

A PROPOSTA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE SARACENO: UM MODELO DE AUTO-ORGANIZAÇÃO?¹

Isabela Aparecida de Oliveira Lussi²

Maria Alice Ornellas Pereira³

Alfredo Pereira Junior⁴

Lussi IAO, Pereira MAO, Pereira Junior A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):448-56

Discute-se a teoria da Reabilitação Psicossocial, proposta por Benedetto Saraceno, tomando como referencial a teoria de Sistemas Auto-Organizados, elaborada, entre outros, por Michel Debrun. Observa-se que a proposta de Saraceno satisfaz diversos aspectos do processo de auto-organização, porém não chega a se constituir plenamente como tal. A partir dessa reflexão, pode-se entender melhor algumas das dificuldades da prática de reabilitação na área de Saúde Mental.

DESCRITORES: reabilitação; teoria de sistemas; saúde mental; prestação de cuidados de saúde

THE PROPOSAL OF SARACENO'S PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: IS IT A MODEL OF SELF-ORGANIZATION?

We discuss the theory of Psychosocial Rehabilitation proposed by Benedetto Saraceno, using the theory of Self-Organizing Systems, developed by Michel Debrun and others as a reference framework. We observe that Saraceno's proposal satisfies several aspects of self-organizing processes. However, it is not completely fit. Based on this discussion, the difficulties found in rehabilitation practice in the Mental Health area can be better understood.

DESCRIPTORS: rehabilitation; systems theory; mental health; delivery of health care

LA PROPUESTA DE REHABILITACIÓN PSICOSSOCIAL DE SARACENO: ¿UN MODELO DE AUTOORGANIZACIÓN?

Discutimos la teoría de la Rehabilitación Psicossocial, propuesta por Benedetto Saraceno, teniendo como referencia la teoría de Sistemas Autoorganizados, elaborada, entre otros, por Michel Debrun. Observamos que la propuesta de Saraceno satisface a diversos aspectos del proceso de autoorganización, pero no llega a constituirse plenamente como tal. Desde esta reflexión, se puede entender mejor algunas de las dificultades de la práctica de rehabilitación en el área de la Salud Mental.

DESCRIPTORES: rehabilitación; teoría de sistemas; salud mental; prestación de atención de salud

¹ Agradecemos ao CNPq pelo apoio a este trabalho por meio de Bolsa de Produtividade em Pesquisa concedida a Alfredo Pereira Junior; ² Professor Assistente da Universidade Federal de São Carlos, e-mail: bellussi@power.ufscar.br; ³ Professor Adjunto da Faculdade de Medicina de Botucatu, e-mail: malice@fmb.unesp.br; ⁴ Professor Adjunto do do Instituto de Biociências, e-mail: apj@ibb.unesp.br. Universidade Estadual Paulista

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1950, diversos esforços interdisciplinares foram dedicados ao estudo do fenômeno da Auto-Organização, que ocorre quando um sistema aberto altera seus padrões organizacionais, impelido por linhas de força endógenas. Tais estudos levaram à elaboração de uma Teoria da Auto-Organização, que se contrapõe epistemologicamente ao paradigma oriundo da física newtoniana, no qual as causas explicativas do comportamento de um sistema são procuradas no seu exterior. Ao longo da evolução recente da ciência e da filosofia da ciência, a Teoria da Auto-Organização tem sido aplicada em diversas áreas do conhecimento, da física microscópica até os sistemas humanos. Sabe-se que "há auto-organização cada vez que, a partir de um encontro entre elementos realmente (e não analiticamente) distintos, se desenvolve uma interação sem supervisor (ou sem supervisor onipotente) - interação essa que leva eventualmente à constituição de uma 'forma' ou à reestruturação, por 'complexificação', de uma forma já existente"⁽¹⁾.

Para a definição dos processos de auto-organização adota-se aqui, os seguintes critérios: a) o sistema em questão deve abarcar diversos fatores independentes entre si; b) do jogo entre esses fatores se desenvolve uma nova forma organizacional no sistema; c) apesar do sistema receber perturbações externas, o que determina a nova forma são as interações entre os fatores internos; d) o sistema não apresenta uma descontinuidade total em função das alterações decorrentes do processo, pois, no caso de uma ruptura radical, ele não poderia ser considerado como sendo o mesmo sistema⁽²⁾.

Uma aplicação da Teoria da Auto-Organização à área de saúde seria desejável para propiciar melhor entendimento da multiplicidade de fatores que regem o processo saúde-doença, e de como esses fatores interagem no tempo e no espaço de forma singular, constituindo a história de vida da pessoa⁽³⁾. Na área de Saúde Mental, por meio dessa teoria pode-se melhor entender como diversas dimensões ou categorias da experiência de vida de uma pessoa interagem, criando condições para sua saúde mental ou desencadeando crises que podem aumentar a suscetibilidade ao transtorno mental⁽⁴⁻⁵⁾. Para realizar esse enfoque, começa-se aqui, com uma análise da proposta de Reabilitação Psicossocial elaborada por Saraceno, a qual tem tido grande influência na

reforma do atendimento em saúde mental no Brasil. Pensa-se que essa discussão pode respaldar a prática do enfermeiro no contexto atual da Reforma Psiquiátrica, visto que alguns autores⁽⁶⁾ destacam a dificuldade desse profissional em abandonar o modelo organicista, como referencial de sua atuação prática, e incorporar os conceitos psicossociais inerentes ao contexto dos serviços substitutivos de atenção em saúde mental.

A PROPOSTA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE SARACENO

A reabilitação psicossocial, que tem em Saraceno um de seus principais representantes, destina-se a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as *deficiências* e os *danos* da experiência do transtorno mental. Tal noção de reabilitação se baseia em importante distinção terminológica proposta pela Organização Mundial da Saúde, ou seja, "Doença ou Distúrbio (condição física ou mental percebida como desvio do estado de saúde normal e descrita em termos de sintomas e sinais); Dano ou Hipofunção (dano orgânico e/ou funcional a cargo de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica); Desabilitação (*disabilitá*, limitação ou perda de capacidades operativas produzidas por hipofunções); Deficiência (desvantagem, conseqüência de uma hipofunção e/ou desabilitação que limita ou impede o desempenho do sujeito ou das capacidades de qualquer sujeito)"⁽⁷⁾.

Considerando as definições apresentadas acima, a reabilitação seria compreendida pelo conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo, conseqüentemente, suas desabilitações e a deficiência, podendo, também, no caso do transtorno mental, diminuir o dano. Para que ocorra uma efetiva reabilitação, é importante a reinserção da pessoa na sociedade. Quando a própria pessoa acredita que é incapaz ou impotente frente à dinâmica de sua vida, há o surgimento de um estado de inércia e diminuição de sua condição para o enfrentamento das dificuldades vividas, situação que pode ser modificada à medida que o apoio da rede social se amplia.

Assim, a cisão entre sujeito e contexto social, própria da psiquiatria tradicional, é superada pelo conceito de reabilitação psicossocial, que envolve "profissionais e todos os atores do processo de saúde-

doença, ou seja, todos os usuários e a comunidade inteira". Nesse sentido, o processo de reabilitação consiste em "reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social"⁽⁸⁾. A reabilitação psicossocial também pode ser considerada como um "processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade"⁽⁹⁾. Ainda se pode definir "reabilitar" como "melhorar as capacidades das pessoas com transtornos mentais no que se refere à vida, aprendizagem, trabalho, socialização e adaptação de forma mais normalizada possível"⁽¹⁰⁾.

A vulnerabilidade psicológica de uma pessoa se define como a capacidade de reação a acontecimentos estressantes. Os acontecimentos podem levá-la ao desenvolvimento de transtornos mentais, quando exigem, para seu enfrentamento, habilidades que não foram elaboradas pela pessoa. Os fatores de vulnerabilidade são inversamente proporcionais à capacidade de enfrentamento de acontecimentos estressantes. Tais fatores podem ser inespecíficos (como isolamento, falta de sono, doenças somáticas e efeitos do uso de tóxicos) e específicos (crises existenciais, reações de perda pessoal, eventos traumáticos e conflitos insolúveis).

Durante a vida, uma pessoa pode deparar-se com situações difíceis, nas quais sua capacidade de enfrentamento se encontra reduzida, e assim vir a desencadear um processo que conduz ao transtorno mental. A crise vivida pode trazer para o sujeito mudanças e crescimento; porém, se não for acompanhada de resolução saudável poderá trazer rupturas no processo existencial⁽¹¹⁾. Esses autores enfatizam a possibilidade de desenvolvimento das habilidades de enfrentamento de situações sociais, desse modo reduzindo o patamar de vulnerabilidade da pessoa.

A reabilitação não é a passagem de um estado de desabilidade para um estado de habilidade, ou de incapacidade para a capacidade. Essas noções não se sustentam quando descontextualizadas do conjunto de determinantes presentes nos locais em que ocorrem as intervenções, o que leva a pensar que a reabilitação é ampliada de acordo com as possibilidades de estabelecimento de novas ordenações para a vida. Desse modo, não há uma fronteira delimitadora dos que passaram a estar aptos e não aptos à vida, seja ela no âmbito pessoal, social,

ou familiar⁽⁸⁾. Várias pesquisas epidemiológicas atuais constataram, contrariamente aos postulados da psiquiatria tradicional, que a cronificação e o empobrecimento do portador de transtorno mental não são intrínsecos à doença, mas ocasionados por um conjunto de variáveis externas ao indivíduo, em geral ligadas ao contexto da família e da comunidade, passíveis de modificação por meio de um processo de intervenção. Por serem essas variáveis ligadas ao meio ambiente do paciente, pressupõem intervenções no nível ambiental que se distanciam das intervenções tradicionais do modelo psiquiátrico de abordagem biológica. Assim, afirma-se que "uma intervenção sobre a psicose tem sentido, desde que conduzida sobre 'todo o campo', influenciando assim sobre a complexa constelação de variáveis que constituem os fatores de risco e os de proteção. [...] 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"⁽⁷⁾. Dessa forma, observa-se que a proposta de reabilitação de Saraceno considera a complexidade do indivíduo, enfocando diversos fatores em interação, sendo, portanto, compatível com os princípios da auto-organização.

SUPERAÇÃO DOS MODELOS COMPORTAMENTALISTAS

Saraceno discute quatro modelos conceituais e operativos utilizados em reabilitação psiquiátrica, a saber: 1) os modelos de treinamento de habilidades sociais (*Social Skills Training* ou SST); 2) os modelos psicoeducativos; 3) o modelo de Spivak e 4) o modelo de Luc Ciompi. Aqui, deter-se-á na análise do primeiro, terceiro e quarto modelos⁽⁷⁾.

Os modelos de treinamento de habilidades sociais têm como alicerce o conceito de sistema biopsicossocial, o qual considera as interações entre vulnerabilidade, *stress*, enfrentamento e competência como sendo determinantes do transtorno mental. A vulnerabilidade psicológica do indivíduo se manifesta, em termos de sintomas psicóticos, frente a situações estressantes no ambiente familiar, social ou de trabalho interferindo em suas habilidades de enfrentamento. Assim, o SST compreende o desenvolvimento e/ou reforço de habilidades de enfrentamento por meio de mecanismos de

aprendizagem, ou seja, por meio da aquisição de hábitos desenvolvidos no *setting* terapêutico e transferidos para o ambiente natural do paciente⁽⁷⁾. Esse modelo seria ineficaz na reabilitação psicossocial, se as atividades que incluem situações de enfrentamento são programadas pelo terapeuta de forma fragmentada e fora do *setting* da vida real da pessoa que sofre o transtorno mental sem, no entanto, intervir em situações sociais estressantes para o paciente.

Aponta-se uma afinidade entre esse modelo e os mecanismos de aprendizagem que ocorrem em redes neurais artificiais por meio de treinamento supervisionado por reforço. No treinamento supervisionado, a rede recebe um padrão de entrada com um padrão de saída desejado, esperando-se que encontre, por meio de mecanismo de aprendizagem, "os pesos adequados das conexões que lhe possibilitem *associar* o padrão de entrada ao padrão de saída estabelecido por um supervisor". O treinamento por reforço ocorre de modo similar, porém sem o fornecimento de um padrão exato de saída, mas apenas indicadores de que o comportamento está adequado ou não. Tanto no primeiro como no segundo caso, existe a dependência frente a um supervisor e, portanto, não são considerados processos que se auto-organizam⁽¹²⁾. Dessa forma, observa-se que os modelos de treinamento de habilidades sociais não possibilitam um processo de reabilitação auto-organizada do indivíduo, visto que o terapeuta funciona como supervisor do processo, excluindo, assim, toda espontaneidade e autonomia do indivíduo.

O modelo de Spivak assume como objeto principal de análise a cronicidade psiquiátrica, dando ênfase não a rótulos diagnósticos, mas à descrição de comportamentos e processos que levam à dessocialização progressiva, a qual tem como base, possivelmente, um déficit de competência pessoal e social⁽¹³⁻¹⁴⁾. Uma característica fundamental desse modelo é a consideração de fatores ambientais no processo de dessocialização do paciente. Juntamente com a "incompetência da pessoa em satisfazer as próprias exigências e de quem interage com elas, Spivak leva em consideração qual o fator de máxima importância presente em um processo de dessocialização e de progressiva diminuição das articulações sociais, as ações e as reações das pessoas que constituem o ambiente no qual vive e age o paciente"⁽⁷⁾.

Observa-se que ao considerar tais fatores ambientais no processo de dessocialização do paciente, o modelo de Spivak pode abrir possibilidades para a ocorrência de um processo auto-organizado de reabilitação. Porém, deve-se analisar como acontecem as interações entre paciente e meio ambiente para constatar tal ocorrência. Analisando o desenvolvimento de um processo de cronificação a partir da teoria de Spivak, é possível ressaltar que existe uma ligação entre o insucesso nas competências sociais e as interações que elas produzem, ou seja, a diminuição da competência social do paciente provoca reações negativas nas pessoas que fazem parte de seu ambiente (como, por exemplo, frustração e decepção), que podem levar à recusa, que, por sua vez, provoca "sentimentos de falência no paciente, que, nesse ponto, começará a evitar as situações e as interações que se mostram mais prováveis às falências e à recusa dos outros", manifestando, assim, isolamento social cada vez mais acentuado que pode levá-lo à internação psiquiátrica⁽⁷⁾.

Aponta-se que essas interações se caracterizam por relações circulares, nas quais os efeitos de uma relação realimentam a mesma⁽¹⁵⁾. Essas relações estão presentes em sistemas complexos e, portanto, pode-se argumentar que o modelo de reabilitação, proposto por Spivak, também considera a complexidade do indivíduo, considerando que a forma de neutralizar a cronicidade seria por meio de um processo de reabilitação que aumente as articulações sociais entre o paciente e seu ambiente, desenvolvendo suas competências de forma a permitir um sucesso no ambiente social. Para que isso seja possível, resalta-se que é necessário realizar um levantamento das competências sociais deficitárias do paciente em seu ambiente, considerando cinco áreas vitais: moradia, trabalho, família e amigos, cuidado de si e independência, atividade social e recreativa⁽¹⁴⁾. Dessa forma, por meio de um programa de intervenção, os comportamentos incompetentes do paciente, relacionados a essas áreas, devem ser eliminados e os comportamentos competentes devem ser desenvolvidos, de modo que o paciente se readapte às normas da comunidade.

No entanto, apesar desse modelo considerar os fatores ambientais no processo de dessocialização do indivíduo que apresenta um transtorno mental, "o tratamento é focalizado sobre a adaptação do indivíduo não socializado às demandas normativas de um contexto que, todavia, nunca vem submetido

à crítica e sobre o qual não se prevê agir no sentido de uma redefinição e modificação⁽⁷⁾. Dessa forma, argumenta-se que durante o processo de intervenção propriamente dita, com fins reabilitativos, as interações entre o paciente e seu ambiente, as quais foram justamente consideradas no processo de cronificação, são desconsideradas, e o processo se torna unidirecional e orientado por um supervisor externo (no caso, o terapeuta), banindo a possibilidade de um processo auto-organizado. Assim, pode-se concluir que, apesar do modelo de Spivak considerar aspectos relevantes presentes em um processo de auto-organização, como a complexidade do indivíduo e as interações entre o indivíduo e o meio ambiente, o controle exercido pelo supervisor implica que a auto-organização ocorreria somente durante a dessocialização, o que se caracterizaria de fato como uma auto-*desorganização*.

O modelo de Luc Ciompi é de relevada importância na área de reabilitação psicossocial, pois, além de contribuir para uma interpretação da cronicidade do transtorno mental, enquanto um fator social, explora "o papel preditivo das expectativas no campo da reabilitação"⁽⁷⁾. De acordo com esse modelo, assim como nos anteriores, o transtorno mental está relacionado à elevada condição de vulnerabilidade do indivíduo, que o leva a manifestar uma crise frente a condições ambientais estressantes. Essa crise pode levar o indivíduo ao colapso do processo existencial ou, ao contrário, pode promover um processo de mudança e crescimento. Considerando o papel do ruído ou perturbação⁽¹²⁾ como desencadeador da auto-organização do sistema, tornando-o mais apto para enfrentar as mudanças ambientais, pode-se argumentar que a crise pode ser considerada um ruído ou perturbação capaz de impulsionar um processo de auto-organização. O processo de cronificação do indivíduo portador de transtorno mental está relacionado às respostas sociais ocasionadas pelo episódio de crise, e a reabilitação é considerada um processo, cujo objetivo é a reinserção do sujeito na vida social e produtiva normal⁽¹¹⁾, o que se aproxima da idéia de auto-organização a partir de uma perturbação.

A compreensão da cronicidade como decorrente de processos psicossociais valoriza o espaço social "como cenário único e possível para o trabalho, seja ele reabilitativo ou clínico"⁽⁷⁾. Em estudo realizado a fim de verificar a eficácia de um programa

de reabilitação, destinado a pacientes psicóticos crônicos hospitalizados e potencialmente reabilitáveis, foram examinadas todas as variáveis relevantes para essa população, definindo-se dois eixos para a avaliação do sucesso do processo reabilitativo: o eixo *casa* e o eixo *trabalho*. Esses eixos são diferenciados em sete níveis, que vão desde uma situação de dependência até a independência total. Em cada um dos eixos são identificados comportamentos sobre os quais deve investir o trabalho reabilitativo. Assim, estudando longitudinalmente os dados dessa pesquisa, os autores correlacionaram as variáveis sociais e psicopatológicas ao sucesso do processo de reabilitação. Os resultados demonstraram que cerca da metade dos pacientes estudados apresentava possibilidade de reabilitação global e que as variáveis sociais influenciam mais o sucesso ou insucesso do processo reabilitativo que as variáveis psicopatológicas ou diagnósticas⁽¹¹⁾.

Em outro estudo longitudinal⁽¹¹⁾, os autores procuraram identificar a importância das variáveis sociais, psicopatológicas e psicodinâmicas sobre o prognóstico e o sucesso da reabilitação. Os autores apontam, nesse caso, correspondência entre o sucesso da reabilitação e a manutenção das expectativas por parte dos profissionais integrantes da equipe de saúde mental, dos familiares e dos próprios pacientes e as relações sociais no ambiente de trabalho. Observa-se que o modelo de reabilitação de Ciompi poderia ser considerado um processo de reabilitação auto-organizado, ao considerar a crise como um possível desencadeador de um processo de mudança e de crescimento do paciente, e as interações entre ele e o ambiente como responsáveis pelo sucesso ou insucesso do programa de reabilitação. No entanto, como argumenta Saraceno, teme-se que o modelo "não consiga romper os limites dos cenários onde Ciompi 'pensa' a reabilitação e o trabalho, para assumir até o fim a responsabilidade conseqüente de ter mostrado o artifício social colocado sob a naturalidade da doença"⁽⁷⁾, isto é, as interações entre paciente e ambiente social nas intervenções reabilitativas ainda são restritas. Para que um processo de reabilitação possa ser considerado um processo auto-organizado, é necessário que o conceito de ambiente social do indivíduo seja ampliado, assumindo-se a possibilidade de interação entre os espaços sociais, desencadeando processos transformadores.

AValiação DA PROPOSTA DE BENEDETTO SARACENO

A proposta de reabilitação biopsicossocial de Saraceno assume estrutura triádica sem a ocorrência de relações de liderança, o que pode se constituir em indícios de um processo de auto-organização. Para que se possa propor um programa de reabilitação a um indivíduo é necessário saber, anteriormente, "quais práticas e quais conceitualizações são condições necessárias para poder discutir reabilitação, para identificar eixos prioritários de ação e as modificações do campo de intervenções ineludíveis"⁽⁷⁾.

O primeiro ponto de discussão ressaltado por Saraceno se refere ao lugar onde se desenvolve o programa de reabilitação. Conforme o autor, os dois primeiros modelos nada discutem a respeito dos contextos nos quais se dá a prática reabilitativa, seja o serviço de Saúde Mental, o domicílio do paciente ou a comunidade, já o modelo de Ciompi considera o contexto como parte do processo de reabilitação. O que se vê, em geral, nos serviços que se propõem a desenvolver um programa de reabilitação psicossocial, é que a prática realmente vivenciada se constitui de "constelações de condutas que são a resultante de variáveis conexas ao paciente, à sua família, ao serviço e à sua organização". Em outras palavras, apesar da diversidade de diagnósticos e da variedade de modelos teóricos, os tratamentos utilizados pelos serviços são poucos e sempre repetitivos, não satisfazendo as necessidades reais dos pacientes. Portanto, "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"⁽⁷⁾.

A padronização e o caráter estigmatizante do diagnóstico psiquiátrico são os fatores que mais contribuem para o fracasso das técnicas terapêuticas utilizadas pelos serviços de reabilitação. Além da pobreza do diagnóstico como fator preditivo da eficácia de programas de reabilitação, esse não é um instrumento que permite obter informações a respeito do contexto da vida real do indivíduo. Uma análise crítica sobre o diagnóstico "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"⁽⁷⁾.

Além do contexto do paciente referido acima, é importante considerar a concepção do sujeito "como um sistema complexo e indivisível (assim como indivisível é para qualquer indivíduo a relação-vínculo entre sujeito e intersubjetividade)", compreendendo que, por meio de uma relação terapêutica, não é possível conhecer "um sujeito em si e portanto uma doença em si", mas sim as interações compreendidas por esse sujeito e seu ambiente. "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 se pode, ter acesso e que pode se modificar sob a força de uma intervenção que crie as condições para que o sujeito possa exercer 'mais' escolhas"⁽⁷⁾. Desse modo, ao ampliar os espaços de troca do paciente, o profissional da equipe de reabilitação estará criando condições para que as relações entre esse paciente e o meio ambiente se multipliquem e ocorram de forma autônoma, podendo possibilitar um processo auto-organizado de reabilitação. Somente um serviço psiquiátrico complexo consegue trabalhar com a complexidade do paciente. Um serviço complexo ou "de alta qualidade" é aquele que consegue se ocupar de todos os pacientes, considerando a singularidade de cada um, e que seja capaz de oferecer um processo de reabilitação a todos que se possam beneficiar de tal processo, sem criar anéis hierarquizados de clientela reabilitável e não reabilitável. Assim, esse serviço "deveria ser um 'lugar' (constituído de uma multiplicidade de lugares/oportunidades comunicantes) permeável e dinâmico, onde as oportunidades [...] encontram-se continuamente à disposição dos pacientes e dos operadores"⁽⁷⁾. Dessa forma, argumentamos-se que o próprio serviço é constituído por diversidade de lugares que interagem entre si e, portanto, do próprio serviço poderiam emergir processos reabilitativos auto-organizados.

O serviço de reabilitação deve ser um lugar de produção de recursos não somente numéricos, mas primordialmente afetivos, na rede de relações dos pacientes. Esses recursos seriam os profissionais, os familiares e a comunidade, não esquecendo de que a família é parte da comunidade, mas essa não se restringe somente ao contexto familiar. "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⁽⁷⁾. Observa-se aqui uma diferença fundamental entre a noção de reabilitação elaborada por Saraceno e o modelo proposto por Ciompi. A noção de comunidade para Saraceno é muito mais ampla do que a de Ciompi, que parece conceber família e comunidade como dois contextos separados, e restringir as relações com a comunidade somente no tocante ao trabalho.

Um outro contexto importante na orientação de um processo de reabilitação é o contexto de leis e normas de uma comunidade. Elaborar um programa de reabilitação onde o hospital psiquiátrico deixou de existir legalmente é muito diferente de elaborar tal programa em um lugar onde o hospital continua sendo local de referência. Assim, cabe aos reabilitadores o movimento de modificações das normas no sentido de melhorá-las a favor do processo de reabilitação⁽⁷⁾.

Partindo da análise das variáveis do contexto dos pacientes e dos serviços, observa-se que não existem habilidades ou desabilidades descontextualizadas do conjunto de determinantes composto pelos lugares nos quais ocorrem as intervenções, pelas organizações dos serviços, pelas articulações entre ações sanitárias e sociais territoriais, e pelos recursos disponibilizados. Dessa forma, a reabilitação não é simplesmente a passagem da desabilitação para a 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'". Por meio dessas trocas materiais e afetivas se cria uma "rede de negociação", as quais aumentam a participação e o poder de contratualidade dos indivíduos menos favorecidos em uma sociedade⁽⁷⁾.

O aumento da capacidade contratual dos portadores de transtorno mental se constrói sobre os eixos: *hábitat*, família e trabalho. O *hábitat* compreende as noções de casa e habitar, sendo que a noção de casa se refere ao espaço físico concreto e a noção de habitar ao envolvimento afetivo e de apropriação do indivíduo em relação a esse espaço. Assim, o processo de reabilitação deve trabalhar com

essas duas noções, as quais devem ser separadas em nível teórico para a compreensão de que "as funções da reabilitação aludem seja a uma conquista concreta (a casa), seja à ativação de desejos e habilidades ligadas ao habitar", e unidas no nível prático da intervenção. Dessa forma, existe uma diferença entre o eixo *hábitat*, apresentado por Saraceno, e o eixo *casa* descrito por Ciompi, sendo que para a reabilitação é primordial o eixo *hábitat* e não o eixo *casa*⁽⁷⁾.

Quanto ao eixo *família*, há necessidade de conscientização por parte da equipe de trabalhadores dos serviços de saúde mental em relação ao co-envolvimento dos familiares do indivíduo portador de transtorno mental nos projetos de reabilitação, criando formas de intervenção em que a família desse indivíduo "deixe de ser cúmplice ou vítima da psiquiatria", e passe a ser "protagonista responsável pelos processos de tratamento e organização do mesmo (e da reabilitação)"⁽⁷⁾.

Em relação ao trabalho como produção e troca de mercadorias e valores, é necessário partir da noção de trabalho enquanto promotor de "articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos"⁽⁷⁾. Para que o trabalho possa ser um recurso de produção de troca, é fundamental que ele perca a ênfase terapêutica e que o problema da relação entre trabalho e transtorno mental seja enfrentado a partir de um referencial alternativo.

É no âmbito das discussões sobre as noções de psiquiatria e saúde mental que se pode compreender melhor o conceito *biopsicossocial*, assumido por Saraceno como abordagem da sua proposta de reabilitação, e vê-se o surgimento de várias teorias sobre o funcionamento do aparelho psíquico, entre elas o modelo psicossocial/biológico. Esse modelo sustenta que o aparelho psíquico se constitui por uma estrutura hierárquica complexa de sistemas de referência afetivo/cognitivos que se desenvolve por meio de um processo contínuo de ações concretas, ou seja, por repetidas experiências. Os aspectos afetivos da experiência são armazenados tornando-se estrutura básica da construção de processos cognitivos⁽¹⁶⁾. Tal modelo do psiquismo considera que a esquizofrenia se desenvolve por meio da ação interativa de aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Em outras palavras, a esquizofrenia, como qualquer outro tipo de transtorno mental seria "o

resultado de processos biopsicossociais complexos que interagem entre si⁽⁷⁾. Esses modelos do transtorno mental tentam superar o problema da relação mente-corpo evidenciado pela abordagem dualista cartesiana, sempre presente no contexto da psiquiatria, com a inclusão de uma terceira variável, ou seja, "o ambiente – a interação entre sujeito biopsíquico de um lado e contexto de outro"⁽⁷⁾.

Observa-se que, apesar de Saraceno considerar o ambiente como uma das variáveis fundamentais para a compreensão da saúde e transtorno mental, ele não formula uma visão sistêmica completa da relação mente-corpo-ambiente, pois em sua concepção de interação, é evidente que o ambiente não é um *continuum* da relação mente-corpo, isto é, existe uma interação, porém mente-corpo de um lado e ambiente de outro. Além disso, o que é mais importante, a abordagem de Saraceno considera uma variedade de fatores ambientais nas interações entre indivíduo e ambiente, porém não enfoca explicitamente a autonomia dos sujeitos no seio das interações. Uma das condições fundamentais para a ocorrência de um processo auto-organizado é que exista uma *decisão autônoma* de engajamento no processo de reabilitação, porém esse aspecto não é citado em nenhum momento na proposta de Saraceno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de Reabilitação Psicossocial de Saraceno, aqui discutida, abrange vários aspectos de um processo de auto-organização, deixando apenas de considerar a autonomia dos sujeitos, e as consequências da mesma para a assistência em Saúde Mental. Considerando-se a autonomia, conclui-se que o profissional de Saúde Mental não estabelece, de fora, um novo padrão de organização, mas age como *facilitador*, no sentido de se atingir uma reorganização da vida pessoal e das relações sociais do paciente psiquiátrico. É o próprio sujeito, no interior do sistema de relações em que se encontra no momento da assistência, que poderá desenvolver novas formas de autonomia que possibilitem sua estabilização e relativa independência dos cuidados dos profissionais do sistema de saúde. Mesmo que a doença mental não apresente remissão, é possível desenvolver potencialidades afetivas que diminuam

a vulnerabilidade e possibilitem a formação de vínculos sociais.

Essa estratégia não é possível no paradigma tradicional do atendimento e internação hospitalar, que se mostra como promotor de exclusão social dos portadores de transtorno mental. Nesse modelo, centrado na doença e que oferece tratamento em nível biológico, é previsível o agravamento da crise de vida da pessoa, uma vez que se retira do paciente a possibilidade de construir sua autonomia. Espera-se que nos serviços abertos ou substitutivos, ao contrário, se procure oferecer, juntamente com a medicação, subsídios que permitam uma auto-organização dos diversos aspectos da história de vida dos sujeitos, tornando possível que esse evolua para quadros de estabilidade em que se estabeleçam novos padrões de organização que facilitem sua inserção social e desenvolvimento de potencialidades encobertas pela experiência de convívio com o sofrer psíquico.

A diversidade de fatores a serem trabalhados na reabilitação psicossocial corresponde à variedade de aspectos existentes na vida de uma pessoa. Assim, o profissional de Saúde Mental pode, através de um processo de comunicação, de escuta, de acolhimento e de atividades prático-criativas, junto com o portador de sofrimento mental, agir como facilitador na construção de novas configurações mentais, nas quais o sistema de relações que compõe a vida dessa pessoa possa se auto-reorganizar, desse modo, se estabilizando em um novo padrão de relações.

O contexto em que ocorre a reabilitação psicossocial é polissêmico, tendo em vista a pluralidade de sujeitos envolvidos, o que solicita formas de atuação que lhe sejam adequadas. Encontrar possibilidades singulares a cada pessoa, nas diferentes situações de suas vidas, pede a todo instante o olhar e a escuta que reconhecem as subjetividades. Assim, a relação humana é o veículo para se compreender a dimensão simbólica do sofrimento. Desse modo, a proximidade com a pessoa que sofre a experiência de transtorno mental coloca em confronto as diversas possibilidades interpretativas, interroga competências, pede sensibilidade do profissional, e o entendimento de que o sofrer psíquico não pode ser visto como algo a ser eliminado ou combatido, mas pode levar à redescoberta do real, da compreensão da experiência emocional de quem a sofre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Debrun M. A idéia de auto-organização. In: Debrun M, Gonzales MEQ, Pessoa O Jr, organizadores. Auto-organização: estudos interdisciplinares em filosofia, ciências naturais, humanas e artes. Campinas (SP): UNICAMP Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência; 1996. p. 3-23.
2. Pereira A Jr. Auto-organização, espacialidade e temporalidade biológicas. In: Évora FRR, editora. Espaço e tempo. Campinas (SP): UNICAMP Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência; 1995. p. 291-300.
3. Chiavegatto LG, Pereira A Jr. Ler/dort: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. *Interface* 2004; 8(12):149-64.
4. Pereira A Jr, Lussi IAO, Pereira MAO. *Mente*. In: Martins RP, Mari H, editores. *Universos do conhecimento*. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Letras da UFMG; 2002. p. 201-19.
5. Lussi IAO. *Concepção sistêmica do indivíduo: auto-organização e reabilitação psicossocial*. [dissertação]. Marília (SP): Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/UNESP; 2003.
6. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 maio-junho; 11(3):333-40.
7. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.
8. Saraceno B. *Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio*. In: Pitta AM, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.13-8.
9. Pitta AM. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: Pitta AM, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.19-30.
10. Liberman RP. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona (Es): Martinez Roca; 1993.
11. Ciompi L, Dauwalder HP, Ague C. Un programma di ricerca sulla riabilitazione del malato psichiatrico. *Psicoterapia e Scienze Umane* 1987; (4):47-64.
12. Gonzales MEQ. Ação, causalidade e ruído nas redes neurais auto-organizadas. In: Debrun M, Gonzales MEQ, Pessoa O Jr, organizadores. Auto-organização: estudos interdisciplinares em filosofia, ciências naturais, humanas e artes. Campinas (SP): UNICAMP Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência; 1996. p. 273-97.
13. Spivak M. Introduzioni alla riabilitazioni sociale: teoria, tecnologia e metodi di intervento. *Riv Sperim Freniatr* 1987; 106(3):522-74.
14. Spivak M, Omer H. Un modello interpersonale per capire e neutralizzare i processi cronici nei pazienti psichiatrici. *Riv Sperim Freniatr* 1992; 116(2):179-202.
15. Bresciani E F°, D'Ottaviano IML. Conceitos básicos de sistêmica. In: D'Ottaviano IML, Gonzales MEQ, organizadoras. Auto-organização: estudos interdisciplinares. Campinas (SP): UNICAMP Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência; 2000. p. 283-306.
16. Ciompi L. Affects as central organizing and integrating factors: a new psychosocial/biological model of the psyche. *Br J Psychiatry* 1991 July; 159:97-105.