

# ***Reabilitação psicossocial: O olhar de uma terapeuta ocupacional usando lentes sistêmicas***

***Autora***

**Cecilia Cruz Villares**

Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Mental pela UNIFESP. Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

***Endereço***

Departamento de Psiquiatria UNIFESP  
R. Botucatu, 740 3º andar  
04023-900 - São Paulo SP  
e-mail: cvillares@psiquiatria.epm.br

***Resumo***

Esse texto traz algumas idéias para pensarmos a questão da reabilitação psicossocial de um lugar onde seja possível integrar os enquadres terapêutico e social, o conhecimento do profissional e do leigo, e buscar a co-construção de uma prática sistêmica, reflexiva e comprometida com uma posição de responsabilidade social.

Apresento aqui caminhos abertos aos terapeutas ocupacionais, que, ao assumirem o compromisso de desenvolver uma clínica vinculada ao contexto social do cotidiano poderão se tornar terapeutas legitimamente construtivistas e exercer um papel importante na articulação de soluções possíveis para a implementação de redes formais e informais de inserção social àqueles que por motivos de doença, incapacidade ou desvantagem se encontram marginalizados ou excluídos.

***Palavras-chave***

Terapia ocupacional - reabilitação psicossocial - saúde mental - modelos

***O contexto e a questão***

Nos últimos dez anos tenho trabalhado num serviço de atendimento ambulatorial dedicado à assistência a pessoas portadoras de transtornos psicóticos, na sua maioria com um diagnóstico de esquizofrenia. Esse serviço, o PROESQ (Programa

de Esquizofrenia), desenvolve-se no Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. A equipe integra profissionais com diversas formações que lá realizam assistência, ensino e pesquisa. A terapia ocupacional é um recurso terapêutico respeitado nesse serviço e tal reconhecimento vem sendo construído principalmente através do trabalho consistente das especializadas do curso de Terapia Ocupacional em Saúde Mental que há mais de dez anos se desenvolve no Departamento. Vejo a minha tarefa de supervisora como principalmente a de criar condições para a continuidade do trabalho desenvolvido, promovendo uma reflexão constante sobre essa prática e auxiliando a registrar a história deste percurso dentro da própria história do programa.

Penso que existem algumas condições básicas para que possamos realizar um trabalho reflexivo. Eu acredito que a validação do outro, através do respeito à sua maneira de pensar e realizar um trabalho é uma dessas condições.

Eu sinto que no PROESQ eu venho conquistando, ao longo destes anos, a possibilidade de me tornar, nesta equipe, o que CECCHIN (1998) chama de uma “terapeuta irreverente”: praticar um constante questionamento e manter a curiosidade a respeito de minhas (e nossas) crenças, modelos e formas particulares de práticas. Essa posição nunca é confortável. Na verdade, provoca pequenas (e às vezes médias e grandes) crises!

Mas hoje não vejo outra maneira de ser terapeuta tão satisfatória quanto esta. Então, a partir desta experiência pessoal gostaria de apresentar algumas idéias a respeito da questão da reabilitação, idéias que foram se colocando para mim na medida em que venho modificando minha postura diante do que seja “conhecer” e sentindo minha prática se ampliar diante destas mudanças.

Este é, evidentemente, um texto na primeira pessoa. Desde já, esclareço que a “irreverência” proposta por CECCHIN nada tem a ver com irresponsabilidade. Ao contrário, essa posição irreverente nos torna ainda mais responsáveis por tudo que

pensamos, criamos e prescrevemos, pois é uma posição construída em interação (uma *co-construção*), em que dividimos a responsabilidade pelos contextos que emergem nas interações terapêuticas e profissionais e buscamos uma coerência que provém do *contexto interativo significativo* (CECCHIN, 1998, p. 113).

O que eu ofereço então é uma maneira de pensar e agir que espero ser útil para a discussão da reabilitação, principalmente sob o ponto de vista de nossa responsabilidade social como terapeutas buscando uma prática crítica.

### ***Perguntas irreverentes***

Como as questões sempre nascem de experiências, lembro que anos atrás, em um Congresso de Psiquiatria (Caldas Novas, GO, 1994), falando num Simpósio sobre Esquizofrenia, abordei o tema da Reabilitação Psicossocial partindo de quatro pontos principais:

1. O vínculo histórico entre a terapia ocupacional e a reabilitação em psiquiatria.
2. A dissociação entre tratamento e reabilitação: onde se situa a reabilitação?
3. O que a reabilitação realiza?
4. Parâmetros qualitativos para avaliar a reabilitação.

Continuo achando esse um caminho possível para abordar o tema. Nesse sentido, procurei escrever a respeito da articulação do eixo tratamento-reabilitação e de parâmetros qualitativos para avaliar a reabilitação num capítulo sobre terapia ocupacional em esquizofrenia (VILLARES, 1998). No entanto, hoje vejo algumas questões talvez anteriores a essas formulações. Tentarei torná-las questões úteis para todos os leitores desse texto.

Em primeiro lugar, de qual “reabilitação” estamos falando? Qual o modelo?

A cada vez que se propõe o assunto *reabilitação* em reuniões de equipe, eu me pergunto quais são as idéias que todos ali têm sobre o que seja essa reabilitação, mesmo quando todos supostamente falam de uma “reabilitação psicossocial”: estaremos compartilhando das mesmas premissas? Parece que a mesma palavra é usada para expressar propostas muito diversas. Numa ponta estão, por exemplo, os conceitos representados

pelo modelo de reabilitação psicossocial propostos por ANTHONY et al. (1990) sustentando que o tratamento visa à diminuição de sintomas e a reabilitação ao aumento do *funcionamento* do paciente. Em consonância com essa visão, McGLASHAN (1994) afirma que:

*“A Reabilitação enfoca a adaptação e a capacidade funcional, em oposição à doença e à psicopatologia. Estratégias de reabilitação dirigem-se aos recursos dos pacientes, aos talentos existentes e às possibilidades para lidar com a doença que minimizem a incapacidade.”*

Noutra ponta estão as idéias contidas em modelos como por exemplo a proposição da Organização Mundial da Saúde (OMS):

*“...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 removidas.” (BERTOLOTE, 1996, p. 156).*

Ou na definição da Associação Internacional dos Serviços de Reabilitação Psicossocial:

*“...o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível, de autonomia do exercício de suas funções na comunidade” (PITTA, 1996, p. 19)*

Onde encaixar então a concepção da reabilitação como uma postura ética?

*“...é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados” (PITTA, 1996).*

*“...uma questão ética de toda a sociedade” (SARACENO, 1996, p. 13).*

O problema é que as discussões sobre qual estratégia, técnica ou atitude de reabilitação a ser implementada ocorrem normalmente em um enquadre institucional. E se falamos de ações políticas ou atitudes éticas como propõem, por exemplo PITTA e SARACENO, citados acima, logo perceberemos que a tradução destas ações em intervenções objetivamente eficazes, válidas, reprodutíveis, economicamente viáveis etc., esbarra em incompatibilidades epistemológicas básicas. Empreendemos então

desgastantes argumentações sobre a validade e a aplicabilidade de nossas idéias – em geral, porque estamos preocupados em defender nossos territórios intelectuais e arsenais técnicos – ou então sobre a viabilidade de acolher, em nossos enquadres, alguma intervenção *não* clínica... e terminamos por não refletir sobre como construímos idéias fundamentais, por exemplo, sobre o que seja doença, tratamento, cura ou inserção social.

Penso que refletir sobre a aparente polaridade entre modelos de reabilitação e o alinhamento dos profissionais frente a essas proposições pode ser um bom ponto de partida para entender sobre o que significa “conhecer” a partir de premissas modernas (mecanicistas, cartesianas) e pós-modernas (sistêmicas, construtivistas) e da possibilidade de encontrar um caminho para a reabilitação através desta visão pós-moderna. Eu imagino que isso pode ser útil para que se estabeleça, no campo da saúde mental, uma estratégia de ação que integre profissionais, portadores de doenças mentais, seus familiares e a rede social de maneira mais ampla.

### ***Conhecimento e Tratamento em Duas Visões-de-Mundo***

A representação dualista do mundo é uma visão produzida pelo pensamento moderno, marcado pelo paradigma cartesiano. Separamos o racional do emocional, o sujeito do objeto, a “realidade interna” da “realidade externa”, e assim por diante. Nesse tipo de visão, são predominantes as construções disjuntivas do tipo “*ou* isso *ou* aquilo”. A crença na objetividade científica é também um produto deste tipo de visão-de-mundo. O objetivo do conhecimento científico é a conquista de fatos inegáveis, a busca da verdade. O conhecimento busca a natureza essencial das coisas.

O pensamento pós-moderno vem propor que aquilo que denominamos realidade objetiva é uma co-construção permanente, determinada pelas relações que estabelecemos num contexto do qual fazemos parte. As fronteiras entre o que convencionalmente chamamos de subjetivo e objetivo, por exemplo, são recortes possíveis de uma narrativa construída através de relações de distinção que cada um procede ao construir um determinado conhecimento. A realidade não existe enquanto uma entidade ou verdade universal. Nessa perspectiva epistemológica, o conhecimento parte da auto-refe-

rência e não cabe a separação, por exemplo, de um objeto de estudo do sujeito que estuda esse objeto. A pós-modernidade propõe buscar o conhecimento na diversidade, no relacional, nos contextos e nas múltiplas perspectivas. (LAX, 1998)

FRUGGERI (1998) sugere que precisamos deslocar o foco da tradição dualista de sujeito e objeto para abordar o processo do conhecimento, não esquecendo que o conhecimento é uma construção social. Ao adotarmos esta posição estamos desenhando um novo referencial no qual o dualismo pode ser superado. Passamos então a formulações do tipo “*tanto* isso *como* aquilo”, em que a postura é a de compartilhar possibilidades ampliando narrativas, e não substituindo ou criando oposições.

### ***Superando as Representações de Oposição***

A idéia de contrapor modelos “opostos” de reabilitação parece ser possível de ser superada ao examinarmos o que sustenta cada modelo e quais as alternativas para o desenvolvimento de práticas baseadas nessa nova epistemologia.

Começemos por fazer algumas perguntas:

- Em primeiro lugar, quem propõe um determinado enfoque para uma abordagem de tratamento ou reabilitação, fala a partir de onde?
- Existe uma distinção entre tratar e reabilitar? Quem propõe essa distinção?
- Quando tratamos, o que tratamos?
- Pode haver alternativa para um modelo de tratamento centrado na patologia e na deficiência?

A meu ver, o modelo psicossocial quando propõe que a reabilitação é da pessoa e não do doente, não resolve a questão da dualidade entre sujeito e objeto, doente e doença, assim por diante. Este modelo parece buscar uma solução retirando a questão da reabilitação do contexto de tratamento, encaminhando-a ao “social”. Lê-se isto nas idéias de que a reabilitação não aborda a doença, mas a incapacidade e a desvantagem econômica e social que podem ou não ser decorrentes da doença.

Entretanto, é preciso pensar que qualquer relação entre um profissional de saúde e um paciente se dá num espaço que também é social. Todos os lugares onde se realiza algum tipo de intervenção em saúde mental (hospitais-dia, ambulatórios, cen-

tros de convivência, unidades de internação, etc... ) são enquadres perpassados pelo contexto social. Como diz PAKMAN (1999, p. 24), “...os discursos sociais atravessam e transcendem as paredes invíveis que pensamos poder construir à nossa volta”.

Quando pensamos em tratamento, frequentemente formulamos um idéia de tratar a partir da ainda dominante tradição mecanicista cartesiana de identificar elementos patogênicos, isolá-los e eliminá-los. As psicoterapias, apesar de utilizarem uma linguagem marcada pelo subjetivo, também operam frequentemente a partir desses mesmos pressupostos ao localizar no espaço intrapsíquico as questões essenciais para a abordagem terapêutica. Estamos, como diz PAKMAN (1999, p.8), frequentemente aceitando o convite para exercer uma prática assistêmica, concordando em conduzir avaliações e intervenções baseadas em raciocínios causais simplificadores, nos quais “...as dimensões marginalizadas tornam-se mero ‘contexto’, algo supérfluo em relação ao que a mente é ‘essencialmente’, e sem maiores conseqüências se eliminado...”

Da mesma forma, a idéia de separar tratamento de reabilitação pode ser vista como resultado da visão segundo a qual o tratamento visa abordar os sintomas e problemas relacionados ao transtorno ou doença, e a reabilitação cuida de ajudar a pessoa a “funcionar” com as capacidades e limitações remanescentes. É como se, na contabilidade geral da doença, a reabilitação fosse o aproveitamento do resto de uma divisão singular: uma pessoa, dividida pelo processo de doença, resgatadas as possibilidades através do tratamento, o que sobra é o potencial reabilitável.

Em que momento perguntamos ao paciente ou à sua família como eles vivem aquela experiência que convencionalmente chamamos de doença? Que representações eles têm dessa realidade? Quando nos esforçamos para identificar precisamente os sintomas, as deficiências e as incapacidades, que espaço reservamos para perguntar aos nossos clientes como eles fazem para sobreviver e o que eles identificam como coisas que sabem fazer para melhorar suas vidas; enfim, que recursos têm?

Parece inquestionável para todos nós que a doença subtrai da pessoa as suas capacidades. E, embora isto seja possível de se verificar em muitas narrativas de doença, é preciso lembrar que a experiência da doença é sempre moldada

culturalmente. KLEINMAN (1988) afirma que as orientações culturais locais – aquelas maneiras aprendidas para pensar e agir que reproduzem a estrutura social de um dado contexto – organizam o nosso senso comum, o *conhecimento tácito* sobre como entender, interpretar, lidar e tratar as doenças. As expectativas convencionais sobre a doença, diz KLEINMAN, são alteradas através de negociações em diferentes situações sociais e em redes particulares de relacionamentos. E estas mesmas expectativas convencionais também diferem segundo as nossas histórias pessoais de vida. Até que ponto estamos conscientes de nossos conhecimentos tácitos quando elaboramos hipóteses clínicas para o tratamento de nossos pacientes?

Quando profissionais de saúde interpretam um determinado problema de saúde dentro de uma nomenclatura ou classificação diagnóstica, criam uma “entidade” – o transtorno (ou distúrbio) clínico ou psiquiátrico. Esse então é o problema a ser tratado, do ponto de vista do profissional. Se o tratamento prescrito não aborda, por exemplo o medo, as crises e os conflitos a partir do significado que a doença tem para o doente e para a família, é grande a possibilidade de uma comunicação ineficiente na relação médico-paciente ou terapeuta-paciente. O que dizer então da possibilidade de pensar em estratégias de reabilitação?

PAKMAN (1999) afirma que “as instituições sociais constroem solidamente os papéis dos atores de uma dada conversação que acontece em um contexto que elas proporcionam. Quando aqueles que estão em conversação, em ambos os lados do ‘balcão’, representam os ‘scripts’ escritos para eles, ativamente participam da recriação de suas identidades à volta desses papéis alienados

... É tempo de nos perguntarmos: que tipo de ‘paciente’, ‘cliente’ ou ‘usuário’ (como alguns admiradores da teoria de mercado parecem preferir) estamos construindo como parte das instituições de saúde mental pela quais somos formados e que encarnamos?”

Qual é a nossa responsabilidade na criação desses “scripts”?

Penso que nós, terapeutas ocupacionais, possuímos uma enorme afinidade com a perspectiva construtivista porque lidamos, no enquadre terapêutico, com o fazer cotidiano e isso nos coloca sempre em posição de buscar os recursos, utilizar

o potencial e o saudável de nossos clientes. Além disso, como costumamos pensar no aspecto da inserção social, temos procurado validar nossa prática através de parâmetros não tão fortemente determinados pelo modelo clínico. Essa posição de certa forma nos coloca em vantagem para articular soluções para a reabilitação. E quando digo 'vantagem', não quero sugerir uma provocação competitiva com outros profissionais de saúde mental, mas apenas um lugar melhor, 'com uma visão mais ampla'. É preciso reconhecer e usufruir desse lugar!

BENETTON (1993/6), por exemplo, propõe que a avaliação da eficácia da reabilitação psicossocial tem de ser feita no social, uma vez que "o propósito final é a inclusão social do excluído" (p.56). Porém, antes desta avaliação, BENETTON nos pergunta:

*"A aferição se fará pelo novo ou pelo reaquirido? ... Quando 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 reabilitado."* (p.56-57).

Penso que esta é de fato uma questão central para pensarmos a reabilitação em saúde mental. Ela nos leva a necessariamente reavaliarmos as premissas, expectativas, conceitos de doença e de cura que as orientam.

Se um dos desafios da reabilitação é o desenvolvimento de uma linguagem própria e de referenciais teóricos que compreendam as inovações das práticas psiquiátricas mais complexas e articuladas, seria muito útil pensarmos em modelos teóricos que dêem conta da superação desta cisão entre a clínica e o social. E, aproveitando a experiência comum a muitos serviços de assistência psiquiátrica de que a reabilitação vai-se desenvolvendo gradualmente como um conceito incorporado ao longo da prática, eu proponho que nós podemos pensar em modelos teóricos que abarquem esta complexidade se a utilizarmos justamente como ponto de partida.

A utilização de "lentes sistêmicas", metáfora para essa postura construtivista, pode então fornecer guias para a teorização e o desenho desta reabilitação. Listando algumas idéias principais,

espero então despertar a curiosidade dos terapeutas ocupacionais que vêm pensando e procurando soluções para a integração de suas práticas clínicas ao cenário social.

- Buscar a superação das dicotomias lembrando que todo ser só existe em relação a alguém.
- Lembrar que todo conhecimento é um recorte e que a objetividade nasce da subjetividade.
- Procurar manter um senso de *curiosidade* como uma postura terapêutica, pois esta propicia a construção de alternativas de ação e interpretação (CECCHIN, 1998).
- Pensar sobre quais são as premissas segundo as quais nos definimos como terapeutas, elaboramos nossas teorias e práticas, modelos e técnicas de intervenção. Pensar também quais são as premissas que orientam as nossas relações interpessoais, sociais e institucionais.
- Saber que as nomeações, os conceitos, as representações, tanto das doenças como dos processos de tratamento, restabelecimento e cura, são narrativas encarnadas nos contextos sociais dos quais fazemos parte. Refletir sobre as nossas concepções é um caminho para estabelecer uma escuta para as histórias de nossos pacientes em que se torna possível a construção de novas narrativas.
- Pensar no tratamento e na reabilitação como a composição de alternativas possíveis. Buscar os recursos, reconhecendo (validando) as competências e soluções propostas pelos pacientes e familiares. Criar situações para que as pessoas se dêem conta destes recursos.
- Estruturar nossos serviços e práticas para criar reflexividade e agenciamento de redes colaborativas formais e informais (PAKMAN, 1999).

E, por fim, lembrar, como bem adverte PAKMAN, que do ponto de vista dos pacientes e seus familiares, nós somos marginais. Pensar como, desde essa posição de marginalidade, se pode criar uma conversação suficientemente forte em que todos estejam interessados em buscar uma solução para os problemas, tecendo redes que aumentem o quanto possível a capacidade destas pessoas de realizar algo em suas vidas.

### *Agradecendo*

Esse texto é um produto, ainda em construção, da reflexão que tenho tido oportunidade de

desenvolver em colaboração com todos os colegas do PROESQ, com os pacientes e seus familiares e com as especializadas de terapia ocupacional. A inspiração e o subsídio teórico vêm do curso de formação em terapia familiar do FAMILIAE, um lugar que têm sido fundamental para a elaboração destas idéias. A todas essas pessoas, e ao meu marido, Miguel Jorge, sempre companheiro e disposto a revisar os meus textos, o meu muito obrigada!

### ***Referências Bibliográficas***

- ANTHONY, A, COHEN, M. & FARKAS, M. Psychiatric Rehabilitation. Boston, MA, Boston University Press.
- BENETTON, J. Terapia Ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? Revista de Terapia Ocupacional da USP, v. 4/7, p. 53-58, 1993/6.
- BERTOLETE, J.M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. Em: A Pitta (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo, Editora Hucitec, 1996, p. 155-158.
- CECCHIN, G. Construindo possibilidades terapêuticas. Em: S. McNamee, K. Gergen & cols. A Terapia como Construção Social, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1998, p. 106-116.
- FRUGGERI, L. O processo terapêutico como construção social da mudança. Em: S. McNamee, K. Gergen & cols. A Terapia como Construção Social, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1998, p. 51-65.
- KLEINIMAN, A. The Illness Narratives. New York, Basic Books, 1988.
- LAX, W. O pensamento pós-moderno na prática clínica. Em: S. McNamee, K. Gergen & cols. A Terapia como Construção Social, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1998, p. 86-105.
- MCGLASHAN, T.H. Psychosocial treatments of schizophrenia: The potential of relationships. Em: N. Andreassen (ed.). Schizophrenia: From Mind to Molecule. Washington, American Psychiatric Press, 1994, p. 189-215.
- PAKMAN, M. Desenhando terapias em saúde comunitária: poética e micropolítica dentro e além do consultório. Nova Perspectiva Sistêmica, 13, p. 6-25, 1999.
- PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? Em: A Pitta (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo, Editora Hucitec, 1996, p. 19-26.
- SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. Em: A Pitta (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo, Editora Hucitec, 1996, p. 13-18.
- VILLARES, C.C. Terapia Ocupacional na esquizofrenia. Em: I. Shirakawa, AC Chaves & J.J. Mari (Eds.). O Desafio da Esquizofrenia. São Paulo, Lemos Editorial, 1998, p. 183-196.