

Habilitando a reabilitação

As ações da Terapia Ocupacional em sua integralidade: a necessidade de discussão conceitual sobre os processos em reabilitação

Habilitating rehabilitation – the actions of occupational therapy in its completeness: the necessity for a conceptual discussion on rehabilitation processes

Habilitando la rehabilitación - las acciones de la terapia ocupacional en su conjunto: la necesidad de discusión conceptual en los procesos de rehabilitación

Flávia Liberman*
Solange Tedesco**
Marisa Samea***

RESUMO: Tomando como foco de discussão o conceito de reabilitação, este artigo apresenta e discute diferentes perspectivas que construíram um determinado olhar em relação ao portador de deficiência e sobre possíveis intervenções assumidas pela terapia ocupacional nesse campo. Visando ampliar a discussão sobre autonomia, independência, cuidado e autogestão, questionamos a tendência dos profissionais e programas voltados a esta população a compreenderem este território através da falta, que pressupõe um ideal de completude que não responde as necessidades e desejos desta população em suas relações com o mundo econômico, cultural, político e social. Retomando ainda a idéia de função, parte-se do pressuposto que as trocas sociais incluem o olhar do outro, olhar este que impõe no contemporâneo uma visão mais complexa e ampliada, que transita por além das deficiências visíveis observadas nos processos de reabilitação.

DESCRIPTORIOS: Pessoas portadoras de deficiência-reabilitação, Terapia Ocupacional, Reabilitação-conceito

ABSTRACT: Having as a focus of discussion the concept of rehabilitation, this article presents and examines different perspectives that had constructed a certain look about the relation to people with deficiencies and on possible interventions engaged by occupational therapy in this field. Aiming at extending the discussion on autonomy, independence, care and self management, we question the trend professionals and programs directed to this population have of understanding this territory by means of lack, something that supposes an ideal completeness that does not answer to the necessities and desires of this population in its relations with the economic, cultural, social and political world. By also reassessing the idea of function, one works on the basis of the assumption that social exchanges include the others gaze, a gaze that imposes in the present time a more complex and broader vision that goes beyond the observed visible deficiencies in the rehabilitation processes.

KEYWORDS: People with deficiencies-rehabilitation, Occupational therapy, Rehabilitation-concept

RESUMEN: Tomando como foco de la discusión el concepto de rehabilitación, este artículo presenta y discute diversas perspectivas que han construido una determinada mirada referente al portador de deficiencias y sobre intervenciones posibles asumidos por la terapia ocupacional en este campo. Teniendo como objetivo ampliar la discusión sobre la autonomía, independencia, gerencia del cuidado y de uno mismo, cuestionamos la tendencia de los profesionales y de los programas ordenados a esta población a entender este territorio mediante la carencia, que supone una integralidad ideal que no atiende a las necesidades y a los deseos de esta población en sus relaciones con el mundo económico, cultural, político y social. Volviendo aún a la idea de la función, parte el estudio de la idea de que los intercambios sociales incluyen la mirada del otro, mirada que impone en el contemporáneo una visión más compleja y más extendida que va más allá de las deficiencias visibles observadas en el los procesos de rehabilitación.

PALABRAS LLAVE: portador de deficiencias-rehabilitación, Terapia Ocupacional, Rehabilitación-concepto

* Terapeuta Ocupacional. Docente do Centro Universitário São Camilo. Mestre em Psicologia Social pela PUC-SP. Doutoranda no Núcleo de estudos da subjetividade do Programa de Psicologia Clínica da PUC-SP. Coordenadora do Grupo de estudos Corpo e Clínica. estudiofla@uol.com.br

** Terapeuta Ocupacional. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UNIFESP/EPM. Docente do Centro Universitário São Camilo. Coordenadora da especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/EPM. sotedesco@uol.com.br

*** Mestre em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo. Especialista em Grupos Operativos. Docente do Centro Universitário São Camilo e Terapeuta Ocupacional da Prefeitura do município de São Paulo. marsamea@uol.com.br

Pretender que nossas cartografias sejam puras, eternas, universais em si mesmas é reiterar exatamente o que faz adoecer: calar a diferença, calcificar o existente, impotencializar a vida, travar a processualidade do ser, breçar a história.

Suely Rolnik, *O mal estar da diferença*

Levantar hoje o campo de questões referentes à reabilitação e sua interface com o estudo dos procedimentos em terapia ocupacional traz uma complexidade não apenas conceitual, técnica, ou estratégica, mas principalmente na delimitação da noção de função.

Imprimindo significado às experiências clínicas, a proposta desta discussão compromete-se com a necessidade implícita a toda ação de terapia ocupacional que fundamenta o olhar do terapeuta para o contexto e a conseqüente inter-relação do sujeito com sua condição e suas necessidades.

A primeira questão que se impõe no nosso trabalho diz respeito ao próprio conceito de reabilitação. Lembrando que os programas de reabilitação implementados no Brasil se constituíram como decorrência de um panorama mundial instalado a partir da Primeira e Segunda Guerras Mundiais, criou-se uma cultura de que quando falamos de reabilitação estamos tratando prioritariamente das deficiências e incapacidades, tratados em processos muitas vezes longos e em centros especializados.

De acordo com o Secretariado Nacional de Reabilitação (1989), a Organização Mundial da Saúde apresenta as seguintes definições (referências):

Deficiência (impairment): Perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Indica alteração de nível orgânico.

Incapacidade (disability): Redução ou falta (devido a uma deficiência) da capacidade para exercer uma atividade na forma ou na

medida que se considera normal a um ser humano. Indica alterações no desempenho e funcionalidade do indivíduo.

Impedimento ou desvantagem (handicap): Situação de um determinado indivíduo, em conseqüência de uma deficiência ou de uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de uma atividade que é normal em seu caso (em função da idade, sexo, fatores sociais e culturais). Indica alterações na relação do indivíduo em relação ao seu meio sociocultural, econômico e relacional.

Um olhar mais focado em cada um desses fenômenos impõe uma discussão conceitual. A necessidade dessa diferenciação terminológica aponta para uma atenção maior na relação entre o impedimento ou mesmo a dificuldade decorrente das perdas ou das limitações e a necessidade de participação social do sujeito. O próprio conceito de participação é particularmente ambíguo. Quando abordamos a participação como o exercício da liberdade nas escolhas e decisões, estamos nos comprometendo às forças que coagem para que um sujeito atue de uma maneira ou outra. Ampliando essa problemática não mais como exclusiva das conseqüências de deficiências visíveis, de deformidades objetivas ou resultantes de rupturas sofridas pelos processos de tratamento estaríamos nos comprometendo com a construção de um papel social, construído por e através de determinados modos de subjetivação.

O conceito de impedimento ou desvantagem deve ser analisado em

função da relação entre cada sujeito e seu ambiente. Ocorre quando as pessoas enfrentam barreiras culturais, físicas ou sociais que as impedem de ter acesso aos diversos sistemas da sociedade à disposição dos demais cidadãos. O impedimento é, portanto, a perda ou a limitação das oportunidades de participar na vida da comunidade na igualdade de condições com os demais. (Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, 1997). Sob um ponto de vista psicodinâmico, a desvantagem implica no *em torno*, na relação, na situação, em que além da doença e tratamento as necessidades e desejos do sujeito devem ser considerados.

Os referenciais de saúde mental incluem no contexto, para além das questões da dependência/independência, os aspectos de autonomia e contratualidade. Temos uma rede construída em torno da complexidade saúde-doença, tratamento-restabelecimento e todas as suas implicações.

Segundo Vieira (1996) o aspecto central do conceito de independência é a capacidade funcional que em sua expressão máxima significa poder viver sem ajuda para as atividades instrumentais de vida diária e de auto-cuidado.

Autonomia é um termo derivado do grego “auto” (próprio) e “nomos” (lei, regra, norma). Para Muñoz (2004) significa autogoverno, autodeterminação da pessoa para tomar decisões que afetam sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais. Refere-se à capacidade de o ser humano decidir o que é “bom”, ou o que é seu “bem-estar”.

Ampliando ainda mais a discussão sobre o conceito de autonomia, Tikanori (1996) compromete a possibilidade de autogestão com a possibilidade de circulação no mercado de produções, sejam elas econômicas, políticas ou relacionais. Nos alerta para a seguinte questão: não se trata de vincular o conceito de autonomia com a idéia de independência (aqui usada no sentido de liberdade), nem tampouco auto-suficiência. A questão estaria na capacidade do sujeito ser dependente de mais ordenamentos possíveis (ou estabelecer vários contratos, aumentando o seu poder contratual no mundo), que não significa apenas uma maior quantidade de relações, mas construir vínculos que permitam gerar normas e ordens no enfrentamento de diferentes situações na vida.

Para o autor, a restituição do poder contratual como dimensões de trocas de bens, mensagens e afetos exigiria principalmente o deslocamento do olhar: de um pressuposto de negatividade e desvalia frente ao sujeito para uma posição afirmativa enquanto abertura de possibilidades no gerenciamento e criação de roteiros existenciais singulares e mais potentes.

Dentro dessa ótica, estaríamos todos envolvidos, avaliando permanentemente posições, “minando” cristalizações, sem nunca perder de vista a complexidade que estas questões provocam e desafiam nos âmbitos micro e macropolíticos.

Retomando a idéia inicial de *função*, partimos do pressuposto que as trocas sociais incluem o olhar do outro. Gostaríamos de abordar a maneira como terapeutas vêem o sujeito com uma deficiência visível. Enunciando alguns princípios que nascem da experiência com alunos e contato com diferentes profissionais, demarcamos as categorias mais comuns:

1- *Avaliações funcionais*. Quanto e como considerar o déficit? O *normal* é o padrão ouro?

2- *Avaliação da dependência e promoção da autonomia*. A hierarquia no confronto clínico. O terapeuta avalia o significado das ações cotidianas considerando as limitações?

3- Como eu, terapeuta ocupacional, *olho* o sujeito deficiente e sua relação com a própria limitação? O foco está direcionado para o “problema”?

4- Como determinado sujeito-corpo se apresenta como deficiente? Quais experiências construíram esse tipo de moldagem, essa historicidade?

Podemos fazer neste ponto uma discussão proposta por Michel Foucault em seu artigo intitulado “Os anormais” (1975), em que nos apresenta algumas das figuras que constituem o domínio da anomalia (genealogia da anomalia e do indivíduo anormal) e que construíram modos de olhar para o outro (um certo outro) que determinaria até hoje, relações, posturas, atitudes, “contratos”, delimitando concepções sobre normalidade, saúde/doença, e portanto delineando modos de aproximações/distanciamentos com este outro, principalmente daqueles que são considerados população-alvo para as nossas intervenções.

Foucault aborda três figuras. Destacaremos neste artigo as duas primeiras, que nos ajudam compreender a questão.

A primeira dessas figuras é o que Foucault chama de “*monstro humano*”, cujo contexto de referência é a lei. A noção de monstro é essencialmente uma noção jurídica, pois “o que define o monstro é o fato de que ele constitui, em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação das leis da natureza”. O campo de aparecimento do monstro pertence a um domínio

“jurídico-biológico”. Daí certo número de equívocos vão continuar e perseguir por muito tempo a figura do homem anormal, tal como será constituído na prática e no saber do século XVIII. No entanto, ele não produzirá uma resposta da lei, pois é um modelo ampliado, uma forma desenvolvida pelos próprios jogos da natureza — a forma natural da contra natureza em todas as suas irregularidades possíveis, podendo, além da vontade de supressão pura e simples, exigir os cuidados médicos ou a piedade. Acompanhando a discussão do autor, podemos dizer que essa figura do monstro é o grande modelo de todas as pequenas discrepâncias. E é neste ponto que a discussão de Foucault nos interessa e provoca a seguinte problematização: Com que *tipo de olhar* vou ao encontro do outro? E se este outro possui uma deficiência física explícita, que pressupostos me acompanham na relação com este outro? Será que não estamos ainda hoje condenados a olhar este outro como a figura do anormal analisada por Foucault?

Uma outra figura abordada nesse artigo provoca inquietação, pois diz respeito àquele que Foucault chama de *o indivíduo a ser corrigido*. Saímos da órbita da lei e aterrissamos agora no âmbito familiar, das relações mais íntimas, ou, no máximo, nas relações entre a família com as instituições vizinhas que a apóiam. Diz Foucault: “O indivíduo a ser corrigido vai aparecer nesse conflito, nesse sistema de apoio que existe entre a família e, depois, a escola, a oficina, a rua, o bairro, a igreja, a polícia etc. Esse contexto, portanto, é que é o campo de aparecimento do indivíduo a ser corrigido”.

O problema, no entanto, é que, no caso da primeira figura o monstro é uma exceção, enquanto que o indivíduo a ser corrigido é um fenômeno freqüente. É tão recorrente que é às vezes difícil de reconhe-

cê-lo a tal ponto ele é familiar. O grande equívoco que aqui se apresenta é o fracasso de técnicas, procedimentos, investimentos familiares e corriqueiros de educação (acrescentaríamos neste ponto certos procedimentos técnicos), o que define, portanto que ele é incorrigível, apesar de requerer certo número de intervenções específicas sobre si. Eis o paradoxo da situação. Esboça-se então um eixo da *corrigibilidade incorrigível* que vai servir de suporte a todas as instituições específicas para anormais que vão se desenvolver a partir do século XIX. Ele será posto no centro do que Foucault denomina de uma aparelhagem de correção, ancestral do anormal do século XIX.

Esta discussão nos parece oportuna e bastante atual, pois ainda encontramos instituições, profissionais e familiares que incorporaram fortemente tais concepções.

Se as discussões conceituais nos ajudam a não estabelecer uma relação ingênua com as deficiências, elas nos comprometem com a experiência da perda, da falta, do *aquilo*¹.

A questão da falta aqui colocada nos sugere ainda uma outra condenação. Vinculada às idéias postas por Foucault, mas adentrando nas análises dos processos de subjetivação e nas relações com a alteridade, podemos dizer que estes encontros são inevitavelmente perturbadores (Rolnik, 2004), pois inscritos em territórios estranhos. As respostas a estas perturbações são usualmente observadas numa focalização mais contundente sobre *aquilo* que falta, atravessados que estamos por ideais de comple-

tude, hoje fortemente veiculados pela mídia, pela sociedade do espetáculo (Debord, 1992), pelas igrejas e por diferentes “produtores de subjetividade”, expressos na moda, na estética, nos comportamentos, nas pedagogias, nas concepções de saúde e bem estar, entre outros.

A população-alvo nas intervenções da terapia ocupacional tem se caracterizado historicamente pela presença, em ampla diversidade e graduação, de alguma vulnerabilidade de saúde ou vulnerabilidade social, incluindo-se portanto os sujeitos acompanhados em processos de reabilitação física ou psicossocial. Amaral (1992) refere-se a essa população como sujeitos que apresentam “diferenças significativas”, e tal campo — o das *diferenças* — engendra uma complexa rede no universo das intersubjetividades.

Os estudos e reflexões sobre o desvio apontam preponderantemente para um critério hierárquico e falam de desigualdade, mas não de diferença. Segundo Amaral, os rótulos se sobrepõem à subjetividade e os discursos daí provenientes ficam “contaminados” pela categoria assumida: o louco, o deficiente. Haveria uma redução produzida pela classificação e categorização e o olhar ficaria localizado naquela redução. O contexto ideológico de alguma forma aponta para a emergência do desvio como conceito relativo à anormalidade e favorece o desaparecimento das diferenças. Amaral (1992) indica a necessidade de se manter os conceitos em suspenso e a importância de não fazer com que a diferença desapa-

reça. Segundo essa autora, o contato com a diferença desencadeia um conjunto de reações emocionais, conscientes ou inconscientes, cujas inter-relações vão determinar o surgimento de “atitudes, preconceitos, estereótipos e estigmas”.

[As atitudes seriam] uma *postura* (um posicionamento quase corporal) frente a um dado fenômeno. *Exprimem um sentimento* e preparam, em princípio, uma ação. Atitude refere-se, portanto, a uma disposição psíquica ou afetiva em relação a determinado alvo: pessoa, grupo ou fenômeno. Por ser *anterior ao comportamento* propriamente dito ela é apenas inferível. (Amaral, 1992, p. 64, os grifos são da autora)

Preconceito seria então, segundo Amaral, uma atitude favorável ou desfavorável, positiva ou negativa, anterior a qualquer conhecimento. O estereótipo seria “um julgamento qualitativo, baseado no preconceito e, portanto, anterior a uma experiência pessoal”. O estigma, para esta autora, que parte das idéias de Goffman (1982), seria “uma inabilitação para aceitação social plena”, ou seja, “a partir da conotação de ‘des-humanidade’ aplicada à pessoa com estigma segue-se todo um procedimento de discriminação, de segregação”.

Há diferenças e diferenças nas relações sociais: aquelas que não implicam em estigmatização e outras que, pelo contrário, ficam aí capturadas. De qualquer forma, o problema das diferenças demanda contextualização, principalmente em um campo ideológico de valorização à homogeneização. Eviden-

1. No filme *Crime delicado*, de Beto Brant, adaptação do romance *Um crime delicado*, de Sérgio Sant’Anna, o diretor explora sem pudor as “imperfeições” e “impurezas” cotidianas, das ruas, do crítico teatral, mas principalmente a objetividade da imperfeição de uma moça muito especial, a personagem Inês. A referência inicial a sua deficiência física é colocada como “a moça que tem *aquilo*”. Como reflexão, indagamos como possuir *aquilo* = deficiência aponta para a idéia da completude ou falta dela. Toda a trama esta envolta na tênue fronteira que separa o casal. No livro, encontramos a palavra *aquilo* para designar o lugar do diferente no corpo da moça. No filme, a moça pergunta: “O que te chama a atenção quando você olha pela primeira vez uma mulher?”. Vários diálogos e pensamentos do *crítico* sugerem uma série de pressupostos em relação à moça, tais como a necessidade de amparo e carinho resultado de sua condição física, pressupostos em relação a sensações e sentimentos dessa mulher, entre outros. Nomeá-la enquanto portadora *daquilo* substitui o inominável. Não se trata de aprofundar neste artigo uma análise maior do livro e do filme, mas reforçar a dificuldade e as sutilezas entre duas pessoas que se aproximam e se afastam, atravessadas por deficiências várias visíveis e não visíveis.

cia-se um paradoxo: seja igual e seja diferente.

Mais do que respostas, os paradoxos promovem inquietações. Uma linha de fuga dessas capturas nos aproxima da idéia de saúde, e saúde social. Emprestando de Winnicott (1988) uma idéia:

Vou terminar falando sobre as três vidas que as pessoas saudáveis experienciam:

- a) A vida no mundo (relações interpessoais);
- b) A vida da realidade psíquica pessoal (realidade interna);
- c) Área da experiência na cultura.

Nesse sentido, a saúde, a autonomia e a emancipação de qualquer sujeito — submetido a qualquer situação, a qualquer “aquilo” — têm apenas relação com a saúde psíquica, com o cuidado às deficiências invisíveis.

REFERÊNCIAS

- Almeida MC. A pessoa portadora de deficiência física em seu cotidiano: reflexo e reflexões sobre a reabilitação. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1993.
- Amaral L. Espelho convexo: o corpo desviante no imaginário coletivo, pela voz da literatura infanto-juvenil. [Tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia – USP; 1992.
- Debord G. A sociedade do espetáculo. Paris: Rio de Janeiro: Contraponto; 2005.
- Foucault M. Os anormais. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
- Muñoz DR, Fortes P. O princípio da Autonomia e o consentimento Livre e Esclarecido. In: Iniciação à Bioética. [S. I.]: CRM; 1998
- Neistadt ME. A occupational therapy program for adults with developmental disabilities. Am J Occup Therap. 1987;433-438.
- Rolnik, S. “Fale com ele” ou como tratar do corpo vibrátil em coma In: Engelman S, organizador. Corpo, Arte e Clínica. Porto Alegre: UFRGS; 2004
- Samea M. Terapia Ocupacional e grupos: em busca de espaços de subjetivação. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
- Takatori M. O brincar no cotidiano da criança com deficiência física: reflexões sobre a clínica da Terapia Ocupacional. São Paulo: Atheneu; 2003.
- Tykanori R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta A, organizador. Reabilitação Psicossocial no Brasil. [S. I.]: Hucitec; 1996
- Vieira EB. Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. R.io de Janeiro: [s. n.]; 1996.
- Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. [S. I.]: Artes Médicas; 1988.
- World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Helth. Disponível em: <http://www3.who.int/icf>. Acesso em: 30 julho 2003.
-

Recebido em 28 de setembro de 2005
Aprovado em 19 de outubro de 2005