

## O PAPEL DO PSICÓLOGO NA REABILITAÇÃO\*

Annik M.J.S.A.S. Rosiers Fonseca  
*Universidade de Brasília*

RESUMO — Com base na literatura e na experiência profissional da autora, o papel do psicólogo em reabilitação é enfocado basicamente em dois níveis: preventivo e terapêutico. O psicólogo contribui para humanização dos hospitais e centros de reabilitação e lida tanto com o reabilitando (considerado como ser sexuado, inserido num contexto familiar, social e institucional) quanto com os membros da equipe de reabilitação, procurando assim tornar terapêutica toda a estrutura institucional.

### THE PSYCHOLOGIST'S ROLE IN REHABILITATION

ABSTRACT — Based both on the literature and the professional experience of the author, the role of the psychologist in rehabilitation is treated basically on two levels: prevention and therapy. The psychologist contributes to the humanization of the hospitals and rehabilitation centers and deals not only with the individual in rehabilitation (considered as a sexual being, inserted in a family, social and institutional context), but also with the members of the rehabilitation team, attempting to make the whole institutional structure therapeutic.

O tratamento intensivo, pelo qual passa o infartado ou acidentado com lesão medular, coloca-o em uma posição de paciente (palavra que evoca paciência, passividade) objeto de cuidados, exames e tratamentos diversos.

A reabilitação começa numa segunda etapa quando o sujeito não é mais paciente passivo e sim participante de um programa complexo cujos resultados (dentro dos limites realistas) vão depender em grande parte de sua motivação e estado emocional.

A etapa seguinte da reabilitação, depois de se haver alcançado a maior recuperação possível em termos de independência física e psicológica, objetiva a reintegração do indivíduo doente ou deficiente em seus contextos familiar, social, profissional e escolar.

A equipe multidisciplinar, necessária para desenvolver a bom termo o trabalho de reabilitação, é composta de médicos especializados em diversas áreas, enfermeiros, atendentes, fisioterapeutas, praxiterapeutas, logoterapeutas, psicólogos clínicos, organizacionais e educacionais e assistentes sociais. A composição da equipe e a atuação dos diferentes profissionais dependem da orientação das instituições bem como das características do paciente a ser reabilitado.

---

\* Trabalho apresentado no Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, São Paulo Out 1983.

Os centros de reabilitação podem ter as mais variadas clientela: crianças ou adultos acidentados, deficientes físicos ou mentais (apresentando, por exemplo epilepsia, surdez, cegueira, esclerose múltipla, miopatia, hemofilia, paralisia cerebral, lesões medulares, necessidade de amputação, doenças neurológicas, cardiovasculares, distúrbios psiquiátricos). Esta lista não tem a pretensão de ser exaustiva.

Mas, apesar de tratar-se de áreas tão diversas, a atuação do psicólogo em reabilitação pode ser descrita em seus pontos mais relevantes.

O presente trabalho limitar-se-á à reabilitação psicológica, processo que focaliza o indivíduo como sujeito que busca lidar com sua doença ou deficiência. As considerações apresentadas terão como base a literatura psicológica e a nossa experiência clínica, sem contudo abordar os aspectos específicos da reabilitação profissional.

Como foi enfatizado no colóquio em Bruxelas sobre o psicólogo em reabilitação (Fonseca et. al, 1976) parece-nos interessante distinguir o "papel do psicólogo", quer dizer o psicólogo visto por ele mesmo, do "status" do psicólogo, ou seja, o psicólogo visto pelos outros membros da equipe, pois a reabilitação implica um trabalho em equipe multidisciplinar.

Idealmente a readaptação deve visar o homem total nas suas dimensões somáticas, psíquicas e sociais. As vicissitudes do trabalho em equipe serão brevemente descritas.

O papel do psicólogo em reabilitação se situa basicamente em dois níveis, preventivo e terapêutico, que na realidade nem sempre podem ser separados.

Os conhecimentos teóricos e clínicos dos efeitos psicológicos das doenças e das deficiências possibilitam uma abordagem preventiva. Criar condições ótimas para a manutenção da saúde mental, reparar os indícios de problemas de funcionamento a fim de evitar sua organização patológica, assim como prevenir uma utilização iatrogênica das intervenções da equipe, dizem respeito à prevenção secundária. A prevenção terciária que se refere a um distúrbio já instalado, procura evitar seu agravamento, sua cronicidade ou distúrbios secundários.

O psicólogo mais especializado em comunicação, através de intercâmbios com a equipe e a administração, pode contribuir para humanização dos hospitais. Lembrando Pequignot & Gatard (1976) humanizar significa reintroduzir o humano no funcionamento hospitalar, no sentido de evitar que este se reduza a um papel de usina reparadora de órgãos lesados. Humanização expressa o desejo de conhecer tanto os anseios materiais dos pacientes como os psicólogos.

O centro de reabilitação idealmente deveria permitir a cada doente continuar a viver, levando em consideração seus valores próprios, solicitando ao máximo o conjunto de suas possibilidades de funcionamento fisiológicas e mentais (definição dinâmica da saúde e princípio básico da reabilitação) e ainda evitando que ele se desorganize devido a traumas e a angústia excessiva.

O psicólogo procurará facilitar o acesso à palavra e à possibilidade de vincular e simbolizar afetos. É necessário que os membros da equipe tornem-se conscientes de que são os depositários de uma parte do narcisismo dos pacientes e que devem desempenhar um papel organizador, desenvolvendo suas próprias capacidades de mentalização. Na equipe, uma abertura à palavra e à simbolização facilita a ligação entre afetos, representações mentais e vivência corporal e previne uma cisão entre soma e psique.

O sujeito é particularmente vulnerável em certos momentos, como por exem-

plo à chegada no centro de reabilitação, que constitui uma situação desconhecida ou no momento da revelação de um diagnóstico, com todas suas implicações.

Jeammet, Reynaud & Consoli (1980) apontam certos princípios que deveriam orientar a atitude da equipe de reabilitação tais como:

- A. personalizar a relação, evitando um desfile anônimo de pessoal, situação sempre ansiogênica.
2. ter presente a função "organizadora" do profissional da saúde, demonstrando coerência nas atitudes, explicitando o sentido do que faz e fornecendo informações.
3. permitir ao reabilitando um papel ativo.

O profissional desempenha assim um papel de guardião e restaurador do narcisismo ameaçado do paciente.

A aplicação destes princípios contribui para diminuir o sentimento de desigualdade na relação de reabilitação e o sentimento de dependência do sujeito. O aumento do aspecto técnico e a focalização dos interesses sobre o corpo e a doença, em detrimento da relação, da palavra e da personalidade do doente são assim parcialmente neutralizados.

Qualquer afecção, sofrimento ou deficiência se situa num contexto psicológico individual e acarreta atitudes particulares; estas variam segundo a personalidade e a intensidade de agressão sofridas nos planos individual, familiar e social.

As situações psicológicas decorrentes de uma doença ou de uma perda dizem respeito não só à psicologia individual como também à psicologia social. O psicólogo em reabilitação buscará compreender a vivência do sujeito assim como as repercussões das reações e atitudes da sociedade em relação ao deficiente. As afecções crônicas e/ou evolutivas têm um impacto mais forte que as afecções passageiras, obrigando muitas vezes o paciente a remanejar fundamentalmente e definitivamente sua maneira de existir.

O reabilitando pode apresentar problemas ligados à sua personalidade de base, anteriores mas eventualmente exacerbados pela doença. Certos sintomas podem ser causados por lesões orgânicas. Mas a experiência clínica demonstra que grande parte das implicações psicológicas das pessoas sofrendo de uma doença ou deficiência deve ser compreendida como reações existenciais diante da transformação, às vezes radical, da sua existência.

Numa tentativa de compreensão do deficiente físico em reabilitação, ressaltamos em trabalho anterior (Fonseca, 1975) várias dificuldades pelas quais ele passa.

1. *poder aceitar-se diminuído*: perdas estéticas ou perda da capacidade de andar constituem uma verdadeira ferida narcísica ao sentimento de integridade corporal.
2. *poder adaptar-se a um nível de vida quantitativa e qualitativamente inferiores ao nível pre-mórbido*: a auto-imagem do sujeito é modificada por sua vivência no tempo e no espaço. De um lado, seu horizonte espacial se restringe: escadas, distâncias e meios de transporte tornam-se obstáculos que estreitam sua vida; do outro lado, as perspectivas/temporais mudam: o futuro parece obstruído, as aspirações encontram-se bruscamente limitadas e o passado, hipervalorizado, é evocado com saudade.
3. *poder adaptar-se a uma situação de dependência*: a lesão medular pode gerar uma invalidez que leva ao uso de muletas ou de cadeira de rodas o que pode estigmatizar o deficiente. O estado de dependência em relação

aos outros pode ser vivenciado como uma servidão insuportável. O inválido pode reagir a esta situação de sujeição, seja por atitudes reivindicativas, correspondendo a uma demanda de proteção e de gratificação, seja por reações regressivas com fuga na hiperdependência, na resignação, na inatividade e no isolamento físico e mental.

A readaptação funcional visa restituir uma parte da independência perdida. Para o paraplégico, que assume sua invalidez, a cadeira de rodas é percebida não somente como um meio de independência mas também como uma possibilidade essencial de domínio do espaço e do tempo. Apesar da cadeira de rodas acentuar a diferença entre o paralítico e o "outro", esta permite um deslocamento do corpo inteiro num tempo dado. Andar com aparelhos ortopédicos apresenta certas vantagens práticas indiscutíveis (passagens estreitas, escadas, etc.) porém sempre se tratará de um andar de qualidade inferior; a cadeira de rodas compensa esta inferioridade. Ilustrando, basta, observar um paraplégico que adquiriu um domínio da sua cadeira de rodas ou evocar competições esportivas para usuários de cadeira de rodas.

Isto não deve ser entendido como uma apologia da cadeira de rodas; a posição em pé e a volta a andar desempenham um papel importante nos planos psicológico e da aceitação da reabilitação. Podemos enfatizar que, de pé, o deficiente não experimenta tanto o sentimento de inferioridade quanto aquele que permanece sentado e obrigado a levantar a cabeça para conversar com seu interlocutor.

Freqüentemente nosso meio sócio-cultural reage frente a problemas afetivos agudos pela conspiração do silêncio. Esta atitude provém da idéia clássica do que uma pessoa gravemente ameaçada sofrerá menos se ela ignorar a gravidade de seu estado. Esta concepção é muito discutida atualmente. Sem entrar no mérito da questão, afirmamos que uma pessoa só pode lançar mão de mecanismos de adaptação na medida em que ela sabe a que ela deve adaptar-se. Na prática isso implica informar ao paciente, de maneira adequada à sua compreensão, a natureza e a evolução da afecção, bem como o programa de reabilitação, evitando criar falsas esperanças, de forma a permitir-lhe um esboço realista de projetos futuros.

No plano intersubjetivo, a imagem que o sujeito tem de si, mais ou menos segura, depende diretamente da imagem que os outros têm a seu respeito. O sujeito pode ser percebido como *sendo* uma deficiência (limitação) mas, no entanto, *não ser*, não se sentir um deficiente. Ao contrário, um sujeito, só *sendo* uma limitação ligeira, pode ser forçado pelo meio a considerar-se como *sendo* um doente, um grande deficiente. Os papéis de "*normal*" e de "*doente*" são atribuídos não somente em função da lesão real, mas ainda através da maneira pela qual o ambiente interpreta esta lesão e convida o sujeito atingido a interpretá-la.

Não desenvolveremos as atitudes da sociedade frente ao deficiente. As restrições vivenciadas no tempo e no espaço paralelamente ao papel imposto pelo meio, prendem o sujeito numa vivência fechada, limitada, estreita, que pode desembocar em angústia. Podemos caracterizar os problemas psicológicos de adaptação de acordo com os mecanismos de defesa utilizados. De acordo com Steichen (1973) podemos conceber esquematicamente:

- 1 — a ausência de mecanismos de defesa, fazendo surgir a angústia pura.
- 2 — a presença de mecanismos de defesa flexíveis e eficazes (um conjunto ponderado de racionalização, de sublimação, de compensação e de regressão).
- 3 — mecanismos excessivamente rígidos ou excessivamente lábeis.

4 — e enfim, a descompensação dos mecanismos de defesa, podendo dar lugar a depressões e às vezes a reações psicóticas.

O meio do paciente também apresenta reações de adaptação e procura encontrar soluções para angústia ocasionada pela doença. Segundo as circunstâncias, o pai, a mãe, o cônjuge ou um dos filhos desempenhará um papel que será função da atitude do paciente e vice-versa. De acordo com as personalidades em jogo, realizar-se-á um equilíbrio próprio, podendo este ser facilmente rompido se os papéis não satisfizerem os protagonistas, dando lugar a reações psicológicas problemáticas de ambas as partes. Uma boa parte das atividades da equipe psicológica consiste em trabalhar estas dificuldades que se localizam com freqüência ao nível conjugal. Não podemos esquecer que a escolha conjugal se faz, em parte, de acordo com as necessidades e as expectativas inconscientes dos parceiros. Podemos prever um conflito, por exemplo, quando um sujeito que encontrava satisfação de sua necessidade de dominação, torna-se dependente de quem ele dominava.

Os problemas de relação podem manifestar-se também entre o sujeito e membros da equipe de reabilitação. Conseqüentemente, é útil, apesar de difícil para qualquer membro da equipe, tornar-se mais consciente de suas motivações e dos benefícios secundários de sua dedicação á causa dos pacientes.

A reabilitação idealmente visa o homem total, incluindo então o sujeito como sersexuado. O aconselhamento sexual deveria ser incluído no processo de reabilitação, quando a doença ou o acidente provoca alterações na sexualidade do sujeito concernido. Os problemas sexuais deveriam ser abordados quando os pacientes expressam (implícita ou explicitamente) suas preocupações em relação a sexo, e principalmente antes do primeiro fim de semana em casa.

Cossette (1977) aponta vários objetivos do aconselhamento sexual:

- 1 — Ampliar a noção de sexualidade em suas dimensões reais.
- 2 — Dar uma imagem revalorizante e ajudar a reencontrar a identidade sexual.
- 3 — Enfatizar o que se tem e não o que se perdeu.
- 4 — Conhecer os valores do casal e respeitá-los, levando em consideração a educação, a vida anterior e a percepção atual da sexualidade, bem como explorar modos alternativos de sensualidade e sexualidade.

Como na maioria das terapias sexuais, o casal é encorajado a descobrir seu corpo e o corpo do parceiro, sem se sentir compelido a realizar uma performance, o que reduz a ansiedade polarizada nos órgãos sexuais e permite uma re-descoberta da sexualidade.

Diante desse conjunto de problemas e atitudes inter-relacionais, o papel do psicólogo será o de escutar as vivências do reabilitando e de seus familiares, acompanhando-os sem abandoná-los, através das várias fases de adaptação a fim de favorecer elaboração destas vivências. Apesar de fazer verdadeiras psicoterapias com certos pacientes mais perturbados que expressam tal demanda, a atuação do psicólogo clínico se situa para a maioria dos casos ao nível de um aconselhamento ou de uma psicoterapia de apoio.

Assim como a família, a equipe de reabilitação funciona também como um sistema fechado. Quando a comunicação é precária dentro do sistema e entre o sistema e seu meio, surgem dificuldades.

Conflitos entre membros da equipe prejudicam a comunicação. O psicólogo pode ser percebido pela equipe como inútil, como simples "testólogo" ou ainda como rival. Divergências na maneira de apreender o reabilitando (objeto ou sujeito,

infantilizando-o ou respeitando-o, etc.) são freqüentemente fontes de conflitos. O psicólogo ainda pode ser visto como conselheiro ou como aquele que soluciona quase magicamente os problemas dos outros, às vezes recorre-se aos serviços dos psicólogos só em último recurso, como se ele representasse a última esperança de resolução de problemas do reabilitando. Estes "problemas" não raramente revelam conflitos de relação com um elemento da equipe.

Os conflitos no interior do sistema ocasionalmente cristalizam-se em um "bode expiatório", situação que dá a ilusão perniciosa de um funcionamento bom da equipe. Se esta dinâmica persistir, ela impedirá o amadurecimento do grupo através de uma elaboração dos conflitos.

Todos os membros do sistema devem compreender a importância de uma boa comunicação evitando assim, em primeiro lugar, uma perda de informação prejudicial ao reabilitando; em segundo lugar, uma boa comunicação favorece a clarificação dos papéis respectivos dos membros da equipe e a verbalização das expectativas recíprocas.

A reunião de equipe, se realizada regularmente e não sob pressão dos acontecimentos, é um meio privilegiado para propiciar uma comunicação eficiente. Nela, qualquer informação, vinda de qualquer pessoa, deve poder ser falada e ouvida sem desvalorização, nem ironia. Para manter um bom nível de comunicação é necessário uma verdadeira troca de informações.

Finalizando, a reunião da equipe de reabilitação deve reunir todos os terapeutas, valorizando assim o que cada um tem a dizer. Um funcionamento harmonioso da equipe torná-la-á mais disponível para suas atividades terapêuticas.

Este trabalho teve como objetivo tecer considerações sobre a atuação do psicólogo clínico em reabilitação. Como vimos, as atividades do psicólogo se distribuem em níveis preventivo e terapêutico, tanto com enfoque no reabilitando quanto na equipe de reabilitação onde o psicólogo, com sua formação, pode atuar como mediador.

## REFERÊNCIAS

- COSSETE, G. (1977) La réadaptation sexuelle des blessés médullaires. Comunicação apresentada no Fórum Européen sur la Relation d'aide sexologique aux handicapés physiques. Bruxelles.
- FONSECA, A.R. (1975) Rapport concernant les activités du Service de Psychologie. Bruxelles. Centre National de la Sclerose en Plaques.
- FONSECA, A.R. *et ai.* (1976) Statut et role du psychologue en réadaptation. Colóquio organizado sobre o Psicólogo em Reabilitação pelos Seminários Belgas de Readaptação. Bruxelles.
- JEAMMET, P., REYNAUD, M. & CONSOLI, F. (1980) *Abrégé de psychologie médicale*, Paris. Masson.
- PEQUIGNOT, H. & GATARD, M. (1976) *Hôpital et humanisation*, Paris, E.S.F.
- STEICHEN, R. (1973) Implications psychologiques de la sclerose en plaques, *Courrier de la Ligue Beige de la Sclérose en Plaques*. n° 3, 1 -6.