

A compreensão de saúde para o Método Terapia Ocupacional Dinâmica

Viviane Santalucia Maximino

Elisabete Cipolla Petri

Augusta Oliveira Cesar de Carvalho

Resumo

Considerando que o objetivo principal do Método Terapia Ocupacional Dinâmica é a ampliação dos espaços de saúde no cotidiano dos sujeitos assistidos em terapia ocupacional, torna-se fundamental aprofundar e explicitar o conceito de saúde e definir uma posição do método com em relação ao mesmo. Defendemos o uso do conceito indicado por Canguilhem, que afirma que a saúde deve ser definida a partir da perspectiva do sujeito. Essa definição, além de filosófica e eticamente coerente, nos oferece um espaço técnico para operar os diversos procedimentos do processo terapêutico.

Palavras-chave: saúde, terapia ocupacional, epistemologia.

Abstract

Whereas the primary goal of Dynamic Occupational Therapy Method (Método Terapia Ocupacional Dinâmica) is to increase opportunities for health in the daily lives of individuals we serve, it is essential to deepen and clarify the concept of health and define one's position compared to the same method. We advocate the use of the vulgar concept indicated by Canguilhem, which states that health should be defined from the perspective of the person that we are taking care. This definition, as well as philosophically and ethically consistent, gives us space to operate the various technical procedures of the therapeutic process.

Keywords: health, occupational therapy, epistemology.

Introdução

O Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO) vem percorrendo um longo caminho de investigação teórica clínica até o desenvolvimento e consolidação do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD). Este método de assistência, ensino e pesquisa está em consonância com o paradigma da Terapia Ocupacional adotado em 1987/AOTA a partir dos pressupostos de Slagle:

(Sobre o novo paradigma) Slagle, em oposição ao paradigma médico, cria ao mesmo tempo a profissão e a técnica de treinamentos de hábitos, ambas calcadas em espaços de saúde ou saudáveis. O pressuposto original, da Medicina, de enfrentamento e/ou aplacamento de sintomas, passa a ser evolutivamente substituído pelos fundamentos do "fazer" para construir cotidianos, com a qualidade do "bem-estar", apesar de doenças, dificuldades ou deficiências. (Benetton, Ferrari e Tedesco, 2003).

O objetivo final da terapia ocupacional é a inserção social e, no MTO, este objetivo vai ser trilhado pela construção do cotidiano, por meio do fazer atividades. A inserção social pode ser construída por meio da relação singular de um indivíduo com aquilo que deseja ou precisa realizar em seu cotidiano.

Trata-se de construir ou recuperar a dignidade da experiência e da ação cotidiana. Dessa forma privilegiamos a saúde e particularmente a saúde mental, como gostamos de denominar na prática clínica, espaços saudáveis mentais, físicos e ou sociais, observados através das capacidades e habilidades. Esta é a premissa para o fazer e a construção do cotidiano. (Benetton, Ferrari e Tedesco, 2003).

Aprofundar o conceito de saúde e definir uma posição do método em relação ao mesmo torna-se fundamental, uma vez que a construção cotidiana é marcada pela ampliação dos espaços de saúde no cotidiano dos sujeitos-alvo.

Ao escolhermos definir e aprofundar o conceito de saúde no MTOD, vamos ao encontro de diversas outras questões que se avizinham a esse tema, pois para sermos coerentes, teremos que ancorar nossa discussão nos sujeitos-alvo e nas situações reais que tratamos e enfrentamos cotidianamente. O MTOD é construído a partir da realidade da clínica e da observação e reflexão dialogada com autores que nos ajudam a pensar. Falar de saúde será falar do sujeito-alvo de nossas intervenções e também da direção que orienta nossas ações. O esforço em esclarecer enunciados é justificado pelo fato destes estarem diretamente ligados às esferas não discursivas das práticas, orientando e ao mesmo tempo refletindo aspectos institucionais. Enunciados implicam em direcionamentos de políticas e intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos que atendemos (Caponi, 1997, p. 287).

Não se trata aqui de discutir a saúde como área de conhecimento ou de intervenção, mas sim algumas concepções de saúde, pretendendo indicar como, a partir da filosofia, Benetton, Ferrari e colaboradoras utilizam o conceito na construção do MTOD, elucidando a ideia da impossibilidade de uma definição a priori do que seja saúde, já que essa é sempre relativa ao sujeito em particular e as suas relações com a realidade.

Um passeio por diversas definições

Ao pensarmos em saúde, não podemos nos esquivar da ideia de doença, pois essa é a primeira

associação que fazemos: saúde como ausência de doença. Ambas apresentam-se entrelaçadas e, ao longo da história, encontramos diversas maneiras de compreender o que é a doença e quais são suas causas. Encontramos também um esforço enorme e utópico em acabar com a doença. A medicina científica ocidental foi construída sobre a ideia de identidade entre a existência de sintomas e, portanto de doença, e seu oposto, isto é, ausência de sintomas e saúde.

Também na história do uso da ocupação como terapia percebemos que, alguns projetos de trabalho e ocupação, como o de Meyer (1905), Simon (1972) e Schneider (1936), buscavam a supressão dos sintomas, "... consolidando uso da ocupação-trabalho como técnica médica." (Benetton, 2006, p. 28).

No MTOD preferimos buscar a gênese da Terapia Ocupacional em Slagle que, ao trabalhar com pessoas muito comprometidas, buscava atitudes ou condutas saudáveis que pudessem motivar novas ações em direção a hábitos balanceados, estando "... mais preocupada com a saúde, os hábitos saudáveis e uma relação salutar e, nisto, o seu projeto difere e muito dos autores médicos." (Benetton, 2006, p. 33).

A partir desta gênese escolhida e pensando nos sujeitos que atendemos, vemos que muitos deles nasceram com deficiências que não podem ser vistas como sintomas e sim como constituintes desse sujeito, que dificultam e/ou favorecem algumas possibilidades de vida. Assim, por exemplo, uma criança cega pode desenvolver habilidades que talvez não lhe fossem possíveis em outra situação. Outras questões podem ser colocadas: uma pessoa com uma doença crônica deve ser sempre considerada sem saúde? Sintomas são sempre prejudiciais e devem ser eliminados?

No MTOD, o sintoma é visto sempre em relação às possibilidades de vida e de inserção social, entrelaçado à construção do cotidiano.

O sintoma pode indicar ao sujeito que algo precisa mudar. Assim, alguém que tem enxaqueca após beber pode ampliar a consciência do que seu corpo aguenta e buscar estratégias de autocuidado, incluindo a dimensão da escolha e da autonomia. O sintoma pode ainda ser muito útil em determinadas situações trazendo ganhos secundários.

Outro movimento que incidiu sobre a noção de saúde e também na terapia ocupacional foi à psicanálise, que questiona a negatividade do sintoma indicando que esse é uma forma de saúde, pois são repetição e expressão que busca a possibilidade de elaboração dos conflitos psíquicos inconscientes. As concepções contemporâneas de subjetividade, que apontam para o entrelaçamento constante e dinâmico entre mundo interno e mundo externo, assim como a crítica ao reducionismo da psicanálise, entre outras, nos fizeram abandonar esse caminho, ainda que possamos, na compreensão do processo terapêutico em terapia ocupacional e da psicodinâmica do sujeito, usar algumas ferramentas oriundas da teoria psicanalítica.

A definição de saúde como bem estar biopsicossocial usada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1958 (Segre, Ferraz, 1997), apesar de trazer em si uma ampliação do conceito ao incluir aspectos psicológicos e sociais, é bastante genérica, subjetiva, utópica e estática. A OMS define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi proposta, tem sido criticada como irreal ultrapassada e unilateral. Essa questão foi extensamente discutida pelo

movimento sanitário brasileiro, que a politizou, e gerou a definição proclamada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, em que afirma que saúde é a possibilidade de acesso a situações que produzam saúde, isto é, acesso aos serviços, ao trabalho, à terra, etc. Aspectos importantes e indissociáveis, considerando-se a desigualdade social brasileira. No entanto, essa discussão parece apenas circunscrever o termo específico, mas não abordá-lo nem conceitualizá-lo. Também não responde ao sofrimento dos que têm acesso, mas não têm saúde.

Na literatura específica, saúde também está associada à qualidade de vida. Nesse sentido, aproxima-se da noção de bem estar e felicidade. O parâmetro está no sujeito e na sua própria avaliação. Inclui aspectos físicos, psicológicos e sociais e tem servido de balizador para a identificação do sucesso, ou não, de estratégias terapêuticas. É importante ressaltar que a avaliação que o sujeito faz de sua qualidade de vida está relacionada às suas referências e essas são produzidas socialmente. Assim, se a sociedade de consumo faz crer que a felicidade se consegue com determinado padrão de vida, ou se divulga alarmisticamente ameaças, isso influenciará o julgamento da qualidade de vida. (Seidl, Zannon, 2004). O parâmetro é basicamente estatístico e estático, pontual, não considerando o sujeito em sua dinâmica cotidiana e nas diversas camadas de significado possíveis na vida, aspectos valorizados por nós no processo em terapia ocupacional não sendo, portanto, adotado no MTOD.

Outros autores associam a noção de saúde à ideia de liberdade, sendo que liberdade deve ser compreendida como a possibilidade de escolher e agir no mundo e em seu destino pessoal. Nesse sentido, vem ligada ao prazer e ao sentido da

existência, e é bastante subjetiva, porém, o fato de trazer em si aspectos subjetivos não retira a ideia de construção social, pois sabemos que a subjetividade está em constante processo de produção. Para o MTOD, que objetiva a autonomia e a inserção social, a ideia de liberdade vem associada também às ideias de maturidade, de limites, possibilidades de escolhas e de assunção de riscos e responsabilidade. Liberdade, mas também noção de coletividade e relacionamento.

A medicina sanitária e as pesquisas epidemiológicas, estimuladas pela necessidade de contenção de custos das práticas nesse campo, têm investido na prevenção de doenças e na promoção da saúde. A ênfase está na mudança de hábitos, ou melhor, na prescrição de práticas bastante higienistas tais como controle de peso, a alimentação funcional, evitação de todo excesso e de todo risco. No MTOD, os chamados “hábitos saudáveis” serão construídos como aspectos constituintes do cotidiano e da vida, sendo vistos de maneira complexa e não apenas como condicionamento ou prescrição.

Outro aspecto importante que encontramos em muitas intervenções é a dimensão do controle através da excessiva indicação de exames preventivos periódicos, consumo de medicação e procedimentos. Esses individualizam e pessoalizam a responsabilidade pelo adoecimento criando em muitos a sensação de culpa e acirrando a tendência à individualidade e a uma postura narcisista e autocentrada. Poucos são os projetos baseados nessa tendência que escapam à normatização moralista, aos conselhos que nem sequer são seguidos pelos próprios profissionais e a uma desresponsabilização das equipes de saúde que argumentam que “já fizemos nossa parte, se a pessoa não quer seguir as nossas recomendações,

problema dela.” Vemos aqui como o campo dos discursos e das práticas em saúde está atravessado por relações de poder, relações econômicas e de manutenção da ordem social, que se expressam muitas vezes em práticas alheias aos sujeitos, suas vidas reais e suas necessidades.

Encontramos também em publicações atuais associações do conceito de saúde às ideias de Espinoza e Nietzsche que vão afirmar aspectos éticos, com consequências técnicas e políticas, tais como: saúde como resultado de bons encontros ou saúde como afirmação da vida. Nietzsche, por exemplo, que adota o vital como ponto de vista básico, relaciona medicina e filosofia mostrando a dimensão de amplitude que o termo saúde evoca ao entrever uma saúde que não busca a conservação, valores transcendentais ou morais, mas sim aquilo que pulsa. (Czeresnia, 2003, Vieira, 2000).

Explicitando o conceito no MTOD

A complexidade do conceito, que se afasta muito da ideia de que a saúde seria simplesmente o oposto da doença e essa seria um mal a ser extirpado, e a recoloca como uma situação dinâmica e inerente a vida, traz novas questões teóricas e técnicas que incidem na noção de saúde no MTOD. Encontramos em Canguillhen, 1990, uma reflexão útil que traremos a seguir.

Canguillhen, em 1943, mostra-nos como a ideia de sintoma é construída a partir de delimitações entre o normal e o patológico, criadas a partir da ideia de norma. A norma pode indicar tanto aquilo que é a maioria como aquilo que é o esperado para o humano em uma situação específica. Como aquilo que é o esperado muda conforme os valores de cada época mudam as normas e com

elas deslocam-se as fronteiras entre o normal e o patológico. Questiona assim o modelo biomédico positivista e cartesiano.

Quase 50 anos mais tarde, em 1990, retomando o próprio Descartes, que afirma que há uma parte do corpo humano vivo que é inacessível aos outros, e acessível apenas a seu titular, Canguilhem refere-se à saúde como questão filosófica. Em seu texto “La sante: concept vulgaire e question philosophique”, o autor nos recordará que a filosofia é um conjunto de questões em que aquele que questiona é o mesmo em questão (Canguilhem, 1990 apud Caponi, 1997) e que, na medida em que todos nós compartilhamos aspectos humanos tais como a dor, o sofrimento e o silêncio da saúde¹, estamos imersos no próprio conceito, não podendo nos desvencilhar dele, com o risco de parcializá-lo e enrijecê-lo, afastando-nos do próprio fenômeno. Tomará, como ponto de partida, Kant que afirma que podemos nos sentir bem, porém nunca saberemos se estamos bem, sendo que a ausência da sensação de doença, não nos permite afirmar que estejamos bem. A saúde é um campo alheio ao saber objetivo, o que Canguilhem reitera dizendo, portanto, que não é possível uma ciência da saúde. O conceito de saúde é, portanto, um conceito vulgar e não científico. É um conceito que pode estar ao alcance de qualquer ser humano, não precisando ser iniciado para se referir a ele. (Caponi, 1997).

Caponi (1997) indica que, em diversas publicações científicas, não há o uso do termo saúde, ou não há uma definição para esse termo. O senso comum parece se negar a associar mecanicamente o mau funcionamento de órgãos à ausência de saúde, que geralmente está associada a prazer, a dor, capacidade e limitação.

Canguilhem (apud Caponi, 1997) indica que saúde

seria uma certa abertura ao risco: possibilidade de enfrentar situações novas com uma margem de tolerância ou segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio.

A partir das ideias desenvolvidas no livro “O normal e o patológico”, afirma que o conceito de saúde deve conter as variações e anomalias existentes no humano e deverá ser suficientemente relativo para atender às particularidades daquilo que para uns e outros está contido na sua percepção de saúde e doença (Caponi, 1997). Isso significa recusar um conceito universal assim como negar-se a considerar a doença em termos de desvalor ou menos valor. A saúde pode ser vista como possibilidade de adoecer e recuperar-se, como um guia regulador das possibilidades de ação.

Quando um indivíduo começa a se sentir doente, a se dizer doente, a se comportar como doente, ele passou para um outro universo, ele tornou-se um outro homem. A relatividade do normal não deve de nenhuma maneira ser para o médico um estímulo a anular na confusão a distinção do normal e do patológico (...). Considerado em seu todo, um organismo e “outro” na doença e não o mesmo em dimensões reduzidas. (Canguilhem, 1990, p.165).

Portanto, só é possível pensar em saúde a partir da singularidade do sujeito que nos procura, de suas demandas e dificuldades, de suas possibilidades em lidar com os eventos da vida, os quais, muitas vezes, ele não escolheu.

Mantendo o rigor metodológico, afirmamos que saúde não pode ser definida a priori, mas sim e apenas a partir da definição leiga, ou seja, daquilo que cada sujeito identifica como saúde para si mesmo. Apenas dessa maneira poderemos ser fieis ao objetivo principal de nossa intervenção que é a manutenção da autonomia do sujeito. Esse objetivo está referido à ética que guia nossos

procedimentos e indica que a saúde é um caminho a ser construído **com** o sujeito, **a partir do que ele** considera saúde, ou ampliação dos espaços de saúde no seu cotidiano.

Retomando Benetton: “A herança de Slagle para mim está, sobretudo, no estudo e na procura da lógica interna de um método de terapia ocupacional, com base no conceito filosófico e leigo de saúde como “bem estar”. Assim sendo, os procedimentos em terapia ocupacional são construídos a partir da ideia de que serão em parte exploração de aspectos saudáveis e por outra parte a ampliação de recursos para a construção do cotidiano.” (2006, p. 33).

Portanto, é apenas acompanhando o sujeito na identificação e na construção de suas necessidades, demandas e desejos que conseguiremos identificar a saúde de cada um. Essa ideia justifica diversos procedimentos do MTOD e guia toda a intervenção.

Por exemplo, no MTOD, o diagnóstico situacional não pretende definir objetivos a priori, baseados na indicação inicial ou nas características que definem aquele sujeito como pertencente a uma população alvo, mas sim manter a constante pesquisa, que é conduzida ao longo do processo, juntamente com o sujeito a partir do seu fazer com o terapeuta. Essa atitude é coerente com a ideia de que a alta ou o final do processo também seja determinada pelos sujeitos envolvidos e principalmente pelo paciente, quando ele indicar que atingiu a sua saúde (Benetton, 2006).

A própria definição do sujeito-alvo como alguém que tem desejo ou necessidade de fazer terapia ocupacional respeita essa ideia de saúde. Benetton (2006) caracteriza a doença como um tipo de necessidade de ajuda para pessoas cujo equilíbrio físico e/ou psíquico encontra-se prejudicado de alguma forma. Muitos dos sujeitos que atendemos

não têm demanda, não podem imaginar ter um futuro, um projeto e, por não saberem o que precisam, não tem o que pedir (Benetton, 2006). A construção da demanda faz parte do trabalho em terapia ocupacional. A relação que estabelecemos entre o conceito de saúde e autonomia está colocada na medida em que ambos colocam no sujeito a possibilidade de escolher caminhos considerando sua contingência e as consequências dessas escolhas.

Outros dois aspectos que também fazem parte da ética que nos orienta no MTOD seriam a dimensão estética, ou seja, a busca da potência e da possibilidade de criar sentidos para a vida e da arte do bem viver; e o direito ao acesso àquilo que está sendo produzido pela cultura humana, o que implica em inserção e participação social.

No que é ético na terapia ocupacional, também está o estético: levar ao “fazer” como um projeto para o “ser”, numa relação “ética-estética” de construção no meio em que se vive” (Benetton, 2006, p. 23), de organizar e fazer um cotidiano que tem significado.

E ainda, “Por fim, o objetivo final da terapia ocupacional, a inserção social, tornou-se definitivamente mediada pela construção do cotidiano, através do fazer atividades.” (Benetton, 2006, p.61).

O conceito de saúde como algo que é construído com o sujeito que atendemos, a partir do processo e da pesquisa clínica, sustenta os procedimentos no MTOD e opera como guia para nossas intervenções.

O MTOD se baseia nas observações e investigações da clínica. Clínica esta que se fundamenta no “fazer” para construir cotidianos possíveis e saudáveis apesar de doenças, dificuldades ou deficiências.

Referências Bibliográficas

BENETTON, J. **Trilhas Associativas, Ampliando subsídios metodológicos a clínica da Terapia Ocupacional**, 3. Ed. revisada, Unisaesiano, Centro Universitário Católico Auxilium, Campinas, 2006.

BENETTON, J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. **Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional**. Revista do CETO, 2003, 8: 27-40, São Paulo.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**, Ed. Forense, 6. Edição, 2006.

CAPONI, S. GEORGES CANGUILHEM. **Y el estatuto epistemológico del concepto de salud**, História, Ciências, Saúde – Manguinhos, IV (2): 287-307, jul-out, 1997.

CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexos, tendências**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2003, p.39 -53

MARCOLINO, T. Q. **Sobre reabilitar o que não se reabilita**. Revista do CETO, 2003; 8: 54 - 58 São Paulo.

SEGRE, M. E FERRAZ FLÁVIO CARVALHO FERRAZ. **O conceito de saúde**, Rev. Saúde Pública, vol. 31 no. 5 São Paulo Oct. (1997)

SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L.C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**, Cad. Saúde Pública, vol. 20, n. 2, Rio de Janeiro, mar/apr: 2004.

VIEIRA, M.C.A. **O desafio da grande saúde em Nietzsche**, Rio de Janeiro, 7 letras, 2000.

Notas de rodapé

(1) O termo “silêncio da saúde” diz respeito ao fato de não nos lembrarmos desse aspecto quando estamos bem, apenas quando há o barulho da dor ou desconforto.