

Psicologia da Reabilitação: Pesquisa Aplicada à Intervenção Hospitalar

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo¹²

Introdução

Tradicionalmente identificada como um nível específico de ação em saúde, a reabilitação envolve muitos desafios conceituais, metodológicos e técnicos para seus profissionais e pesquisadores. Concebida como um processo de aprendizagem e desenvolvimento, com ênfase no aprimoramento das habilidades pré-existentes, busca propiciar a melhor capacidade física-mental-social possível, apesar das limitações impostas pela deficiência ou pelo dano. De caráter essencialmente multiprofissional e interdisciplinar, suas intervenções visam à inserção social e à autonomia da pessoa deficiente (Araujo, 2005).

De fato, também é importante destacar que:

“A visão contemporânea de reabilitação fundamenta-se em quatro conceitos básicos: a) intervenção centrada no paciente; b) ênfase no processo (interação, negociação, comunicação, educação e troca de informações); c) atuação fundamentada em um modelo que integra aspectos de autocuidado, produtividade, recreação e socialização, resultantes dos componentes físico,

¹ Pós-doutora pela Unesco, Doutora pela Université de Paris X-Nanterre, Professora Associada da Universidade de Brasília (UnB), Coordenadora do Laboratório da Saúde e Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da UnB.

² E-mail: araujotc@unb.br

sociocultural, mental/emocional e filosófico/espiritual; d) responsabilização do cliente na resolução de problemas, estabelecimento de planos, incluindo até a orientação do meio social na execução dos cuidados (Hammell, 1995). Em uma revisão dos últimos quarenta anos, Stover (1994) constata a existência de três fases evolutivas nas propostas assistenciais: 1) fase de construção (décadas de 1940, 1950 e 1960), em que se observa a necessidade da adoção de um conceito de reabilitação apoiado no trabalho em equipe; 2) fase do idealismo (décadas de 1970 e 1980), caracterizada pela avaliação de conceitos e programas, cujos resultados tendiam a serem positivos; 3) fase do realismo prático (final da década de 1980 e anos 1990), fruto das conquistas da fase anterior e das limitações impostas pela economia médica e sanitária.” (Pereira & Araujo, 2006, p.38)

Do ponto de vista da institucionalização destas intervenções, é necessário lembrar que a divisão 22 da *American Psychological Association* (APA) – voltada para questões relacionadas à Psicologia da Reabilitação – data de 1956. No Brasil, desde 1954, realizavam-se intervenções no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A partir de então, tais iniciativas pioneiras passaram a constituir um marco histórico da atuação do psicólogo em saúde no contexto brasileiro. Todavia, apesar do tempo transcorrido ao longo de mais de cinco décadas, persistem importantes desafios que exigem a realização de pesquisas nesta sub-área da Psicologia da Saúde (Araujo, 2006 a, b).

Tomando por base tal contextualização da Psicologia da Reabilitação, cabe retomar as três principais abordagens atuais na área da Psicologia da Saúde, as quais se refletem nas tendências da sub-área:

- a) Clínica: caracterizada por ações no âmbito do sistema de saúde (hospitais, clínicas e centros de saúde), está voltada, principalmente, para grupos de pacientes com cronicidades. Além da intervenção terapêutica, tal abordagem visa otimizar os serviços prestados por meio do planejamento de pesquisas com enfoque predominantemente quantitativo e quasi-experimental.
- b) Pública: distingue-se por ações visando à melhoria da saúde da população em geral. Contudo, prioriza uma perspectiva preventiva e focaliza grupos vulneráveis e de risco. Para tanto, adota métodos epidemiológicos e propõe a avaliação de programas de saúde.
- c) Comunitária: é direcionada para famílias e comunidades, visando sua emancipação e a mudança social a partir de um enfoque multi-metodológico, que reúne pesquisadores, profissionais e representantes comunitários (Araujo, 2001).

Nas últimas décadas, a violência urbana vivida em nosso país – expressa em indicadores de acidentes de trânsito e agressões por arma de fogo – impõe uma atuação em reabilitação. Somam-se ainda as catástrofes naturais ou tecnológicas, as quais vem tendo um crescimento exponencial provavelmente em decorrência da globalização. Como consequência, cada vez mais tem sido preciso planejar estratégias de enfrentamento individual, grupal e comunitário para lidar com ameaças permanentes (Pereira & Araujo, 2005; Araujo, 2006-c).

Assim sendo, em consonância com tal perspectiva, inscrevem-se os projetos de pesquisa do Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano (LABSAUDES) da Universidade de Brasília com ênfase em reabilitação (Araujo & Ramos, 1997; Araujo, 2005; 2006a-b; Queiroz & Araujo, no prelo; Pereira & Araujo, 2005, 2006; Ramos 1999;

Ramos & Araujo, 1997). Dentre aqueles realizados durante mais de 20 anos, foram selecionadas duas pesquisas para ilustrar a contribuição da Psicologia neste campo específico da saúde.

Relatos de Pesquisas

1) Aspectos psicológicos da reabilitação em traumatismo raquimedular: Modalidades de enfrentamento do paciente e seu familiar acompanhante

Esta investigação teve por objetivos analisar as estratégias de enfrentamento entre pacientes com lesão medular e seus familiares cuidadores, bem como identificar a evolução dessas estratégias durante o processo de reabilitação desenvolvido em uma instituição especializada (Pereira & Araujo, 2005; 2006).

Foram estudadas seis díades paciente-familiar por meio da Escala de Modos de Enfrentar Problemas e de entrevistas. As estratégias Religiosidade, Pensamento positivo e Busca de suporte social revelaram-se como as modalidades mais utilizadas por pacientes e familiares na etapa de pré-reabilitação. Já na pós-reabilitação, Focalização no problema, Pensamento positivo e Busca de suporte social foram as mais frequentes (Pereira & Araujo, 2005; 2006).

Vale mencionar que a diminuição da Religiosidade na etapa de pós-reabilitação pode ser entendida como uma consequência da participação no próprio programa, na medida em que este fornece suportes de natureza instrumental, social e emocional (Pereira & Araujo, 2005; 2006).

Outro dado a enfatizar, ao se comparar ambas as categorias de participantes, diz respeito a maior diferenciação entre as estratégias na etapa de pré-reabilitação, ao passo que, na pós-reabilitação, houve tendência a se assemelharem. Ao final da pesquisa foi possível hipotetizar que o programa de reabilitação influencia o modo de enfrentamento dos participantes e mobiliza-os a buscar estratégias que possibilitem mais adaptação e bem-estar (Pereira & Araujo, 2005; 2006).

Além das estratégias de enfrentamento, também foram analisados outros parâmetros significativos nesse estudo:

- a) comunicação familiar;
- b) rede de apoio;
- c) programa de reabilitação e
- d) equipe de reabilitação (Pereira & Araujo, 2006).

Especificamente sobre a atuação do psicólogo na equipe de reabilitação, foi possível perceber que apesar da sua formação e treinamento designá-lo como facilitador da comunicação individual e grupal:

[...] as tarefas de facilitação da comunicação não são exclusivas do psicólogo do serviço, devendo ser sustentadas por todos os membros da equipe. Para tanto, é necessário assegurar treinamento contínuo em habilidades de comunicação para estes profissionais de saúde.” (Pereira & Araujo, 2006, p.43)

2) Participação do paciente de reabilitação nas decisões sobre seu tratamento

Reconhecendo o interesse assistencial e científico de se estudar melhor a participação do paciente em reabilitação (Araujo & Ramos, 1997; Ramos & Araujo, 1997), desenvolveu-se uma investigação com os seguintes objetivos:

- a) caracterizar a tomada de decisão;
- b) descrever a participação do paciente no processo decisório;
- c) identificar fatores associados aos modos de participação do paciente e
- d) caracterizar as percepções e expectativas de pacientes e profissionais em relação à participação ideal (Ramos, 1999; Ramos & Araujo, 1999).

Trinta e nove pacientes com lesões medulares e 37 profissionais de saúde (médico clínico, fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, assistente social e psicólogo) participaram deste estudo. A coleta de dados envolveu entrevistas com profissionais e pacientes, bem como registros do comportamento verbal das visitas ao leito e reuniões de discussão clínica (Ramos, 1999; Ramos & Araujo, 1999).

Os resultados apontaram que a participação do paciente ocorria nas seguintes condições: ser avisado das decisões, oferecer informações e receber explicações sobre decisões. Dentre os fatores que interferiram em seu modo de participação, destacaram-se: comportamentos do profissional e comportamentos ou características pessoais do paciente; qualidade da relação paciente-profissional; estrutura do atendimento e aspectos relacionados à limitação física (Ramos, 1999; Ramos & Araujo, 1999).

De modo geral, verificou-se uma tendência à participação passiva e restrita à troca de informações. Em outras palavras, o paciente tendia a se comportar como alguém que fornece informações e recebe explicações da equipe. Raramente, o paciente foi ativo o suficiente para solicitar informações ou emitir opiniões (Ramos, 1999; Ramos & Araujo, 1999).

É interessante mencionar que as duas situações de atendimento analisadas – visita ao leito e reunião clínica – distinguiram-se. A primeira caracterizou-se por uma participação informativa e receptiva. Já na segunda situação, evidenciou-se aumento das participações de natureza opinativa e prescritiva (Ramos, 1999; Ramos & Araujo, 1999).

É indispensável retomar que:

“Embora tenha havido, no discurso dos sujeitos, a inclusão de algumas formas alternativas de cuidado à saúde como, por exemplo, tomar decisões junto com o paciente, ter como critério a satisfação do paciente ou levar em consideração decisões sobre sua situação social, tais formas de cuidado não freqüentes o suficiente para serem consideradas um padrão. No entanto, a sua existência no discurso pode estar indicando o início de uma mudança de postura, tanto do profissional de saúde como do paciente, frente aos cuidados de saúde.” (Ramos, 1999, p.25)

Considerações Finais

Da realização dessas duas pesquisas, é possível extrair algumas sugestões para futuros trabalhos no âmbito da Psicologia da Reabilitação:

- a) desenvolver estudos prospectivos para verificar a estabilidade das estratégias de enfrentamento ao longo do tempo;
- b) determinar com mais exatidão a influência de fatores encontrados nestes trabalhos (sócio-demográficos, situacionais, atitudinais e pessoais) para participação ativa e autonomia dos pacientes;
- c) priorizar investigações em situação natural por meio de técnicas observacionais e
- d) conduzir pesquisas sobre treinamento e formação de profissionais para atuação em reabilitação.

Referências

Araujo, T. C. C. F. (2001). Segunda Conferência Internacional Reconstruindo a Psicologia da Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(2), 199-200.

Araujo, T. C. C. F. (2005). Psicologia aplicada à reabilitação [Resumo]. In: V Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (Org.), *Anais V Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*.

Araujo, T. C. C. F. (2006-a). Psicologia da reabilitação [Resumo]. In: II Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão (Org.), *Anais do II Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão*. Retirado de <http://www.cienciaeprofissao.com.br/anais>

Araujo, T. C. C. F. (2006-b). Reabilitação em saúde: Algumas considerações sobre a qualidade da comunicação [Resumo]. In: II Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão (Org.), *Anais do II Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão*.

Retirado de <http://www.cienciaeprofissao.com.br/anais>

Araujo, T. C. C. F. (2006-c). Psicologia das emergências e dos desastres. *Boletim Informativo SBPH*. 3(2). Retirado de <http://www.sbph.org.br>

Araujo, T. C. C. F., & Ramos; V. S. C. (1997). A participação do paciente no processo decisório quanto à conduta terapêutica em reabilitação [Resumo]. In Sociedade Interamericana de Psicologia (Org.), *Resumos, XXVI Congresso Interamericano de Psicologia* (p.192). São Paulo: PUCSP.

Pereira, M. E. M. S. M., & Araujo, T. C. C. F. (2005). Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63, p.502 - 507.

Pereira, M. E. M. S. M., & Araujo, T. C. C. F. (2006). Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. *Psico*, 37, 37-45.

Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (no prelo). Trabalho em equipe: Um estudo multimetodológico em instituição hospitalar de reabilitação. *Revista Interamericana de Psicologia*.

Ramos, V. S. C (1999). A participação do paciente de reabilitação nas decisões sobre o seu tratamento. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 2(1), 22-28.

Ramos, V. S. C., & Araujo; T. C. C. F. (1997). As interações equipe de saúde- paciente

como moduladoras da participação do paciente no processo de reabilitação [Resumo]. In Ladversa/Labsaudes (Orgs.), *Resumos de Comunicações Científicas, VII Encontro Nacional dos Psicólogos da Área Hospitalar* (p. 39). Brasília: Ladversa/Labsaudes, UnB.

Ramos, V. S. C., & Araujo; T. C. C. F. (1999). Patient participation in treatment decisions in a brazilian rehabilitation institution [Resumo]. In: Memorial University of Newfoundland (Org.), *Book of Abstracts: Reconstructing Health Psychology, First International Conference on Critical and Qualitative Approaches to Health Psychology* (p.56). St.John's: Memorial: University of Newfoundland.