver com a complexidade do habitar) é enorme e se poderia construir uma classificação das tipologias de “casa” propostas. Certamente essa articulação tipológica surge em razão das infinitas combinações de *habitat* que são necessárias para construir respostas não pré-formadas às perguntas dos próprios usuários; ou seja, é justo que existam respostas as mais diversas às demandas e às exigências, também. Todavia, o furor classificatório e programatório com o qual a cada uma dessas tipologias se quer atribuir uma exata função e junto a essa um *standard* de pessoal contratado, tem mais a ver com a necessidade da psiquiatria de formalizar (*posthoc*) a realidade.

Alguém poderia querer também formalizar as arquiteturas e os móveis, para assinalar ainda mais a existência de um “racional”; o resultado dessa hipertipificação conduziu a uma arquitetura “especial” para psicóticos a serem reabilitados, que não é diferente da arquitetura manicomial. Custa, à psiquiatria, renunciar à idéia de um projeto total e controlado (ontem o manicômio, hoje o sistema das infinitas estruturas não-residenciais, semi-residenciais, residenciais, etc.); custa, na verdade, pensar que se deve “somente” facilitar a criação de lugares para viver, sem todavia se atribuir a autorização de programar tais lugares; e não custa somente à psiquiatria, mas

também a tantas arquiteturas racionalistas, regularmente invalidadas no tempo da vida real dos seus habitantes: “quantos projetistas de lugares como Brasília parariam ali mais do que o necessário? e quantos projetistas desses lugares prefeririam passar as férias em Miconos?”, escreveu o arquiteto americano John Turner.

A reabilitação deve se ocupar da casa e do habitar. Se partimos desta afirmação, podemos procurar entender qual, na realidade, é um dos compromissos da reabilitação.

Trata-se de manter separados, na linha teórica, as duas noções (casa e habitar) para compreender que as funções da reabilitação aludem seja a uma conquista concreta (a casa), seja à ativação de desejos e habilidades ligadas ao habitar.

“Com a noção de casa, nos referimos ao complexo de experiências concretas de aquisição-reaprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo segundo linhas não institucionais, da capacidade de uso dos objetos e oportunidades da vida cotidiana; mas, também: a possibilidade de revisitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades; a noção de casa, portanto, pressupõe a existência de uma casa presente” (Saraceno e Sternai, 1987).

Trata-se, porém, de manter não separados em linha prática os dois conceitos (casa e habitar), mesmo se for necessário mantê-los conceitualmente distintos.

Como sempre, convém partir do hospital psiquiátrico, historicamente, mas também conceitualmente. O trabalho de reabilitação no hospital psiquiátrico tem muito a ver com a humanização e os direitos, com a desinstitucionalização das práticas, com a transformação dos espaços, com a subjetivação dos indivíduos mas, sempre e em cada momento, tem a ver com espaços concretos nos quais as pessoas dormem, comem, caminham, falam. Não existe trabalho no hospital, se não a partir obsessivamente da transformação desses espaços. Dormir, comer, amar, caminhar, falar, trabalhar: tudo isso é a nossa vida cotidiana, a grandiosa banalidade de viver, trocando afetos e mercadorias. É essa cotidianidade que não tem legitimidade

no hospital psiquiátrico (em psiquiatria), onde o dormir é regulado e o não dormir é uma iniciativa intolerável: o amar, proibido ou culposamente tolerado; o comer é nutrir-se; trabalhar é um direito descontínuo ou um dever traído. Para cada uma dessas banalidades existe um lugar e um tempo, existem regras, não normas; ao contrário, os espaços (e os tempos) do hospital, negando a banalidade do viver, negam os lugares e os tempos; afirmam as normas e deseducam com relação às regras.

“...O homem tende a dormir, a divertir-se e a trabalhar em lugares diversos, com companheiros diversos, sob diversas autoridades ou sem qualquer esquema racional de caráter global. Característica principal das instituições totais pode ser exatamente a controlada ruptura das barreiras que habitualmente separam estas três esferas de vida. Primeiro, todos os aspectos da vida se desenvolvem no mesmo lugar e sob a mesma e única autoridade. Segundo, cada fase das atividades diárias se desenvolve em contato estreito com um enorme grupo de pessoas, tratadas todas do mesmo modo e todas obrigadas a fazer as mesmas coisas. Terceiro, as diversas fases das atividades diárias são rigorosamente agendadas segundo um ritmo pré-estabelecido que as conduz de uma a outra, dado que o complexo de atividades é imposto por um sistema de regras formais explícitas e por um corpo de aderidos à sua execução” (Goffman, 1968).

Assim Goffman sintetiza a racionalidade da instituição total: o trabalho de “desmontagem” da instituição é sobretudo um trabalho de desmontagem das funções espaciais, um trabalho de subjetivação dos espaços, de reatuação do direito ao uso dos espaços, de melhoramento dos espaços, de dessimbolização e ressimbolização dos espaços. É impressionante pensar na enorme massa de escritos que a psiquiatria produz e tem produzido em torno dos temas mais bizarros, irrelevantes, e quão demasiado pouco se sabe das práticas de transformação e de desinstitucionalização dos espaços psiquiátricos. Existe um patrimônio já considerável de anos de experiência, desde aquelas históricas italianas dos anos setenta, até as atuais que têm sabido continuar a gerar inovações até hoje e, enfim, aquelas

fragmentadas e dispersas em dezenas de grandes e pequenas cidades do mundo.

Lá está o saber da reabilitação no *habitate* na casa.

Na língua espanhola se diz casa, referindo-se à noção física, material, enquanto que se diz *hogar* para se referir aos "muros domésticos". Assim, também os anglo-saxões distinguem entre *house* e *home*. Na língua italiana é menos fácil encontrar duas palavras distintas para definir os dois conceitos, embora provavelmente o primeiro possa ser expresso com casa e o segundo com "doméstico" (*de domus*).*

Existem gerações de operadores psiquiátricos que têm trabalhado e que trabalham (mesmo que sempre menos) na transformação dos espaços do manicômio em lugares, na habitabilidade dos espaços manicomial, na transformação das enfermarias (das suas normas e escândalos espaço-temporais) em lugares comunitários; para tornar "domésticos" os espaços habitáveis.

Existe uma querela histórica e mistificadora que ajuda a compreender a relação entre reabilitação/manicômio/habitat/casa/desinstitucionalização. Essa querela é uma armadilha, porque coloca um falso problema.

Alguns afirmam a necessidade de trabalhar o melhoramento habitacional dos manicômios, em contraste com outros que afirmam o perigo de confirmação do papel do manicômio implicado em tal melhoria. Mesmo que o nível de tal debate seja de um primitivismo incrível, pode nos servir para colher questões reais de fundo.

É certamente verdadeiro que "o melhoramento" das estruturas manicomial tem constituído o álbi, e continua a constituir em muitos países, para impedir a superação do manicômio e reconfirmar-lhe a hegemonia. Por outro lado, é também verdadeiro que a proliferação dos serviços psiquiátricos nos hospitais gerais ou a territorialização dos ambulatórios psiquiátricos (muitas vezes vendida como psiquiatria

* em português se expressa o primeiro conceito com "casa" e o segundo com "lar" (N.do T.).

comunitária) tem representado o álbi para abandonar o *front* da transformação do hospital psiquiátrico.

A questão real é que não existe política territorial crível, se não existe política simultânea de superação do manicômio; a esse propósito é interessante notar como a experiência fundamental da luta de "posição" dentro do hospital psiquiátrico constitui um formidável momento formativo para os operadores que querem trabalhar na comunidade. Neste sentido, é necessário, como dissemos anteriormente, ter teoricamente separadas as noções de habitat e de casa, assumindo que é necessário e possível trabalhar sobre o eixo *habitat* mesmo na ausência de uma casa, sendo a casa uma das formas possíveis do habitat, mas não a exclusiva.

Em outras palavras, e em contraste com o modelo de Ciompi, fica afirmado que um dos eixos fundamentais da reabilitação não é o eixo casa e sim o eixo *habitat*. Somente esse afastamento nos permite formular as políticas e os programas, tendo como objetivo a transformação dos *habitat* (sejam estes manicômios, casas, ambulatórios, residências protegidas ou os próprios domicílios dos pacientes): é o processo de transformação de espaço em lugar, de instituição residencial em *habitat* o que deve dar sentido à prática reabilitativa. Onde quer que se encontre o paciente, haverá um trabalho de *habitat* a ser feito junto: tornando *habitat* uma enfermaria ou um hospital inteiro ou uma casa-alojamento ou um aposento ou enfim a própria casa do paciente. "A função de intermediação" (conceito desenvolvido com inteligência por Tagliabue) é a função do *staff* empenhado sobre o eixo *habitat*: "...para além de seu histórico deslocamento sobre o hipotético percurso que vai do hospital psiquiátrico ao contexto social, esta se propõe a operar para a mudança sobre o plano individual (da desestruturação em direção à identidade), sobre o plano familiar (da expulsão em direção à aceitação), sobre o plano social (da marginalização rumo à inserção)" (Tagliabue, 1993).

Esse processo é feito de milhares de atos cotidianos: no hospital é a intervenção de melhoria dos banheiros ou dos

quartos para dormir, de reapropriação dos espaços de cozinha ou cantina da enfermaria, da reconversão dos espaços "urbanos" do manicômio para um uso "misto", ou seja, aberto a atores sociais múltiplos. As experiências de reconversão espacial, administrativa dos hospitais psiquiátricos (até a alienação de propriedade de partes inteiras destes) são numerosas e destas pouco se sabe; seria fundamental para uma teoria e uma práxis da reabilitação reconstruir a história das reconversões prediais e urbanísticas de alguns hospitais psiquiátricos, porque permitiria apressar a interação contínua e mútua entre intervenções individuais, intervenções espaciais, intervenções arquitetônicas-urbanísticas.

É somente nesta lógica que assume sentido a noção de casa: a casa é um direito e, a partir desse direito, se constroem políticas que geram casas para os usuários; é preciso ressaltar, contudo, que os percursos individuais que acompanham a experiência de aquisição da casa são percursos fundamentais para a reabilitação: o direito não é somente à casa, mas também a sua aquisição como processo de formação de cidadania do paciente. Poderemos dizer que a necessidade sobre a qual é preciso trabalhar é o de habitar e não aquele de ter uma casa; certamente, em muitíssimos casos, a necessidade de habitar se realiza através da casa mas, em muitos outros casos, a ausência de uma casa (ausência súbita ou escolhida) não faz cessar a necessidade de um "trabalho" sobre o habitar.

"Uma arquitetura que conseguisse dar um sentido libertário à loucura, traria, de fato, uma contribuição indispensável aos problemas da cidade, no seu conjunto e, sobretudo, uma garantia às famílias de não serem mais fechadas em seus dramas; a assistência, nesse caso, significaria a ruptura das paredes domésticas: um evento talvez mais rico de hipóteses projetivas do que aquele que representou o gradual fechamento dos manicômios" (Michelucci, 1984).

"Devemos dar assistência e colaborar para a constituição de um lugar feito de atitudes, de ações e até de pactos que possam dar vida a um espaço que se modela progressivamente sobre a

base da capacidade de superar os problemas a cada vez que estes se apresentam, sempre chamando à causa novos interlocutores. Começa-se a enuclear assim um espaço em condições de ampliar-se e de enriquecer-se através do número das pessoas que entram em jogo e que participam conscientemente desse itinerário de construção de um espaço vivido. Neste jogo os vencedores são todos, enquanto que nos espaços que já conhecemos são derrotados inconscientes também os vencedores" (Michelucci, 1992).

Talvez somente um não-psiquiatra, o grande mestre da arquitetura Giovanni Michelucci, pudesse com tanto brilho definir o senso ético e político de uma pesquisa capaz de transformar e inventar o espaço, com o objetivo de favorecer a passagem de espaços controlados pela razão burguesa a lugares onde se experimentam a liberdade e seus riscos.

Com o atraso habitual, também a psiquiatria oficial começou a olhar o problema da casa e do habitar como nós centrais da reabilitação e, em geral, da boa prática psiquiátrica; não por acaso, um publicação oficial recente da Organização Mundial da Saúde, produzida no interior da iniciativa internacional *WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness*, se intitula *Transition from Hospital to Community: A Literature Review on Housing* (WHO, 1993).

Por outro lado, a literatura internacional dos últimos anos mostra com sempre maior evidência que a hospitalização psiquiátrica não pode ser considerada a resposta à doença mental crônica:

- Os pacientes com uma doença mental de duração longa podem viver com sucesso e com maior satisfação na comunidade, de forma melhor do que nos hospitais (Baker e Douglas, 1990; Kiesler e Sibulkin, 1987); as considerações de natureza econômica acerca do possível maior custo das soluções habitacionais comunitárias devem passar para segundo plano, considerados os evidentes benefícios do modelo comunitário em relação ao hospitalar (Andrews e Iczkowski, 1990; Elliot e col., 1990).

- A articulação organizativa e estrutural das soluções habitacionais a serem oferecidas não pode ser rígida e limitada mas, ao contrário, elástica e rica de opções determinadas pelas preferências dos usuários como também pelas situações específicas que podem conciliar soluções habitativas independentes ou comunitárias (Hodgins e col., 1990; Helmann e col., 1985; Goering e col., 1990). Jones (Jones e col., 1986) avaliou a qualidade de pacientes psiquiátricos que viviam em diferentes tipos de residências: eram decididamente preferidas as soluções de moradia totalmente independentes, ainda que do ponto de vista da assistência e da saúde fossem preferidas soluções mais hospitalares.

- Soluções residenciais em áreas urbanas fortemente deterioradas do ponto de vista sócio-econômico (e portanto de menor custo) constituem um risco suplementar para pacientes com problemas psiquiátricos severos (Scott e Scott, 1980).

- É essencial garantir aos usuários de qualquer tipo de residência um suporte constante e intenso, seja domiciliar, seja através dos serviços sócio-sanitários existentes na área (Test e Scott, 1990; Hoult, 1990; Mechanic e Aiken, 1987).

- É essencial desenvolver uma política de interação com a comunidade vizinha às residências onde moram os pacientes psiquiátricos, com o objetivo de aumentar a tolerância e desenvolver a solidariedade (Balukas e Baken, 1985; Alisky e Iczkowski, 1990; Butterfield, 1983).

- É essencial manter uma relação com as famílias, com a finalidade de co-envolvê-las na experiência de vida autônoma do usuário (Falloon e col., 1982).

2. TROCAR AS IDENTIDADES

Trocar duas palavras com alguém no bar ao invés de fazê-lo no mercado: trata-se de eventos frequentes, muito mais frequentes do que uma literatura sociológico-jornalística descia-ria fazer crer a propósito da anomia da metrópole ou pior ainda da solidão da "modernidade".

O fato de não existirem mais as praças medievais para trocar as próprias identidades respectivas de camponeses que vêm da roça para vender produtos da terra, não significa que não se reproduzam ainda lugares de troca das identidades; aquilo que conhecemos pouco é a localização de tais lugares na cidade, assim como pouco ou nada sabemos das organizações sociais que regulam tais trocas. O certo é que as pessoas desejam o "bazar" árabe ou o mercado nórdico de queijos, para trocar e se reconhecerem; se não os encontram, inventam-nos.

A participação dessa troca ou da invenção dos lugares nos quais a troca seja possível é a rede social.

A desabilitação é também empobrecimento da rede social, perda quantitativa e qualitativa: e isso a partir da primeira rede social disponível que é o núcleo familiar, mais ou menos ampliado.

Creio seja um erro manter distintos demais esses dois âmbitos, a rede social ampliada e a familiar, já que frequentemente a margem que as separa é sutil e, sobretudo, o sofrimento da rede familiar influi na riqueza da rede ampliada e vice-versa. Conseqüentemente, intervenções que melhorem o *setting* familiar geram também expansões da rede ampliada.

Certamente é mais "simples" assumir como âmbito da intervenção de reabilitação sobre a rede social aquilo que é mais limitado à família; conquanto se trata de um universo mais definido quer do ponto de vista da sua definição social (clara para o paciente, para o operador e para a própria família), quer do ponto de vista das estratégias de co-envolvimento da família. Em outras palavras, "a família do paciente" é uma noção mais inteligível do que "a rede social do paciente". É também por isso que existem muito mais formalizações da intervenção de reabilitação no nível familiar.

Certamente para muitíssimos dos pacientes internados há muito tempo nos hospitais psiquiátricos, freqüentemente o programa reabilitativo deve prescindir da intervenção sobre a família, uma vez que esta não existe mais.

Os pacientes psicóticos mais jovens, ao contrário, vivem

freqüentemente com a família ou estão em contato com esta.

É evidente que os familiares experientem graves danos no plano psicológico, no plano da organização da própria vida e também no plano material. Os próprios familiares experientam, no decorrer do tempo, distúrbios e desabilitações psicossociais como, entre outros, o evidenciado pelo *Scottish Schizophrenia Study*, no qual os familiares de esquizofrênicos, depois do primeiro episódio, sofrem de desabilitações sociais transitórias e distúrbios da relação de casal persistentes.

Dificuldades de interação entre familiares e paciente são referidas pelos primeiros como o elemento mais difícil a ser enfrentado e, no decorrer do tempo, de aceitar; a maior parte dos familiares afirma que os efeitos sobre a própria saúde ao se viver com um paciente esquizofrênico são graves e que os serviços psiquiátricos não sabem e não podem oferecer suporte adequado. É interessante, entretanto, o fato de que, em geral, a despeito desses sofrimentos e dessas lamentações, grande parte dos familiares prefere ter o parente doente em casa e evitar sua internação em hospital psiquiátrico (Grad e Sainsbury, 1968; Jonstone e col., 1984).

Especialmente nos últimos anos, o conceito de *family burden* veio sendo definido, referido ao "peso" psicológico, material, organizativo, social que os familiares dos pacientes experientam na interação com o paciente e no manejo cotidiano (Kuipers e Bebbington, 1985; Platt, 1985).

Fica então claro que a intervenção para aliviar os familiares do "peso" da interação e manejo do psicótico não só obtém efeitos positivos sobre os membros da família, como os orienta a diminuir a solicitação de expulsão do familiar adoecido, obtendo assim também um indireto benefício para este último e para os programas de reabilitação que para ele são desenvolvidos.

Os objetivos da intervenção familiar deveriam ser os seguintes: reduzir os riscos de recaída para os pacientes psicóticos (esquizofrênicos), melhorar a qualidade de vida dos familiares e

do paciente, ensinar habilidades de manejo e minimização dos sintomas e da desabilitação (Thornicroft, 1992).

Há um certo grau de confusão terminológica e operativa em torno daquilo que pode ser genericamente definido como "intervenção familiar". Esquemáticamente, entretanto, podemos definir duas estratégias principais, a primeira como "intervenção psico-educacional" e a segunda como "intervenção de comunicação e ensino de *skills* (habilidades)".

Os débitos de ambas as abordagens são na maioria das vezes comuns e, entre estes, certamente os modelos que jogam um papel muito relevante são o das Emoções Expressas de Leff (Leff e col., 1982) e o de orientação mais cognitivo-comportamental de Falloon (Falloon e col., 1982).

No que diz respeito ao modelo psico-educacional, já se referiu a ele no Capítulo dedicado aos "modelos". A abordagem de Falloon também já foi mencionada anteriormente.

No primeiro caso, o razoável é fornecer às famílias uma informação clara sobre a natureza, as causas, os sintomas e os sucessos terapêuticos da esquizofrenia, com o objetivo de aumentar a estabilidade emocional do ambiente familiar e de aumentar as capacidades individuais dos familiares de interagir com o paciente com modalidades sempre menos "ameaçadoras".

No caso da abordagem cognitivo-comportamental, o objetivo (em um certo sentido não totalmente diferente da abordagem anterior) é o de tornar os familiares capazes de exprimir as próprias necessidades e sentimentos de maneira direta, de forma a facilitar por outro lado simples e diretas soluções dos microconflitos.

O que é fundamental aqui realçar é a consciência crescente dos trabalhadores de serviços psiquiátricos da importância de um co-envolvimento da família dos esquizofrênicos nos projetos de reabilitação; certamente não todos os serviços (ao contrário, uma exígua minoria) adotam modelos formais de intervenção, mas é importante de qualquer forma que se venha criando um tal ponto de encontro entre abordagens "técnicas" e abordagens "empíricas" que a família do paciente deixe de ser cúmplice ou

vítima da psiquiatria, tornando-se protagonista responsável pelos processos de tratamento e organização do mesmo (e da reabilitação). A Organização Mundial da Saúde recentemente publicou um pequeno manual intitulado *Schizophrenia, Information for Families*, WHO, 1992; vale ressaltar que tal instrumento não se inspirou em um específico modelo teórico mas compactou diversas experiências e evidências de diferentes origens e envolveu grupos de auto-ajuda de familiares de esquizofrênicos. Existe uma tradução italiana do manual (*Schizofrenia, Informazioni per le famiglie*), com adaptação parcial, produzida pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Região Friuli Venezia Giulia (1994).

3. PRODUIZIR E TROCAR MERCADORIAS E VALORES

Sem uma reflexão sobre o sentido do trabalho não faz sentido projetar programas reabilitativos centrados no trabalho. O trabalho para os pacientes psiquiátricos gravemente desabilitados, se entendido como simples desenvolver de determinadas tarefas, pode ser na realidade uma forma ulterior de norma e contenção, de restrição do campo existencial. O trabalho, entendido como "inserção laborativa", pode, ao invés disso, promover um processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos.

A questão é o quanto o trabalho seja um meio de sustento e o quanto seja um meio de auto-realização. E isso é obviamente relacionado com o sentido e com o valor que uma sociedade atribui ao trabalho. E de quanto o trabalho seja componente de um projeto para um indivíduo.

Os doentes psiquiátricos, desde sempre e onde quer que estivessem, foram "postos a trabalhar", para passar o tempo, para ganhar o direito a um cigarro a mais ou a meio copo de vinho, para substituir o trabalho dos funcionários do manicômio, para dar prazer à irmã, para reencontrar uma disciplina perdida, para produzir objetos artísticos.

O trabalho em manicômio é antigo como o manicômio: norma moral, desfrutar, entretenimento. Até mesmo, com o

consentido mecanismo de racionalização da psiquiatria, tornar-se terapia.

Este é um passado que se dissipa no presente e os numerosos modelos de reabilitação "através" do trabalho freqüentemente são apenas uma atualização da ideologia do trabalho como terapia, norma moral, entretenimento e, algumas vezes ainda, exploração.

Balduzzi (1989), a respeito do trabalho em hospital psiquiátrico, afirma: "a ergoterapia representava um importante suporte prático ao mecanismo asilar, assim como uma saída para a mão-de-obra não qualificada". Afirma ainda: "E todos sabíamos que essa força de trabalho pertencia à instituição e não àqueles que a produziam individualmente ou em grupo, de tal forma que o dinheiro não existia oficialmente, enquanto oficiosamente circulava de modo subterrâneo como o álcool e a sexualidade."

Após os processos de desospitalização (mas não de desinstitucionalização) e coincidindo com a afirmação dos modelos de assistência extra-hospitalar (mas não comunitários), se vem articulando a cultura reabilitadora "através" do trabalho, com ênfase diferenciada ora sob o aspecto de terapia ocupacional, ora sobre o de formação profissional, ora sob o de reinserção no trabalho. A evolução da cultura asilar em direção aos modelos psicodinâmicos faz com que o problema do trabalho tenha a tendência a ser lido e resolvido em termos individuais e psicológicos.

O trabalho aparece valorizado como importante indicador do funcionamento social e visto como função recíproca complexa entre o indivíduo e os lugares econômicos e sociais, mas sobretudo como faculdade intrapsíquica de adaptação.

Mais uma vez o modelo psiquiátrico ignora a complexidade dentro da qual se realiza o "sentido" do trabalho, ou seja, a função de produção de sentido econômico, social e psicológico; ainda uma vez se instaura uma relação individual entre desabilitação e habilidade, entre paciente e "curador".

Certamente não é casual que a *vocational rehabilitation* e as numerosas experiências inspiradas por ela sejam de origem norte-americana: essa origem de matriz individualista que hipotetiza uma infinita possibilidade de resgate da individualidade no interior da sociedade, uma vez que suas capacidades de adaptação ao mercado de trabalho foram promovidas ou reforçadas pela intervenção reabilitadora.

O modelo anglo-saxão da *vocational rehabilitation/vocational therapy, occupational rehabilitation/occupational therapy* (os termos "reabilitação" e "terapia" disputam o campo em uma confusão que aqui bem exprime a ambígua fusão/ficção da atividade de trabalho) se caracteriza por uma acentuada ênfase nas técnicas de reabilitação ao trabalho centradas no indivíduo, ainda que os vários autores "abram" ou "fechem" mais ou menos a perspectiva do seu discurso, com respeito ao contexto, ou seja, com respeito à posição do paciente dentro do campo de interação do trabalho.

A *vocational therapy-occupational rehabilitation* se origina da intervenção sobre a desabilitação física. Sua finalidade é a reinserção no mundo do trabalho, segundo uma lógica fortemente pragmática, conforme princípios da graduação, da continuidade (duração) e equilibrando corretamente as expectativas, "que não devem ser nem altas demais, nem demais baixas".

As dificuldades de interação social constituem os maiores obstáculos ao sucesso desejado pelas intervenções do *vocational rehabilitation* e a esse se opõe com técnicas do tipo cognitivo-comportamentais (*densization*, incentivos morais, técnicas de concentração).

De qualquer modo, além dos obstáculos individuais psicológicos existem nos programas de *vocational rehabilitation* dificuldades objetivas:

- a generalização das oportunidades (frequentemente aquilo que se faz passar por reabilitação laborativa é mero entretenimento);

- o estigma ligado à doença mental: o ambiente não é

preparado para acolher pessoas desabilitadas e reabilitadas: falta uma sustentação a longo prazo e muito frequentemente falta uma saída real à reabilitação pelo trabalho.

Na realidade são muito grandes as dificuldades de passagem da situação protegida ao mercado livre do trabalho.

Uma solução proposta é a de um operador do serviço psiquiátrico que negocie a oportunidade de trabalho em nome dos usuários.

Outra solução é a proposta por TEP (*Transitional Employment Program*, da *Fountain House*). A lógica é a de postos de trabalho confiados ao serviço de reabilitação: este último se empenha em que o posto de serviço funcione e o trabalho executado "não importa como": por uma ou mais pessoas que trabalhem em tempo parcial.

O modelo francês da *readaptation* (e o próprio termo indica de modo claro que o objetivo é o da normalização do desabilitado nos confrontos com o mercado de trabalho) teve, nos últimos decênios, um grande desenvolvimento na experiência da região de Bordeaux, Tour Gassies (Fournier e col., 1984).

As atividades de Tour Gassies se fundamentam em três princípios: observação e orientação, formação e reinserção.

A reinserção ao trabalho acontece através de contratos de formação ou vagas de trabalho financiados em parte pela previdência social e em parte por contratadores de trabalho.

A população que frequenta o centro é constituída, em grande parte, por pacientes com alto grau de cronificação (mais de 5 internações), com idade entre 18 e 40 anos, nível sócio-profissional baixo (72% dos doentes não tem qualificação no seu ingresso), situações familiares consideravelmente deterioradas.

Depois do período de observação e avaliação, se a reinserção a breve ou médio prazo é considerada impossível, os pacientes são enviados de novo aos lugares de tratamento (hospitais psiquiátricos).

O processo de reabilitação ao trabalho realizado nessa

estrutura é definido como "itinerário readaptativo", em contraposição às questões de cronificação do paciente psiquiátrico, definidas como "peregrinação institucional" (passagem, portanto, de uma estrutura à outra de assistência sem um projeto).

Seja no modelo que definimos como anglo-saxão, seja no definido como francês (trata-se de conotações um pouco simplistas que adotamos por comodidade didática), representam-se as aporias que já discutimos nos capítulos iniciais deste livro, a propósito dos "modelos da reabilitação".

Não são de fato claras as relações entre entretenimento, adestramento, reinserção e sobretudo não é claro "o sentido" que é atribuído ao trabalho no processo de reabilitação. Assim como nos programas de *Social Skills Training* se apresenta o problema da incapacidade de aplicar fora do *setting* de reabilitação as capacidades aprendidas, analogamente, nestes programas de reabilitação laborativa se esbarra com a distância existente entre serviços de reabilitação e mundo externo.

Essa passagem requer um processo complexo em termos de modalidade e tempo, que envolve não só o indivíduo, mas também o contexto. Dois autores americanos, Lang e Cara (1990), propõem a definição de *vocational integration* (integração ocupacional) ao invés de *vocational rehabilitation* (reabilitação ocupacional), uma vez que essa definição tem a vantagem de sublinhar outros elementos que não sejam apenas as mudanças do indivíduo mas também os processos de modificação e de acolhida do ambiente.

Além da definição, o que resulta claro é que esses modelos parecem ser fortemente funcionais ao modelo biopsicomédico que o sustentam, pelo qual se identifica o trabalho como um "instrumento" de reabilitação, subordinado à "cura" e, sucessivamente, como indicador de êxito da cura em si mesma, um indicador, portanto, de retorno à normalidade.

Apesar das afirmações de princípio sobre a importância do trabalho na vida dos pacientes e sobre a necessidade de intervenção reabilitativa nessa direção, o lugar real do trabalho,

na organização de assistência à doença mental, é bastante precário. É o que sustenta Harding (1987); "a integração do trabalho nos sistemas que tratam as doenças mentais graves é limitada, esporádica e realizada inadequadamente". Isto é, manifesta-se na separação entre terapia e reabilitação, mas também no nível administrativo e formativo. Harding procurou avaliar o grau de integração da reabilitação laborativa na rede de assistência psiquiátrica e individualizar os elementos que obstaculizam o sinergismo entre terapia e reabilitação-trabalho. O estudo de Harding examina os programas reabilitativos de New Haven, Connecticut.

Deles vêm analisadas as características estruturais, as figuras profissionais, as características dos usuários, as atitudes e as expectativas da família e das pessoas presentes no ambiente de trabalho. A pesquisa evidenciou quatro principais obstáculos à integração das estratégias de reabilitação laborativa no sistema de saúde mental:

- rigidez dos procedimentos, dos programas, das esperas;
- isolamento da comunidade e das famílias;
- desperdício de energia na tentativa de corrigir os defeitos supracitados;
- sistemas de relato dos operadores que trabalham no interior de disciplinas separadas por demais auto-referentes.

Outro autor americano (Cohen, 1990) afirma: "A visão prevalente do papel do trabalho sobre a saúde mental e sobre a doença mental é supersimplificado e idealizado; supersimplificado, porque essa visão não considera o amplo contexto pessoal, social e econômico do trabalho; idealizado, porque ignora os limites e contradições geradas por esse contexto".

Entre as variáveis determinantes das quais há necessidade de considerar para projetar, do modo que é preciso, um programa de reabilitação centrado no trabalho, Cohen identifica:

- a exploração, o mercado de trabalho, a inflexibilidade da organização de trabalho, enquanto resguarda o contexto econômico. O aumento dessa inflexibilidade é verificado na

passagem do âmbito de produção familiar ao industrial, nos quais se perderam características do *setting* de trabalho mais tolerantes, que forneciam brechas adaptadas às habilidades de qualquer um e que exigiam menor competência social e generalização da capacidade. O mercado do trabalho age sobre elementos da desocupação e da discriminação que possam compensar o agir em sinergia;

- o estigma, a intolerância, o grau de socialização, as relações interpessoais e as expectativas, no que diz respeito ao contexto social;

- o grau de auto-estima e o trabalho como realização pessoal, no que se refere ao contexto pessoal.

É evidente que, para superar esses obstáculos, não é suficiente encontrar novos e mais refinadas "técnicas" de adestramento ao trabalho, mas enfrentar o problema da relação entre trabalho e doença mental, a partir de um ponto de vista totalmente alternativo, que permita uma reviravolta da lógica, uma radical recomposição do campo.

Demos pois, um passo atrás e retornemos à origem das relações entre psiquiatria e trabalho; tal passo para trás nos permite reconstruir o percurso da desmistificação de práticas como a ergoterapia, da crítica de modelos de desabilitação que acusam exclusivamente na psicopatologia a falência da reinserção ao trabalho; também o percurso da crítica à inevitabilidade da miséria dos recursos, isto é, da improdutividade "constituída" de cada trabalho de reabilitação.

Tal percurso tem origem na prática e na teoria da desinstitucionalização.

É a partir da prática da Instituição Negada que se torna possível a crítica teórica à instituição manicomial e, portanto, às práticas da terapia ocupacional.

A desinstitucionalização não deve, porém, e não pode ser praticada só no interior da instituição fechada (o manicômio): essa é prática de desarticulação e de análise dos mecanismos sociais, políticos, psicológicos que "ligam", ou melhor, "separam" a história do indivíduo dos âmbitos em que ela é obrigada a

declinar em nome da manutenção desses mesmos âmbitos. Nesse sentido, a dupla conceitual desinstitucionalização-reabilitação que vale no hospital psiquiátrico vale em qualquer lugar, enquanto em toda a parte se repropõe a necessidade de "desinstitucionalizar - reabilitar o contexto" (Rotelli, 1990).

Para delinear o esquema de referência geral do modelo "desinstitucionalizar - reabilitar o contexto" não se pode prescindir de alguns elementos da "estória" do processo de 20 anos de evolução da assistência psiquiátrica e de análise geral dos fenômenos sociais e políticos em conexão com a assistência psiquiátrica: a desinstitucionalização, a avaliação crítica da ergoterapia, a crise do *welfare*.

O que interessa, em particular, valorizar, com respeito à desinstitucionalização, é sua função de restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com a instituição; mais precisamente, é a possibilidade de recuperação da contratualidade, isto é, de posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social.

A ergoterapia, apesar de sua filosofia originária delinear os objetivos "terapêuticos", nas instituições se transformava em trabalho alienado (não reconhecido e não pago), sobretudo lá onde era indispensável à reprodução da própria instituição. Kleinmeier afirma que, nos E.U.A., até 1960, "trabalhadores-chave" não eram demitidos, porque assim, bem "reabilitados" pela terapia ocupacional, eram mais úteis no manicômio que fora.

Todavia, dialeticamente, o trabalho assalariado na instituição já construiu, de fato, um germe de desinstitucionalização.

O desenvolvimento lógico do trabalho anti-institucional no manicômio foi a criação de cooperativas; o problema jurídico do trabalhador louco evidenciou uma contradição e uma potencialidade: clareou-se o aspecto mistificador da ergo-"terapia" institucional; de fato, só quando se suprimiu dos estatutos constitutivos da cooperativa a finalidade terapêutica que os pacientes se tornaram juridicamente capazes de se constituir como sócios.

Tal processo evolutivo, da ergoterapia manicomial ao desenvolvimento de cooperativas fora do manicômio, permitiu construir uma prática e um saber que contribuíram, em grande medida, para a compreensão dos mecanismos anti-institucionais do trabalho.

A cooperativa é, nesse momento histórico, a forma organizacional mais inovadora: ela não só se constitui como o oposto da lógica da exploração do trabalho dependente, mas ainda como forma concreta de solidariedade. A cooperativa é, de fato, uma forma coletiva de exercício da empresa. De um ponto de vista jurídico, a Cooperativa Integrada é caracterizada pela presença de sócios "normais" e sócios "inabilitados" (na proporção de pelo menos 40%), e da sustentação das entidades locais (sobretudo as regionais), o que se concretiza em intervenções promocionais (facilidades para equipamentos e locais); facilidade na inserção dos desabilitados (fiscalização dos ônus sociais); intervenções para favorecer a produção (linhas de crédito facilitado e cursos de formação).

Neste momento as cooperativas integradas são ao mesmo tempo serviços (de tratamento) e lugares de produção (no mercado), e esses dois aspectos são mediados pela sua função formativa.

Tal sincronidade de funções abre uma forte contradição na relação entre essas estruturas e os serviços psiquiátricos; contradição que se articula sobre os temas dos recursos, dos estilos profissionais, das técnicas de intervenção e contribuem para colocar em crise o modelo médico.

Em outras palavras: que coisa oferecem a mais, ou diferente, as cooperativas na relação com os usuários, com respeito aos serviços?

Certamente esses se constituem como lugares de promoção da autonomia bem como de proteção: funções que deveriam ser próprias de um bom serviço de saúde mental.

As cooperativas, ou melhor, um sistema inteligente de cooperativas integradas, promovendo a diversificação e multiplicando as atividades, gera espaços adequados a qualquer

um. De tal modo, como observa Gallo (1991), se contrasta a asfixia dos serviços e territórios, dando saídas à entropia do sistema de serviços, cujo espaço permanece rigidamente "sanitário". Trata-se, ao contrário, de promover uma "diferenciação evolutiva".

Trata-se, como afirma Rotelli (1990), de "reconstruir a exatidão da necessidade", separando o par trabalho/salário, mais freqüentemente fonte de desperdício que de produtividade; trata-se, assim, de se desinstitucionalizar o trabalho. Para o desenvolvimento disso tudo existe uma pré-condição: trabalho e lucro são pontos de partida e não de chegada do processo reabilitativo (eis a diferença substancial com modelos de reabilitação cujo objetivo é o trabalho).

"É este processo que confere cidadania àqueles que trabalham."

É no trabalho como base concreta de comunicação que se estabelecem práticas de negociação e troca.

É no seu interior que se dilui o sofrimento e que se pratica o risco da liberdade" (Rotelli, 1990).

Resta não resolvida, porém, a questão da relação com o mercado do trabalho.

Trata-se de avaliar o perfil riscos/benefícios de experiências de trabalho não protegido em mercados protegidos versus a experiência de trabalho protegido em mercados não protegidos. Consideremos um usuário psiquiátrico inserido na Fiat, isto é, no interior de uma experiência de trabalho não protegida e, portanto, mais "verdadeira" (com todos os benefícios supostamente inerentes a tal "verdade" do *setting*); mas exatamente porque inserido em um cenário semelhante, provavelmente o paciente será admitido a um cargo muito protegido, ou seja, "tolerado" e pouco remunerado, do ponto de vista da auto-estima. Por outro lado, tal situação produtiva vai impor escolha seletiva em relação às candidaturas, ou seja, "os mais graves" serão excluídos.

Ao contrário, em situações de produção e mercado mais protegidos (isto é, sustentados economicamente na passividade)

o paciente será, antes de tudo, menos selecionado e sobretudo será colocado em condição de produzir trabalho mais coerente e significativo por si mesmo. Paradoxalmente, a situação de proteção do mercado torna o trabalho protegido mais "verdadeiro" ou dotado de mais sentido para quem o executa, com conseqüências positivas para os níveis de auto-estima, ainda que sejam muito conhecidos os riscos de assistencialismo derivados da inércia dos cenários de mercado protegido.

Em tal dilema, não há um certo e um errado, mas simplesmente a necessidade de uma grande articulação dos cenários produtivos: certamente as pequenas cooperativas protegidas têm alta rentabilidade reabilitativa e baixa rentabilidade econômica, enquanto as grandes cooperativas de produção "monocultural" ou as inserções em sistemas produtivos de livre mercado tendem a gerar mais altas rentabilidades econômicas e mais modestas as reabilitativas, até a expulsão dos usuários. Com certeza, a tradicional inserção no mundo do trabalho se demonstra falida. Há necessidade de criar alternativas, criar de forma autônoma postos de trabalho; repensar a organização produtiva e os percursos de adaptação. "Promover situações de formação e de trabalho referidos a sujeitos em desvantagem, em grau de confronto positivo com o mercado" (Marturini, 1990).

É ainda a partir da experiência das cooperativas que se vem construindo a noção e a prática de "empresa social".

Trata-se de uma noção que é rapidamente difundida em muita literatura sobre reabilitação psiquiátrica e sobre cooperativismo: e o mais das vezes com acepções que nada têm a ver com o significado originário da noção, que diz respeito à "produção de empresas que 'criam valor social acrescido'" (De Leonardis e col., 1994).

Creio que vai refutado, ainda que outros o tenham feito com mais competência e legitimidade (De Leonardis, Mauri, Rotelli no seu recente ensaio *L'impresa Sociale*), que a noção de empresa social (e suas práticas) não define um modelo de reabilitação psiquiátrica centrado nas cooperativas de trabalho;

o Capítulo inicial do já citado ensaio de De Leonardis e col. se intitula exatamente "A empresa social não é..." e os parágrafos do Capítulo esclarecem que a empresa social não é empresa com um pouco de social, não é assistência com um pouco de trabalho, nem muito menos é o social como empresa.

A empresa social tem um caráter de empreendimento não só econômico, mas também social. Ela promove novas redes e novas relações entre sujeitos sociais.

Os processos de "negação institucional", que encontraram sua formalização parcial na reforma psiquiátrica de 1978, podem ser descritos como percursos de desconstrução, desmontagem do interior da instituição manicomial; processos produzidos pelos mesmos atores das velhas práticas psiquiátricas que acreditavam restituir dignidade, oportunidade e direitos aos recuperados.

A questão dos direitos continua a ser o eixo central do discurso da desinstitucionalização; contrariamente ao que pensa uma parte da psiquiatria oficial, segundo a qual a questão dos direitos exaure a própria centralidade, quando são respeitados os direitos dos recuperados, o problema não é só o da restituição dos direitos retirados, como também a criação de direitos que nunca existiram.

Depois da afirmação da liberdade "em" (no manicômio, nas práticas e nas culturas anti-terapêuticas) trata-se de construir a liberdade "de" (de habitar, de trabalhar, de aprender, de trocar, de espremir-se). Dar fundamento concreto aos direitos de cidadania - formalmente reconhecidos também graças às experiências de desinstitucionalização - aos pacientes psiquiátricos, mas no momento a eles negados. Essa passagem do reconhecimento da aquisição de direitos é paradigmática e muito além do específico da psiquiatria, bem como assim é a noção de empresa social.

O sistema dos serviços de assistência e de tratamento, e entre esses os psiquiátricos, é caracterizado por um alto grau de inércia, de opacidade institucional, de burocratização e estandardização dos procedimentos, de ineficiência e desperdício dos recursos.

Esse alto grau de “dispersão” energética não é tanto o produto de perdas ou de custos elevados, mas muito mais o produto de uma lógica da escassez e da parcimônia dos recursos (De Leonardis, 1990). A miséria e a frugalidade dos serviços geram a sua miséria. Mais precisamente, a transposição na esfera dos “serviços às pessoas”, de lógicas e critérios pertencentes à racionalidade econômica (que postula a escassez dos recursos como o projeto racional) determina efeitos contraproducentes sobre a qualidade e eficiência dos serviços. A pobreza do manicômio é a forma condensada e clamorosa da pobreza dos serviços, os quais, como o manicômio, reproduzem cronicidade, dependência, barreiras, exclusões, invalidações, isto é, produzem aquela infantilização de quem é considerado e tratado unicamente como depositário passivo de intervenções e suportes, ou seja, é tratado como “custo”. Os usuários dos serviços são infantilizados, porque os serviços fazem parte do “processo de imaturidade mútua que constitui o grande gozo secreto do gênero humano”, descrito genialmente em *Ferdynurke* de Witold Gombrowicz.

Resulta uma fratura sempre mais patente e não preenchível entre o mundo da invalidez e o da validade, entre o da assistência e o da produção, entre o mundo da dependência e da miséria institucional e o da empresa, da autonomia, da eficiência; uma fratura entre Estado e Mercado onde sempre mais frágeis e literais aparecem as divisões em classes sociais e sempre mais dramáticas são as separações entre fortes e fracos, válidos e inválidos, colateralmente às classes.

A empresa social se define ao redor dessa fratura, sobre esse limite se separa a cultura forte do mercado da fraca dos excluídos do mercado: a hipótese é a de inventar (ou melhor, encontrar) - no limite entre produção e reprodução - lógica do mercado e lógica dos serviços - sinergia e interesses, protagonistas e linguagens que permitam tornar circular e não separado o processo de consumo dos recursos e de produção dos recursos.

Assim, a empresa social se propõe a tornar empresa produtiva a assistência pobre e ineficaz, através da multiplicação

das trocas sociais, a reconversão e a valorização dos recursos desperdiçados nos serviços, nesses abandonados e congelados, o reconhecimento e a ativação dos recursos escondidos, dentro e fora dos serviços.

“A empresa social é uma estratégia produtiva, mas cujo lugar de ‘escolha’ é o social, a assistência, a redistribuição” (De Leonardis e col., 1994). Há na teoria da empresa social o desenvolvimento dos germens do pensamento econômico de Giorgio Ceriani Sebgondi (veja-se os trabalhos “*Considerazioni sulla teoria delle aree depressé*”, de 1950, e “*Sviluppo della società e nuove forme di organizzazione democratica*”, de 1955), e do pensamento filosófico de Felice Balbo (veja-se o ensaio “*Ricerca sulle condizioni metafisiche ed etiche dello sviluppo umano*”) duas figuras da cultura italiana do pós-guerra, ambos desaparecidos em idade jovem.

A vontade de tornar produtiva a assistência, dinamizando-a através da mistura de culturas e práticas empresariais, permanece, pois, firmemente ancorada no objetivo de revitalizar (re-habilitar), de acrescentar capacidade e contratualidade, ou seja, de produzir valor social aumentado. Por isso, se é verdade que as estratégias de empresa social se apresentam sobre o mercado como unidade produtiva ou de serviço, na forma de cooperativas sociais, desenvolvidas sob a égide institucional dos serviços psiquiátricos, que perseguem o empreendimento e a auto-suficiência econômica, essas, todavia, permanecem prioritariamente dirigidas à sua razão social.

Já dissemos que a empresa social e as cooperativas integradas não são conceitos sinônimos; certamente o trabalho das cooperativas em tais experiências exemplares (Trieste, Parma, Gênova) se configura como uma das formas privilegiadas de expressão e aplicação da empresa social, e representa importante direção para a transformação dos contextos empobrecidos da assistência.

Os que trabalham nas cooperativas da empresa social (cooperativas integradas) são sócios ativos e empresários, em um processo de trabalho que prevê a contemporaneidade do momento formativo e do produtivo; são aqui fortemente

incentivados os processos de responsabilidade e de incremento da capacidade de escolha e de risco que interessam a todos os participantes. Os lucros da unidade produtiva são levados a criar posterior oportunidade de empreendimento, de desenvolvimento das competências e da capacidade para os sócios. O trabalho não é, portanto, concebido como simples “resposta à necessidade”, mas como espaço de produção de sentido e valores subjetivos e de troca.

A empresa social privilegia a pequena dimensão da unidade produtiva, o que favorece o desenvolvimento de dinâmicas de individualização e, ao mesmo tempo, de socialização. As atividades são bastante diversificadas para permitir aos sócios a oportunidade de trabalho diferenciado.

As atividades produtivas da empresa social tendem a trabalhar com *mix* de recursos, atores e contextos de origem e natureza diferentes (contaminação e pesquisa das sinergias): combinam-se os recursos provenientes dos financiamentos públicos e supranacionais, de fluxos normais da despesa sanitária (os salários dos trabalhadores) e de outras formas extraordinárias de financiamento (bolsa trabalho), dos lucros das cooperativas. Como afirmam De Leonardis e Goergen (1988): “Este tipo de *mix* rompe a alternativa entre público e privado, cria e põe em uso sinergias entre público e privado, e talvez prefigure novas fórmulas de atividades econômicas, não mais reconduzíveis dentro da constelação tradicional dos conceitos econômicos”.

Como já se fez menção, esse dinamismo “econômico” tem a ver estritamente com um dinamismo afetivo e relacional no interior das cooperativas e, em tal sentido, dissemos que a função reabilitadora e terapêutica das cooperativas desafia os serviços psiquiátricos. Risco de autonomia e proteção acontecem ao mesmo tempo no interior da empresa: através da oferta de espaços para arriscar e, ao mesmo tempo, de redes de segurança; o risco, afirma-se, é terapêutico ou pelo menos o são “... as condições materiais e culturais que tornam possível correr os riscos de mudança, da indeterminação” (De Leonardis e Goergen, 1988).

Torna-se, assim, importante “conceder crédito” às pessoas, a fim de que sua autonomia e sua capacidade possam encontrar uma ocasião de expressão e de crescimento, na convicção de que o verdadeiro problema é o de fazer com que consigam se tornar empreendedores com respeito a si mesmos. Para ser protagonista das próprias escolhas, é essencial poder mover-se em cenários de vida reais, onde se trabalha e se ganha, se troca e se consome. É assim que “as praças do mercado”, criadas da proliferação das atividades múltiplas da empresa social, geram a multiplicação das trocas, a produção de contextos e de redes nas quais as pessoas se encontram e se individualizam.

Em tal sentido, o reforço das redes sociais do paciente não é cindível na dimensão de produção de redes e oportunidades de troca que geram trabalho, bens e também comunicação e relações: “Devemos começar a ver o consumo como parte integrante do mesmo sistema social que explica o impulso ao trabalho que, por sua vez, é um componente da necessidade social de entrar em relação com outras pessoas e de dispor de materiais de comunicação que permitem entrar em relação com elas. São materiais de comunicação alimentos, bebidas e a hospitalidade de oferecer em casa flores e vestidos para demonstrar que se compartilha a alegria, hábitos de luto para compartilhar a dor” (Douglas e Isherwood, 1984).

A idéia de que os materiais de comunicação que permitem as relações são “bens materiais” explica também a importância, nos processos de reabilitação, do dispor de lugares, produtos de alta qualidade; paradoxalmente se poderia dizer que “o luxo é terapêutico” ou, de forma menos provocativa, que existe uma dimensão estética e não só ética do processo e do produto reabilitativo.

Os lugares da assistência são em geral caracterizados por mensagens de desqualificação, de serialidade, de pobreza (também de relações e de experiências). Os lugares para a terapia e a reabilitação desmentem a sua finalidade mesma. A qualidade dos lugares interage com a dimensão qualitativa das relações e dos processos interativos; ainda De Leonardis e col. (1994) fazem

notar que a qualidade dos processos consiste na sua capacidade de atrair redistribuições de poder, ou seja, de produzir *empowerment* dos participantes, que deixam de ser destinatários passivos de assistência e se tornam, então, produtores de “competência”, ou seja, de recursos.

Não é, pois, marginal o fato de que a qualidade dos produtos da empresa social é função da sua possibilidade de ser competitiva no mercado; assim também a qualidade do produto qualifica a auto-estima do produtor.

De que modo é reproduzível a experiência de diversas empresas sociais? Como é comunicável aos trabalhadores das instituições? Na verdade, um dos mais importantes produtos da empresa social é sua função competitiva com a cultura asfixiante da psiquiatria dos serviços, a função de fazer a psiquiatria compreender a diferença entre reprodução (auto-reprodução) e desconstrução.

“As cooperativas são apenas um banco de trabalho, um dos instrumentos da empresa social. Esta, no fundo, não é senão a empresa de fazer existir um social, de dar-lhe vigor e matéria. A matéria prima é dada pelos indivíduos, seus saberes e suas estratégias. O importante é que exista um comércio entre eles e nosso dever é vivificar a cena, colocá-la na praça do mercado. Se não fazemos isso, não nos resta senão gerir um resíduo inerte: a doença, a inabilidade” (Rotelli, 1991).

6

PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

1. BIOPSISSOCIAL: SHIBBOLETH

O material de reflexão contido nos documentos teóricos e nos relatos de experiência da empresa social é riquíssimo. Todavia me parece que um dos aspectos centrais e dos mais interessantes seja que, através dos mecanismos de análise da realidade e da práxis de intervenção desta proposta é possível vislumbrar uma via concreta para transitar da psiquiatria à saúde mental. Ou, em outras palavras, o termo prevenção assume uma fisionomia muito mais precisa. A empresa social, de fato, é dirigida tanto aos usuários quanto aos sujeitos de risco; em ambos os casos, internamente, o conceito de vulnerabilidade social é central, somado ou, talvez, contraposto ao biopsicológico de vulnerabilidade individual. A “grande ilusão” do modelo médico efetivamente parece uma pálide oferta, em relação à força utópica de resgate da proposta da “empresa social”. Em 1977, George Engel, num histórico artigo publicado em *Science* (Engel, 1977), adotou a expressão “biopsicossocial” para caracterizar a exigência na Medicina de um novo paradigma que superasse o tradicional, biomédico e reducionista. Ainda que hoje o adjetivo “biopsicossocial” seja usado frequentemente para definir a que deveria ser uma abordagem integral da Medicina, cada vez mais, porém, se tornou vazio de sentido e ritualístico, tanto que o presidente da *American Psychiatric Association*