

Reabilitação Psiquiátrica

Filosofia, princípios e investigação (*)

KAREN UNGER (**)

A crescente consciencialização do enorme vazio de conhecimento na área de reabilitação de pessoas com problemas psiquiátricos levou à criação em 1979, com fundos do Governo Federal, do Centro de Reabilitação Psiquiátrica. Não só as técnicas de intervenção tradicionais não atingiam os resultados pretendidos, como também os métodos de treino profissional não preparavam os técnicos para reabilitar efectivamente os indivíduos que tinham dificuldades resultantes de problemas mentais.

Para ultrapassar estas carências, e tendo em vista um sistema de prestação de serviços eficaz e coordenado, era necessário desenvolver a investigação no sentido de permitir o aprofundamento do conhecimento, das atitudes e aptidões dos técnicos e dotá-los de programas de reabilitação eficientes e dar assistência na organização do pessoal técnico e dos programas. O Centro de Reabilitação Psiquiátrica foi criado com o objectivo de responder a estas necessidades, sendo dirigido por William Anthony, autor de «The Principles of Psychiatric Rehabilitation» (1979).

O papel do Centro de Reabilitação Psiquiátrica da Universidade de Boston é

desenvolver, demonstrar, divulgar e assegurar a prática de novos conhecimentos e técnicas de reabilitação psiquiátrica com o fim de ajudar uma percentagem cada vez maior de pessoas com problemas mentais a atingirem os seus objectivos. No sentido de alcançar tal propósito, todas as actividades do Centro reportam-se aos seguintes objectivos:

Conhecimento e desenvolvimento

Inclui, por um lado, o desenvolvimento da investigação e, por outro, o desenvolvimento de técnicas.

Na área da investigação avaliam-se as necessidades, documentam-se as práticas e estudam-se os resultados. A integração dos conhecimentos daí resultantes nos já existentes contribui para a formação de um corpo cada vez maior de conhecimentos sobre práticas eficazes na reabilitação psiquiátrica. Por outro lado, o desenvolvimento das técnicas compreende a criação de materiais de treino para auxiliar os técnicos na aprendizagem e na utilização destes novos conhecimentos.

Demonstração do conhecimento

Este ponto possui dois componentes:

1. Providenciar serviços de apoio a pessoas com problemas psiquiátricos;
2. Providenciar programas de investigação que vão de encontro aos objectivos do centro.

(*) Comunicação apresentada no Congresso Internacional de Saúde Mental Comunitária, realizado em Dezembro de 1988, na Aula Magna da Reitoria da Universidade Clássica de Lisboa.

(**) Center for Psychiatric Rehabilitation, Universidade de Boston, E.U.A.

Até ao momento, o Centro estabeleceu e planeou programas que abrangem áreas como educação, apoio sócio-profissional e residencial. À medida que os serviços surgem são efectuadas investigações para avaliar e medir os resultados das práticas.

Divulgação do conhecimento

O que foi aprendido no trabalho de campo é partilhado com terceiros da seguinte forma:

1. Publicando o «Psychosocial Rehabilitation Journal» em colaboração com a International Association of Psychosocial Rehabilitation Services;
2. Editando o «Community Support Network News»;
3. Fornecendo um catálogo de publicações;
4. Publicando o «Electronic Bulletin Board»;
5. Escrevendo e contribuindo para livros, capítulos de livros, artigos, monografias e comunicações.

Utilização do conhecimento

A assistência técnica, o treino e a consultadoria são os meios através dos quais se aplicam os conhecimentos e os métodos de reabilitação psiquiátrica. O Centro tem ajudado, em mais de 100 programas, 27 estados e 5 países, muitos profissionais de Saúde Mental e reabilitação na aprendizagem de novas técnicas e no aprofundamento dos seus programas.

O modelo de reabilitação psiquiátrica

Este modelo tem sido desenvolvido, no Centro de Reabilitação Psiquiátrica, pelo Prof. Doutor William Anthony e pelos seus colegas e baseia-se numa integração de elementos do modelo de psicoterapia no da reabilitação física. Para a compreensão do modelo de reabilitação psiquiátrica contribuem os ensinamentos destas duas práticas.

Embora existam diferenças significativas entre uma pessoa com graves problemas psíquicos e outra com graves problemas físicos, existe suficiente similaridade (por exemplo, ambos os indivíduos necessitam de uma variada gama de serviços, ambos apresentam enfraquecimento do desempenho de papéis e ambos podem ter estado envolvidos, durante longos períodos de

tempo, em sistemas de prestação de cuidados de saúde) para que o modelo de reabilitação física possa servir como modelo para a reabilitação psiquiátrica. Assim, o processo de reabilitação psiquiátrica é orientado por um conceito fundamental da reabilitação física: os deficientes precisam adquirir capacidades e apoio para poderem funcionar nos ambientes por eles escolhidos para viverem, aprenderem e trabalharem.

O modelo de reabilitação psiquiátrica está igualmente baseado em muitas técnicas e princípios da psicoterapia. São princípios básicos, na prática da psicoterapia efectiva, o ênfase dado ao envolvimento do cliente no processo de reabilitação e a importância da interiorização dos objectivos. Outro princípio fundamental de várias psicoterapias é a necessidade de se estabelecer uma relação empática e de confiança entre técnicos e clientes.

O modelo de reabilitação psiquiátrica inspira-se, então, tanto nos pressupostos da reabilitação física como nos da psicoterapia. Os conhecimentos de ambos são úteis para explicar a filosofia, o processo de tratamento e os princípios da reabilitação psiquiátrica.

O objectivo da reabilitação psiquiátrica é permitir que indivíduos com problemas psiquiátricos melhorem o seu funcionamento de forma a poderem ter mais êxito e satisfação nos seus ambientes de escolha. Para alcançar este objectivo utilizam-se diversos tipos de intervenções das quais destacamos, como sendo as mais importantes, as que implicam o desenvolvimento das aptidões específicas do cliente de forma a este poder funcionar no seu ambiente e as que implicam o desenvolvimento dos recursos do meio necessários para apoiar ou fortalecer o nível de funcionamento, presente, deste.

A reabilitação de clientes com problemas psiquiátricos é focalizada, tal como na reabilitação física, no diagnóstico e no fortalecimento das aptidões destes. Os resultados obtidos no processo de reabilitação têm mais a ver com as capacidades dos clientes do que com os seus sintomas. Os clientes psiquiátricos podem adquirir, apesar da sua sintomatologia, uma grande variedade de aptidões físicas, emocionais e intelectuais. Estas aptidões quando convenientemente integradas

num programa de reabilitação que possibilite o fortalecimento destas e apoie o seu uso na comunidade, tem um impacto significativo nos resultados (Anthony & Margules, 1974). Assim, os meios utilizados para se atingir o objectivo da reabilitação são o desenvolvimento das aptidões do cliente e o desenvolvimento dos recursos de apoio.

A avaliação do sucesso do tratamento pode ser feita de diversas formas, mas as variáveis cruciais circunscrevem-se aos benefícios obtidos pelo cliente (Anthony & Farkas, 1982). Se o funcionamento do cliente, num determinado ambiente, não foi melhorado, então, não resultaram benefícios da reabilitação.

O processo de reabilitação psiquiátrica

A reabilitação psiquiátrica deriva e coaduna-se com a filosofia de reabilitação. O processo pode ser dividido em três fases: diagnóstico, planeamento e intervenção (Anthony, 1980).

1. Diagnóstico

Definir o objectivo global da reabilitação é o primeiro passo desta fase. Tal como acontece no processo de reabilitação física também a reabilitação psiquiátrica está ligada a um objectivo ambiental. O processo de reabilitação psiquiátrica categoriza todos os ambientes possíveis em ambientes de vida, aprendizagem ou trabalho. O primeiro corresponde ao ambiente onde o cliente vive (hospital, residência comunitária, apartamento) inclui também a comunidade, a igreja, o grupo social, o clube recreativo, etc.. O segundo é o ambiente onde o cliente aprende formalmente (escola, universidade, grupos de actividades interpessoais, etc.). O terceiro é o ambiente onde o cliente desempenha tarefas (local de trabalho, *sheltered workshops*, trabalho voluntário, etc.). Ao estabelecer-se o objectivo global da reabilitação cada um destes três ambientes é analisado, posteriormente, juntamente com o cliente é tomada a decisão da permanência nesses ambientes ou a passagem para outros que exijam um nível de funcionamento mais elevado. Após o estabelecimento do objectivo global da reabilitação todos os esforços do tratamento são focalizados e orientados para a realização deste.

O segundo passo, no diagnóstico, é a identificação global das potencialidades e

dificuldades do cliente em comparação com as aptidões exigidas nos ambientes de escolha. O resultado da reabilitação é função da interacção entre as capacidades do cliente e as exigências colocadas a este pelo ambiente. Uma avaliação funcional identifica as aptidões requeridas para o sucesso no ambiente específico do cliente. Cada uma destas aptidões é definida individualmente de modo a reflectir as necessidades únicas do cliente. A avaliação funcional inclui a determinação específica das capacidades presentes e pretendidas do cliente, para desempenhar as funções determinadas. O objectivo da reabilitação é, portanto, proporcionar a passagem do cliente do nível de capacidade actual para o nível exigido pelos ambientes específicos. Deste modo é indispensável fornecer ao cliente os recursos ou apoios necessários para que este processo se desenvolva. O terceiro passo do diagnóstico consiste na identificação dos apoios ambientais de que o cliente necessita. Normalmente, quanto mais amplas forem as competências do indivíduo ou maior a sua capacidade de aprender, menos recursos e apoios são necessários. Estes incluem pessoas, lugares ou actividades que auxiliem o cliente a funcionar no seu ambiente de escolha. Tal como se identificam as potencialidades e dificuldades do cliente, identificam-se também os potenciais recursos e apoios existentes assim como aqueles que é necessário desenvolver.

2. Planeamento

O plano de reabilitação psiquiátrica é um conjunto de etapas que o cliente necessita percorrer para atingir o objectivo da reabilitação. O plano define cada etapa em termos de comportamentos com uma determinada sequência, identificando especificamente o que o cliente necessita fazer para passar do nível actual de competências para o nível definido no diagnóstico. O diagnóstico identifica e define simplesmente qual o objectivo que o cliente precisa alcançar. Esta avaliação não assegura necessariamente que os objectivos sejam alcançados. Alguns clientes com problemas mentais não possuem capacidade para seguir determinados planos. O plano de reabilitação define cada etapa baseando-se nas potencialidades do indivíduo

e o melhoramento dos seus *déficits*. Este inclui também a definição do tempo para cada etapa assim como os reforços que possam ser necessários para facilitar a evolução do cliente. Cada plano é elaborado especificamente para um determinado indivíduo de acordo com o seu nível de funcionamento. Frequentemente, os clientes com maiores dificuldades necessitam de planos mais detalhados de modo a assegurar que os objectivos da reabilitação sejam alcançados.

3. Intervenção

Esta fase divide-se em três etapas:

- 1 — Ensinar aos clientes as novas aptidões necessárias para alcançar o objectivo global da reabilitação;
- 2 — Treinar a utilização das competências que têm mas que não usam;
- 3 — Utilizar os recursos existentes na comunidade.

A primeira etapa, ensino directo de aptidões, implica o desenvolvimento de um plano individualizado do que será e como será ensinado ao cliente. Alguns *déficits* de aptidões apresentados pelos clientes resultam da falta de aprendizagem ou da impossibilidade de desempenho devido a uma ausência prolongada destas. Nestes casos, o cliente requer normalmente uma experiência de ensino directo de aptidões mais formal. O ensino directo de aptidões é mais do que modelar a aptidão ao cliente e mais que simplesmente reforçar aptidões aproximadas. Este processo implica o desenvolvimento de um plano geral do conhecimento necessário ao desempenho da aptidão (isto é, definição, objectivo, etapas e avaliação da aptidão) e o uso de métodos de ensino globais, tal como oportunidades de explicação, demonstração e prática para obter o conhecimento necessário e facilitar a aquisição de competências.

A segunda etapa envolve o desenvolvimento de um programa que facilite a prática das aptidões que os clientes possuem mas que não podem utilizar ou não usam. Um programa de aptidões identifica os passos necessários para as desempenhar, assim como as barreiras que o impedem de fazê-lo e desenvolvem os passos necessários para as ultrapassar. Esta fase é

programada ao nível do tempo e inclui a utilização de reforços quando necessários.

Na terceira etapa, utilizam-se os meios e recursos existentes na comunidade. É elaborado um plano detalhado no qual se identifica quando, onde, com que frequência e com quem serão utilizados os recursos. Esta etapa envolve, normalmente outros serviços coordenados por um terapeuta ou por um técnico de acompanhamento individual.

PRINCÍPIOS DA REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA

São vários os princípios da reabilitação baseados na filosofia de reabilitação e integrados no próprio processo de tratamento. Estes princípios guiam o tratamento e reflectem-se na estrutura organizacional e nos valores do conjunto dos serviços que se dedicam à reabilitação. Os princípios emergiram da filosofia, da prática e da investigação em reabilitação psiquiátrica.

Podemos identificar cinco princípios fundamentais:

1 — É necessário o envolvimento do cliente em todas as fases do processo de reabilitação. O envolvimento do cliente permite-lhe comunicar activamente valores, experiências, sentimentos, ideias e objectivos ao longo de todas as fases da reabilitação. Nem a psicoterapia nem o ensino de competências podem ocorrer eficazmente sem o envolvimento do cliente. O técnico deve desenvolver o processo de envolvimento do cliente durante toda a relação de reabilitação e a partir dele aprender a descodificar as suas mensagens verbais e não verbais. Trata-se, sem dúvida, de um processo difícil, que requer do técnico uma certa criatividade quer ao longo das entrevistas quer na descoberta do melhor método para envolver determinados casos. Em algumas situações, o técnico pode recorrer a experiências que estimulem o cliente a reagir e a exprimir ideias e preferências.

O grau de envolvimento do cliente ao longo de todo o processo distingue este dos processos psiquiátricos tradicionais. Realizar um diagnóstico psiquiátrico e prescrever medicação,

pode ser realizado sem a completa compreensão por parte do cliente do que se passa com ele, a intervenção em reabilitação psiquiátrica não pode ser um mistério para ele. Deste modo o técnico de reabilitação esforça-se constantemente por desmistificar este processo, assim como, nunca deve esquecer que este é feito *com* e não *para* o cliente.

2 — Os comportamentos aprendidos recentemente pelo cliente são normalmente específicos para determinadas situações. Os técnicos de reabilitação psiquiátrica que procuram ensinar comportamentos específicos aos clientes, verificam que em muitos casos estes falham no uso eficaz do comportamento no meio em que é necessário (Hersen & Bellack, 1976). Por exemplo, determinadas competências ocupacionais aprendidas em *workshops* dentro do hospital, não são normalmente transferidas para a vida na comunidade (Anthony, 1979). Os técnicos de reabilitação sabem que é necessário ensinar ao cliente comportamentos face a situações específicas no seu próprio meio. Por exemplo, ensinar a um doente físico, no hospital, como passar de uma cadeira de rodas para a cama, não garante que o doente em sua casa possa fazer o mesmo. A generalização das competências só pode ocorrer se o treino se realizar no ambiente em que são necessárias, ou, pelo menos, em ambientes tão aproximados dos naturais quanto possível. A reabilitação psiquiátrica, tal como a física, opera segundo o princípio de que a generalização não acontece espontaneamente mas deve ser planeada.

3 — Cada cliente possui um plano de objectivos delineado individualmente. O treino de aptidões deve ser feito à medida da necessidade. Em vários serviços de saúde mental e de reabilitação existe uma certa tendência para ensinar determinadas competências a todos os clientes, só porque são aquelas que os técnicos ensinam melhor e com mais facilidade. Por exemplo, podem ser ensinados a todos os clientes esquizofrénicos de um determinado centro de dia, comportamentos de afirmação sem que estes sejam de importância crucial para todos os doentes. Retomando o exemplo dos doentes físicos, seria o mesmo que ensinar a todos os deficientes físicos (cegos, surdos, com espinha bífida, etc.) como utilizar um cão guia.

É portanto fundamental que o treino se baseie num diagnóstico preciso de quais as aptidões a desenvolver.

4 — Desenvolver a independência do cliente pode levar ao melhor funcionamento deste. Quase todos os programas de saúde mental valorizam excessivamente a independência do cliente. Sem retirar a sua importância, do ponto de vista da reabilitação psiquiátrica, a dependência não deve ser completamente desvalorizada. No processo de reabilitação de doentes físicos encoraja-se, por vezes, a dependência do indivíduo face a determinadas pessoas ou ambientes. Por exemplo, a dependência de um quadriplégico face à pessoa que o ajuda a vestir, permite ao doente manter outros aspectos da sua vida. A dependência do cliente num aspecto de funcionamento, liberta-o para outros importantes. A reabilitação psiquiátrica reconhece a importância de uma certa dependência e a sua limitação para fornecer completa independência ao cliente. A dependência das pessoas em geral face a outras pessoas ou ambientes, é normal. Intervenções que permitam um certo grau de dependência em determinados momentos tal como o recurso ao auxílio de agentes capacitadores pode maximizar o funcionamento do cliente em outros ambientes (Weinman, Sanders, Klein & Wilson, 1970).

5 — Um dos elementos importantes do processo de reabilitação é o manter de expectativas. Quer os técnicos de reabilitação física quer os psicoterapeutas reconhecem a importância das expectativas positivas como um factor decisivo no processo de recuperação do indivíduo. A existência de expectativas positivas é um factor importante no desenrolar do processo de reabilitação psiquiátrica. No estágio presente de conhecimento em reabilitação psiquiátrica é impossível não ter expectativas positivas sobre todos os casos de doentes mentais. A partir do momento em que reconhecemos a impossibilidade de determinar quais os casos que podem ou não ser recuperados, assumimos, já que é impossível preterir um caso que seja (Anthony, 1979). Sobre o valor da expectativa em reabilitação psiquiátrica existem bases clínicas e empíricas.

INVESTIGAÇÃO EM REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Em 1974, Anthony e Margules realizaram uma vasta revisão bibliográfica sobre doentes mentais e concluíram que apesar da sua sintomatologia estes indivíduos podiam aprender determinadas competências as quais, apoiadas comunitariamente, poderiam conduzir o indivíduo à reabilitação. Uma década depois, Anthony e Dion (1987) comprovaram estas conclusões a partir de investigações por eles realizadas e de revisões bibliográficas sobre o tema. Os trinta e cinco estudos revistos referiam resultados satisfatórios tendo em conta o facto de se tratar de uma teoria nova. O campo da reabilitação psiquiátrica começava a dar os primeiros passos. Hoje já possuímos programas importantes e bem documentados como, por exemplo, o programa de educação contínua na Boston University, apoiado pelo Centro de Reabilitação Psiquiátrica da mesma Universidade. Usando o modelo de reabilitação psiquiátrica, o programa de quatro semestres ajuda estudantes doentes mentais a escolher, desenvolver e implementar a escolha de uma carreira. Um resultado bem sucedido é medido pelo atingir desses objectivos. Até hoje, três turmas totalizando quarenta alunos completaram quatro semestres. Destes, vinte e sete completaram os quatro semestres de trabalho de curso. Actualmente, vinte e cinco estão a trabalhar ou a frequentar a escola (tempo inteiro ou tempo parcial) em áreas por eles escolhidas (Unger, Danley, Kohn & Hutchinson, 1987).

Embora a investigação em reabilitação psiquiátrica esteja a ser desenvolvida, a rápida divulgação e aceitação deste modelo pode causar alguns problemas. Segundo as últimas estatísticas os Centros de Saúde Mental Comunitária, estão novamente a dirigir a sua atenção para os problemas dos doentes mentais, utilizando para isso o modelo de reabilitação psiquiátrica. Deste modo, é necessário construir e descrever o maior número possível de programas de uma forma detalhada, para que estes sejam implantados de forma cuidadosa. É importante que estes programas sejam reproduzidos em programas de investigação clínica e em serviços de tratamento, para que

a sua eficácia esteja cada vez mais documentada. Exemplos de programas de intervenção válidos disponíveis para verificação e reprodução são os estudos desenvolvidos por Anthony e seus associados (Beard *et al.*, 1982; Paul & Lenz, 1977; Azrin & Philip, 1979).

BIBLIOGRAFIA

- Anthony, W.A. (1979). *Principles of psychiatric rehabilitation*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony, W.A. (1980). A rehabilitation model for rehabilitating the psychiatrically disable. *Rehabilitation Counseling Bulletin*: 6-21.
- Anthony, W.A. & Farkas, M. (1982). A client outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. *Schizophrenia Bulletin*: 13-38.
- Anthony, W.A. & Margules, A. (1974). Toward improving the efficacy of psychiatric rehabilitation: A skills training approach. *Rehabilitation Psychology*: 101-105.
- Anthony, W.A., Cohen, M.R. & Vitalo, R. (1978). The measurement of rehabilitation outcome. *Schizophrenia Bulletin*: 365-383.
- Aspy, D.M. & Roebuck, F. (1977). *Kids don't learn from people they don't like*. Amherst: Human Resource Development Press.
- Azrin, N.H. & Philip, R.A. (1979). The job club method for the job handicapped: A comparative outcome study. *Rehabilitation Counseling Bulletin*: 144-155.
- Beard, J.H., Propst, R.N. & Malamud, T.J. (1982). The Fountain House model of psychiatric rehabilitation program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*: 47-52.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping and human relations* (vols. 1-2).

RESUMO

O modelo de reabilitação psiquiátrica tem sido reconhecido e escolhido por diversos técnicos como um dos melhores métodos de trabalho com doentes mentais. Embora se trate de um campo recente, possui já um corpo teórico sólido e numerosas investigações provaram a validade dos seus princípios e técnicas.

ABSTRACT

Psychiatric rehabilitation is an increasingly recognized approach for working with persons with psychiatric disabilities. Although it is a relatively new field it has a well developed philosophy, and principles and

practice that flows from that philosophy. There is a growing body of evidence that suggests that psychiatric rehabilitation positively affects rehabilitation outcome. It has, in many places, become the preferred approach for working with the psychiatrically disabled population.

Complete a
sua colecção de

ANÁLISE PSICOLÓGICA

Assinaturas:

Normal: 3 000\$00

Instituições: 4 000\$00

Volume I

Nº 1: (Esgotado)
Nº 2: (Esgotado)
Nº 3: (Esgotado)
Nº 4: 500\$00

Volume II

Nº 1: (Esgotado)
Nº 2: (Esgotado)
Nº 3: 500\$00
Nº 4: 500\$00

Série I

Nº 1: 500\$00
Nº 2: 500\$00
Nº 3: 500\$00
Nº 4: 500\$00

Série II

Nº 1: 500\$00
Nº 2/3: 800\$00
Nº 4: 500\$00

Série III

Nº 1/2: 800\$00
Nº 3: 500\$00
Nº 4: 800\$00

Série IV

Nº 1: (Esgotado)
Nº 2: 600\$00
Nº 3/4: 950\$00

Série V

Nº 1: 1 000\$00
Nº 2: 700\$00
Nº 3: (Esgotado)
Nº 4: 1 200\$00

Série VI

Nº 1: 750\$00
Nº 2: 1 100\$00
Nº 3/4: 1 500\$00

Série VII

Nº 1/2/3: 2 800\$00
Nº 4: 950\$00

Série VIII

Nº 1: 1 000\$00

Faça o seu pedido, enviando cheque ou vale de correio em nome de:

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA-CRL

Rua Jardim do Tabaco, 44 — 1100 LISBOA