

Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas

Andréa Máris Campos Guerra

O texto parte de uma contextualização crítica da reabilitação psicossocial no Brasil, discutindo sua controversa concepção no processo de reforma no setor público da Saúde Mental. Em seguida, apresenta uma proposta que reúne três possíveis paradigmas na orientação do trabalho de inserção social com psicóticos, para, enfim, apresentar dois casos que retratam a inventividade nesse campo ainda em construção.

Palavras-chave: Reabilitação psicossocial, reforma psiquiátrica, psicose, inserção, clínica

Introdução

A escolha pelo tema *Reabilitação psicossocial em saúde mental* não se dá aleatoriamente. No atual contexto da reforma psiquiátrica, torna-se cada vez mais premente a discussão acerca das estratégias inclusivas de dispositivos voltados à inserção social e capacitação de usuários em Saúde Mental. Passados mais de vinte anos de efetiva reforma psiquiátrica no contexto brasileiro, temas diferentes já estiveram em questão, tais como crise e urgência, oficinas, estratégias de funcionamento da rede, entre outros. À medida que os serviços vão construindo saídas a esses impasses, novos se descortinam, colocando em foco outras questões.

Nesse momento, vislumbramos uma delas como sendo referida às possibilidades de inserção e circulação sociocultural e político-econômica de usuários. Essa questão atravessa toda a reforma, podendo ser pensada como um de seus pontos centrais. Avançar sobre esse tema é nossa pretensão aqui, buscando uma análise que possa trazer contribuições para nossa prática em Saúde Mental.

Reabilitação psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira

Sabemos que, nas últimas décadas, passamos de uma assistência com tendência à exclusão e ao descaso (Resende, 1994) para uma proposição política, por parte do Ministério da Saúde, ancorada nos princípios antimanicomiais. As portarias promulgadas no ano de 2002, com vistas à organização e ao financiamento da assistência, evidenciam a solidificação do trabalho em rede aberta, sua complexificação e especificidades (como a assistência à criança e ao adolescente ou ao drogadicto), conectado com os diferentes setores da vida pública.

Como fica, nesse contexto, a reinserção e a reabilitação psicossocial? Aliás, podemos falar em *re-inserção*? O que vem sendo chamado de reabilitação psicossocial? Como, no Brasil, esse campo tem se constituído e caminhado?

Sabemos que a reabilitação psicossocial nasceu nos Estados Unidos na década de 1940 a partir dos encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos chamado *Não estamos sós (WANA-We are not alone)*, que recebeu auxílio da *Fountain House* (clube social para os ex-internos, organizado por um grupo de mulheres). Avançou nas décadas posteriores, por meio de novos programas e associações civis, centrando-se, sobretudo, em três frentes de ação: capacitação ou trabalho protegido, oficinas protegidas, moradias ou alojamentos. Além disso,

na década de 1970, o governo passou a intervir e financiar ações no setor com a criação de redes complexas que utilizam, primariamente, os recursos comunitários (Desviat, 1999, p. 93-4).

No Brasil, o campo da reabilitação psicossocial é retratado, principalmente, em duas recentes publicações *Reabilitação psicossocial no Brasil* (Pitta, 1996) e *Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível* (Saraceno, 1999).

O primeiro livro permite-nos situar a heterogeneidade e os paradoxos que habitam esse território em nível nacional, dificultando o estabelecimento de um discurso ou tendência comum à prática. Ele se divide em quatro partes. A primeira apresenta as perspectivas de reabilitação psicossocial, tentando definir o que seria a reabilitação hoje no Brasil. Os conceitos de reabilitação psicossocial apresentados podem ser resumidos na idéia de que hoje a reabilitação é considerada uma exigência ética, não mais sendo tomada somente como uma tecnologia, mas, antes, como uma estratégia que implica uma política geral de serviços em Saúde Mental. Assim, reabilitação psicossocial passa a ser entendida a partir da idéia de reconstrução do exercício pleno (pleno?) da cidadania e da contratualidade social em seus três cenários: casa, trabalho e rede social (Saraceno, 1996a, p. 13-8). Exemplo é a proposta apresentada pelo então representante do Ministério da Saúde sobre o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), enquanto estratégia nacional de reabilitação (Nascimento, 1996, p. 27-30).

Na recuperação do conceito de reabilitação, temos a versão estabelecida em 1985 pela *International Association of Psychosocial Rehabilitation* que se apresenta como:

... o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. (...) O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo. (Pitta, 1996, p. 19)

Como se vê, há nele uma ênfase na idéia de autonomia funcional e de complexidade quanto ao alcance do modelo de abordagem. A ele, Ana Pitta propõe uma definição mais contemporânea. Para ela, nas chamadas democracias emergentes, com ênfase na noção de equidade, "*Reabilitação psicossocial* poderá significar justamente um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para alcançarmos a utopia de uma sociedade justa com chances iguais para todos" (Pitta, 1996, p. 23-4).

Entretanto, o que parece uma unidade consensual de teoria e intervenção começa a se desfazer quando da leitura das diferentes experiências nacionais com a reabilitação na terceira unidade do livro, intitulada "Experiências de reabilitação no Brasil". Angra dos Reis, Brasília, Sul de Minas e Juiz de Fora, Pernambuco,

Ceará e Pará, apesar de consoantes com o movimento de reforma psiquiátrica nacional, expõem, sob pressupostos epistêmicos e práticos, às vezes opostos, suas experiências na consolidação do campo da reabilitação.

Evidenciam, por exemplo, influências da Terapêutica Institucional Francesa – centrada na perspectiva da ancoragem simbólica do psicótico na instituição de tratamento – que traz diferenças inconciliáveis em relação à tradição da Psiquiatria Democrática Italiana – que pressupõe a desconstrução de toda estrutura sócio-simbólica e terapêutica de institucionalização da loucura. Cada uma dessas abordagens é tomada como eixo teórico norteador de duas experiências contemporâneas de reabilitação no Brasil, respectivamente, em São Paulo, no CAPS Luís Cerqueira¹ (Goldberg, 1996b, p. 33-47) e no Distrito Federal, no Instituto de Saúde Mental (Costa et al., 1996, p. 94-5).

Curioso mesmo foi encontrar a construção do Centro Integrado de Assistência Social do Pará – Ciaspa, destinado a acolher e atender pacientes com transtornos mentais crônicos, planejado e patrocinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na França, sob o modelo idealizado por Paul Sivadon nas trilhas do clássico da psicodinâmica Henry Ey (Bezerra e Machado, 1996, p. 120-6).

É, porém, com a leitura das Unidade II (*Repensando estratégias reabilitadoras*) e Unidade IV (*Reabilitando conceitos e clínica*), que a diversidade e as contradições internas ao corpo ainda não teorizado da reabilitação à época² se evidenciam, sobremaneira a partir de posições opostas sobre três eixos ou categorias que orientam a noção de reabilitação. O primeiro diz respeito à idéia de *autonomia*. De um lado, Kinoshita (1996) toma a autonomia enquanto eixo para a reabilitação, como se pode depreender da análise de sua conceituação para essa prática:

Reabilitar pode ser então entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. (...) Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. (p. 56-7)

E, apesar de também trabalhar a partir da idéia de ampliação da contratualidade social, veremos Saraceno (1996b), no mesmo livro, afirmar que:

... a pré-condição das relações entre as pessoas é a troca, o negócio, ou seja, o negócio precede o ócio. Dito de outra maneira, as oportunidades de trocas

1. Este é o único texto, dentre os citados, que compõe a Unidade II do livro *supra* mencionado, e não a III.
2. “Mas, o fato é que a Reabilitação Psicossocial é uma prática, neste momento, sem teoria e isto não pode continuar assim” (Saraceno, 1996, p. 151).

materiais e simbólicas são oportunidades precedentes na capacidade relacional do sujeito. Práticas à espera de teoria que puseram no seu centro a renúncia ao mito da autonomia. (p. 151)

Mas as contradições não param por aí. Também a noção de *clínica* no interior da reabilitação sofre divergências de posições. Enquanto Bezerra (1996, p. 137-42) tece toda uma argumentação a fim de evidenciar que um determinado modelo de se fazer clínica, em vez de excluir o sujeito em sua relação com o social, o inclui, permitindo a construção da noção de clínica ampliada, Saraceno (1996b, p. 150) abre um de seus textos, nesse livro, dizendo que: “as práticas terapêuticas que nos últimos cem anos derivaram dos modelos da clínica são altamente insatisfatórias, por diversas razões”. E ainda acrescenta que sente como “extremamente pobre a referência à palavra clínica como continente, como referência teórica a uma prática que é tão mais complexa e articulada” (ibid., p. 153) como a da reabilitação psicossocial.

Quanto ao *alcance* dos efeitos da reabilitação, Benetton (1996, p. 143-9) questiona, em oposição a Bertolote (1996, p. 155-7), essa categoria. Para este último,

... o processo de Reabilitação Psicossocial, como nós o entendemos, é a *restituição plena* dos direitos, das vantagens, das posições que estas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se lhes fossem oferecidas outras condições de vida nas quais as barreiras fossem atenuadas ou desaparecessem (p. 156, grifos meus).

Benetton (1996), por seu turno, pergunta-se como se poderá aferir a inclusão social do excluído: pelo novo ou pelo readquirido? Questionando o prefixo *re*, pergunta se não se ficaria aí testando o novo na relação com o velho.

Será que alguém que teve o dedo quebrado e que depois da reabilitação ficou completamente curado é, ainda, a mesma pessoa? Parece que não. (...) A mudança é apenas de reaquisição? Vejamos, agora: quando é que um esquizofrênico fica bom? Quando ele volta ao que era antes? Sabemos que ele não volta e com isso corremos dois grandes riscos: o primeiro é mantê-lo para sempre em testes; o segundo é consequência do primeiro, ou seja, é nunca poder considerá-lo habilitado. (p. 148)

Nosso interesse ao comentar esse livro surgiu do fato de que ele explicita com todas as letras e nomes o território ainda pouco sistematizado, contraditório e em construção, no qual se encontra a prática da reabilitação psicossocial no campo da Saúde Mental.

O segundo livro (Saraceno, 1999), por seu turno, traz alguns avanços à discussão, buscando constituir uma teoria da reabilitação. Após revisão logo no primeiro capítulo sobre os diferentes modelos de reabilitação, apresenta uma proposta crítica para essa prática nos últimos capítulos. Aponta a perspectiva adaptacionista dos quatro modelos estudados que se centram na correção, ora

dos desvios no sujeito, ora do funcionamento do meio sócio-familiar, dando ênfase à aprendizagem de habilidades pelo sujeito e/ou a mudanças contextuais no modo de funcionamento da dinâmica familiar. Discute também o espaço do hospital psiquiátrico, apontando-o como o paradigma dos espaços desabilitadores, onde a vida não habita e, antes, onde reina a ausência de obra. E finalmente identifica as quatro variáveis do processo de reabilitação: sujeitos, contextos, serviços e recursos, apresentando a reabilitação como *cidadania*.

Critica o modelo darwiniano na reabilitação a partir do qual é perseguida a capacidade singular de participar de forma vitoriosa na batalha da sobrevivência. O que traz, como decorrência, a busca da autonomia, como mito responsável pela hiper-seleção de sujeitos à reabilitação, deixando-se de lado os casos mais graves. Esse modelo acompanha o modelo social em que, como no mercado, vence o melhor.

Ele propõe, ao contrário, o modelo de redes múltiplas de negociação que põe no centro das questões a *participação* e não a autonomia. Nessa perspectiva, não se trata de tornar o fraco suficientemente forte para poder competir com os demais, mas modificar as regras do jogo de forma que todos possam participar em trocas permanentes de competências e interesses. Para ele, os eixos sobre os quais se apóia o aumento da capacidade contratual dos pacientes psiquiátricos são a *morada*, que se ocupa da casa e da apropriação da habitação do espaço vital; a *rede social*, em que se dão de fato as trocas sociais vivas; e o *trabalho*, entendido como processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos, meio de sustento e auto-realização, onde se produzem e trocam mercadorias e valores, provocando a construção de novas redes e novas relações entre sujeitos sociais.

Ora, com Saraceno (1999) começa a despontar a desconstrução de uma lógica da reabilitação que subtrai o sujeito em nome de uma lógica produtiva maior que aquele. Destaca-se nesse modelo a dimensão política e social do processo reabilitador, sendo o mesmo pensado em termos da capacidade contratual de cada sujeito. Rotelli (1994) e Goldberg (1996a e 1996b) partilham dessa posição, evidenciando a importância de deslocar o sujeito da perspectiva do produtor ideal para a do consumidor que realiza as trocas sociais, que efetiva a contratualidade social.

É com Viganò (1997 e 1999), entretanto, que vemos essa crítica ser levada à sua radicalidade, numa proposta articulada à clínica, enquanto dimensão inarredável de inscrição do sujeito e de possibilidade de implicação nas respostas que constrói. Para ele, a reabilitação não pode renunciar a se interessar pelos sintomas, pois eles são formas do sujeito se implicar e responder ao campo social ao qual está referido; são diferentes modos de adaptar-se a um rompimento com a realidade. Em conformidade com Freud e Lacan, coloca os sintomas como as estratégias de cura empreendidas pelos sujeitos psicóticos para se libertarem da

dependência ligada à forclusão.³ Daí a fraqueza dos modelos de reabilitação que tentam tamponar o sintoma negativo, em vez de se interessarem pelo positivo, ou seja, pelo estilo das estratégias adotadas pelo próprio sujeito como saídas.

Toda aprendizagem que o Outro social fornece ao sujeito permanece na série de objetos dados pelo Outro materno e não libertará jamais o sujeito de sua dependência, dita simbiótica. (...) A reabilitação não reabilita senão à ordem simbólica, aquilo que permite a um sujeito se comunicar com a realidade. Esta afirmação tem uma conseqüência: a reabilitação pode ser bem-sucedida somente com a condição de seguir o estilo que sugere a estrutura subjetiva do psicótico. (Viganò, 1997, p. 63)

Assim, o que deve ser buscado não é o real somático de uma função, o aprendizado de uma habilidade, mas as condições simbólicas para enfrentar o real do gozo do Outro materno e, em seguida, do Outro social. Ou seja, seguir as estratégias desenvolvidas pelo próprio sujeito como política para a reabilitação. Daí a advertência de Viganò (1999) para não cairmos numa nova cronicidade, pois apesar da desconstrução do hospital psiquiátrico, corre-se o risco de incorrer-se em novas formas de exclusão e segregação, por vezes realizadas a partir da própria rede de assistência à Saúde Mental. A esse risco, ele propõe como estratégia de trabalho a construção do caso clínico. Como se vê, para Viganò não há como dissociar clínica e reabilitação, cada um desses processos estabelecendo uma relação dialética com o outro.

Essas duas últimas matrizes (sociopolítica ou crítica e clínica) têm influenciado o campo da reabilitação psicossocial no Brasil, permitindo-nos extrair, a partir delas, seus paradigmas de trabalho.

Paradigmas de trabalho no campo da reabilitação psicossocial

Como se vê, para além de seu campo prático referido a iniciativas concretas, o avanço do campo da reabilitação psicossocial pode ser pensado, por outro lado, a partir das diferentes formulações teóricas que habitam seu território, tornando-o, ainda hoje, pouco coeso ou uniforme. Essa dispersão teórica e prática tem caracterizado o campo da Saúde Mental brasileiro como um todo. Vemos, na prática assistencial, uma *homogeneidade* quanto às políticas públicas que dão diretividade à implantação, financiamento e administração dos serviços abertos e substitutivos ao manicômio, apesar das *diferenças* regionais resultarem numa não

3. Forclusão entendida aqui enquanto ausência da operação simbólica que introduz o sujeito na Linguagem e na partilha de uma Lei comum.

uniformidade da adequação dessas políticas às realidades locais. Em algumas regiões, ainda se resiste em romper com a lógica clássica e excludente da psiquiatria centrada no manicômio e na hegemonia do poder médico. Dessa forma, temos, ao lado de sofisticados serviços abertos como os CERSAM ou os CAPS que buscam a retomada da vida cotidiana de seus usuários num modelo inclusivo, o exílio forçado e mortes violentas por descaso e má-fé em estruturas asilares e excludentes (Oliveira, 2001).

Por outro lado, essa dispersão alcança também o território epistemológico, demarcado pela *diversidade de teorias* que tentam dar conta do campo da Saúde Mental e da reabilitação. Sabemos que, no Brasil, a herança basagliana se soma por vezes à esquizoanálise, por vezes à filosofia nietzscheana, em outros casos à psicologia social ou mesmo à epidemiologia. Em Minas Gerais, sobretudo nos primeiros movimentos da reforma, a psicanálise foi a grande parceira epistemológica da proposta política de libertação democrática advinda com a psiquiatria basagliana (Barreto, 1999).

Ora, desenhado em grandes figuras o campo da reabilitação psicossocial brasileira, como pensar os paradigmas em seu interior? Quais as questões aí suscitadas? Quais as suas especificidades?

Sabemos que o termo reabilitação traz, em si mesmo, controvérsias. O termo é criticado de diferentes maneiras:

- 1) reabilitar como, quando a psicose é fruto de uma ruptura irrecuperável?;
- 2) como voltar a ser o que se era antes, se é exatamente isso que se perde no desencadeamento psicótico?;
- 3) reabilitar, recuperar? E a possibilidade de aprendizado de novas estratégias subjetivas e psicossociais? Trata-se somente de um retorno a um suposto estado anterior de coisas?

Apesar das questões quanto ao uso do termo de uma maneira geral, propomos aqui reunir em três grandes modelos epistêmicos a reabilitação psicossocial: os modelos psicoeducativos, os modelos sociopolíticos ou críticos e os modelos de orientação clínica.

1) Os modelos psicoeducativos – são calcados na aprendizagem de habilidades e manutenção de repertórios de comportamentos e respostas que facilitem a adequação entre indivíduo (doente), família e comunidade, com vistas ao restabelecimento de um estado de equilíbrio. Nos diferentes modelos (Antony, Parkas, entre outros) as ações incidem ora sobre o indivíduo, ora sobre a família, ora sobre a interação dos dois elementos, conforme a leitura da patologia esteja associada a distúrbios de comportamento do primeiro ou à inadequação da família em lidar com estes.

2) Os modelos sociopolíticos ou críticos – consideram os manuais de reabilitação como dependentes de variáveis reais – sociais e políticas –, tais que

os sujeitos, os serviços, os contextos e os recursos disponíveis, sabendo-se, de antemão, que são as culturas locais e as disponibilidades reais dos atores e dos recursos os indicadores para a leitura e interpretação dos diferentes modelos de diagnóstico, medicação, tratamento e reabilitação. Ou seja, para além dos manuais, o que determinaria a intervenção seriam as realidades locais. Sustentam, além disso, a necessidade de se considerar várias redes na intervenção. Como vimos, Saraceno (1999) propõe pensarmos a reabilitação psicossocial como modelo de redes de negociação a partir da idéia central de participação num modelo inclusivo que tenta romper com a lógica meramente produtiva. Destaca-se nesse modelo a dimensão política e social do processo reabilitador, orientada pela idéia de uma cidadania *possível* na psicose, sendo esse processo pensado em termos do aumento da capacidade contratual de cada sujeito.

3) Os modelos de orientação clínica – a proposta de se orientar pela clínica implica uma crítica radical aos modelos psicoeducativos dada sua proposta homogeneizante e generalizada de intervenção e sua finalidade de remissão de sintomas e comportamentos tomados como “inadequados”. E, por outro lado, aproxima-se dos modelos sociopolíticos, em sua intencionalidade de retomada da vida pública a partir do campo de possibilidades de cada sujeito. Parte do pressuposto de que há uma dimensão particular, única e irreduzível de inscrição do sujeito na linguagem e na cultura, com desdobramentos sobre seu modo de estar no mundo, bem como aposta na implicação do sujeito nas respostas que constrói, seja por quais vias for. Trabalha, pois, de um lado, com a *singularidade* do sujeito e, conseqüentemente, das intervenções, e, de outro, com a *responsabilização* do sujeito pelas respostas que apresenta (Viganò, 1997 e 1999). Ora, seguir as estratégias do sujeito implica conhecer as diferentes maneiras através das quais ele trabalha, ou seja, busca tratar os retornos no real que o assolam, numa tentativa de tornar o gozo suportável e civilizável.

Mas em termos concretos, o que de fato encontramos no trabalho de inscrição sociocultural, nomeado reabilitação, em nossa prática? Como operacionalizamos a reabilitação no Brasil?

Na verdade, trabalhamos, ainda, na *construção* de um modelo que, como pode se ver, mescla diferentes proposições, sem sustentar um *paradigma* propriamente dito. Trabalhamos inventando, experimentando e avaliando, mais ou menos formalmente, nossas ações a partir de suas conseqüências sobre os usuários nelas envolvidos.

A reabilitação na prática concreta: construção e invenção

A título de ilustração dessa construção e inventividade no trabalho de reabilitação, trago dois casos. O primeiro, de um sujeito que prescindiu da rede de cuidados e, apesar disso, constrói uma saída brilhante, convidando-nos a aprender com ele. O segundo, que diz respeito a um caso advindo de longos anos de internação psiquiátrica e que, pela intervenção da rede aberta de Saúde Mental, consegue recuperar na vida pública seus direitos mínimos básicos de cidadão e, na vida privada, a possibilidade do diálogo.

Vamos ao primeiro. Figura notória no Rio de Janeiro, o Profeta Gentileza deixou legado histórico nas ruas da cidade através de um trabalho de estabilização que ultrapassa qualquer tentativa de teorização ou sistematização no campo da Saúde Mental.⁴ Nascido José Datrino, fez-se profeta a partir de uma interpretação delirante de um chamado astral que o convocava, como São José na terra, a levar aos homens a mensagem de Deus. *Gentileza* ao lado de *agradecido* tornam-se vocábulos que estruturam uma nova realidade para o Profeta. Com a queima de um circo em Niterói, que matou quatrocentas pessoas, José muda-se para o local do circo queimado, deixando sua família e oferecendo vinho aos vitimados pela tragédia que por lá circulavam. Ensina-os a gentileza e o agradecimento, em lugar do favor (que gera exigência de compensação e não é, pois, gratuito) e do obrigado (que gera obrigações, quando a gentileza deveria ser pura doação). Daí parte para pregações nas ruas do Rio e na barca Rio-Niterói, ganhando o apelido de Profeta da Barca. É levado pela polícia e pela família por três vezes a hospitais psiquiátricos da cidade, mas a insistência de sua missão torna-o portavoce de uma nova ordem partilhada mundialmente, que se opõe ao individualismo contemporâneo e à ética da mais-valia do *capeta-capital*. Viaja o Brasil com suas pregações, fazendo dele um mundo arredondado, e depois retorna ao Rio. A cada cidade em que aportava, procurava as autoridades políticas e a rádio de maior audiência para se fazer ouvir. De volta ao Rio, pinta nas paredes do Viaduto do Caju suas mensagens que, a partir daí, tornam-se inscrições de um gozo que, incessante, não se calou com a construção delirante do nome *Profeta Gentileza*. Confere, pois, um contorno estético ao gozo que restou em excesso na construção simbólica de seu novo nome (*Gentileza*), inscrevendo-se também no texto da cidade. Para além dos muros do hospital, para além da rede aberta de assistência

4. Caso sobre o qual dedicamos criterioso estudo através de pesquisa financiada pela Faculdade de Ciências Humanas da Fumec, em Belo Horizonte, através da Funadesp. A pesquisa, realizada em 2002-2003, intitula-se "*Laço social e psicose: estratégias para a clínica antimanicomial no campo da assistência à Saúde Mental*" (Guerra et al., 2003).

– que se construía no Brasil ao mesmo tempo em que José se transformava no Profeta –, Dadrino inclui-se pela obra nas ruas da cidade, no discurso de seus transeuntes, na tela da TV (Jô Soares) e nas imagens cosmopolitas da arte cidadina. Sua obra se torna patrimônio cultural do município e, seu texto, parte da cidade.

O que podemos aprender com ele? O que podemos levar desse aprendizado para o território da assistência em Saúde Mental, da reabilitação?

Há sempre uma possibilidade de construção de resposta por parte do sujeito, mais ou menos precária, mais ou menos capaz de provocar enlaçamentos. Seguir essa resposta tomando-a como marca do estilo do sujeito nos ensina também que, por ela, o sujeito é sempre responsável. Além disso, a construção de enlaçamentos sociais não obedece a regras nem a padrões ideais ou normativos, mas, antes, ao efeito que provoca no texto da cidade e de seus moradores.

O que reaparece no segundo caso que trago (Silva, 2003)⁵. Júlio, com 53 anos atualmente e internado intermitentemente desde os quinze, deixa, depois de dez anos seguidos de sua última internação, o hospital onde *morava* ao ingressar no Programa de Desospitalização Psiquiátrica de Belo Horizonte (PDP). Digo *morava*, apesar de possuir, com o irmão, terrenos e uma casa excelente de dois andares num bairro de classe média alta da cidade, uma pensão do pai e poupança aplicada em alguns bancos.

Sua trajetória de segregação inicia-se já em sua família, composta, segundo suas palavras, por “*uma mãe manipuladora*”, “*um pai autoritário*” e “*um irmão que também é louco*”. Usuário de drogas e álcool, inicia sua vida institucional em clínicas para drogadictos até que a família, por orientação médica, interna-o em um hospital psiquiátrico. Sua última internação acontece já com os pais falecidos. Ele tem como curadora uma antiga amiga da primeira curadora, parente da família, que, não apenas enviava-lhe somente o mínimo para sua sobrevivência no hospital, como também beneficiava-se de sua casa, alugando seus quartos e vivendo dessa renda. Além disso, vendeu alguns de seus terrenos e dispôs de certo valor aplicado na poupança. O interessante a ressaltar é o fato de que não apenas todo esse desvio da função da curatela, como também de sua desassistência, ou, no mínimo, de sua inadequada assistência, permaneceram encobertos enquanto durou sua internação.

Palavra desvalida, deslegitimada socialmente pela internação hospitalar, *um louco não sabe o que diz*, ou se sabe, certamente é delírio... Sobretudo nesse caso que se tratava de um usuário constantemente querelante. Sua saída do hospital psiquiátrico é realizada com o apoio de um acompanhante terapêutico,

5. Esse caso é acompanhado por estagiário de Psicologia junto ao curso da FCH-Fumec (Belo Horizonte) na função de acompanhante terapêutico sob supervisão da autora.

fundamental para a elucidação e denúncia dessas distorções ao lado da equipe da rede aberta em Saúde Mental do município e do PDP que assistiu ao caso. Hoje, após intervenção na Justiça, a curadora foi trocada, e Júlio e o irmão estão se organizando para morarem em apartamento alugado com uma acompanhante domiciliar, começando a usufruir, agora de fato, de sua renda e de sua cidadania.

Com esses dois casos, podemos, enfim, dizer que temos tentado articular as possibilidades concretas de saídas subjetivas com a defesa de um modelo de participação social e política como guia das práticas no campo da reabilitação, sem perder de vista a particularidade subjetiva que cada caso traz. Contando ou prescindindo da rede de cuidados, ainda que sem um formato ou modelo definido *a priori*, temos construído uma prática polimorfa que acompanha o traçado da história do sujeito, considerando sua inserção na vida social e cultural junto aos contextos locais por onde circula. Fazer disso uma realização concreta, anima a utopia que habitou o território da reabilitação, sem os arroubos de seus primórdios, mas antes considerando sua dimensão de provocação de novos movimentos. Como nos lembra Galeano (2000, p. 102): “ela está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais a alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para caminhar.”

Referências

- BARRETO, Francisco Paes. *Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.
- BENETTON, Maria José. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 143-9. (SaúdeLoucura, 10)
- BERTOLOTE, José Manuel. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 155-8. (SaúdeLoucura, 10)
- BEZERRA, Benedito Paulo e MACHADO, Mário José da Rocha. Um trabalho na Amazônia: o CIASPA no Pará. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 120-6. (SaúdeLoucura, 10)
- BEZERRA, Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 137-42. (SaúdeLoucura, 10)
- COSTA, A. C. F. et al. O Instituto de Saúde Mental do Distrito Federal. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 89-95. (SaúdeLoucura, 10)

- DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- GALEANO, Eduardo. *O livro dos abraços*. 7. ed. Trad. de Eric Nepomuceno. Porto Alegre: L&PM, 2000.
- GOLDBERG, Jairo Idel. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1996a.
- _____. (1996b). Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996b. p. 33-47. (SaúdeLoucura, 10)
- GUERRA, Andréa Máris Campos et al. Laço social e psicose: estratégias para a clínica antimanicomial no campo da assistência à Saúde Mental. *Anais do 1 Seminário de Pesquisa e Iniciação Científica da FUMEC*. Belo Horizonte, v. I, p. 77-9, 2003.
- KINOSHITA, Roberto Tykanori (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-9. (SaúdeLoucura, 10)
- NASCIMENTO, Domingos Sávio. Por um programa brasileiro de apoio à desospitalização. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 27-30. (SaúdeLoucura, 10)
- OLIVEIRA, Marcus Vinícius de (org.). *Mortes violentas em hospitais psiquiátricos*. Brasília, Conselho Federal de Psicologia, 2001.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: _____ (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26. (SaúdeLoucura, 10)
- _____. (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. (SaúdeLoucura, 10)
- RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 4. ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1994. p. 15-74.
- ROTELLI, Franco. Entrevista. In: AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 157-60.
- SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996a. p. 13-8. (SaúdeLoucura, 10)
- _____. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera da teoria. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 150-154. (SaúdeLoucura, 10)
- _____. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.
- SILVA, Carlos André Moreira da. Caso de polícia. *Oficinas*, ano X, n. 17, p. 37-41, 2003.

VIGANÓ, Carlo. Terapia ou reabilitação. In: _____. *Saúde Mental: psiquiatria e psicanálise*. Belo Horizonte: Instituto de Saúde Mental/Associação Mineira de Psiquiatria, 1997. p. 23-27.

_____. A construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga*, Belo Horizonte, n. 13, p. 50-9, 1999.

Resumos

El texto parte de una contextualización crítica de la rehabilitación psicosocial en el Brasil, discutiendo su controvertida concepción en el proceso de reforma del sector público de la Salud Mental. Seguidamente, presenta una propuesta que reúne tres posibles paradigmas en la orientación del trabajo de inserción social con psicóticos. Finalmente presenta dos casos que retratan la inventiva en ese campo todavía en construcción.

Palabras clave: Rehabilitación psicosocial, reforma psiquiátrica, psicosis, inserción, clínica

96

Le texte part d'une contextualisation critique de la réhabilitation psychosociale au Brésil, discutant la controverse au sujet du processus de réforme du secteur public de Santé Mentale. Ensuite, il présente une proposition qui réunit trois paradigmes possibles dans l'orientation du travail d'insertion sociale avec des psychotiques. Pour, enfin, présenter deux cas montrant l'inventivité dans ce champ encore en construction.

Mots-clés: Réhabilitation psychosociale, réforme psychiatrique, psychose, insertion, clinique

This article consists of a critical contextualization of psychosocial rehabilitation in Brazil and discusses its controversial conception in the process of reform of the public mental health sector. A proposal is then presented that brings together three possible paradigms for orienting activities for social inclusion with psychotics. Finally, two cases are presented that portray inventiveness in this field that is still under construction.

Key words: Psychosocial rehabilitation, psychiatric reform, psychosis, inclusion, clinic

Versão inicial recebida em fevereiro de 2004

Versão revisada recebida em maio de 2004