

REABILITAÇÃO (*)

INTRODUÇÃO

A visão é responsável pela aquisição de 80% de nossos conhecimentos e um importante meio de integração entre o indivíduo e o meio em que vive.

Desse ponto de vista, pode-se dizer que a incapacidade de ver traz para o indivíduo perdas no seu desempenho pessoal e funcional o que reflete na capacidade de interagir com o meio e, conseqüentemente, nele se incluir.

É importante salientar que a presença da deficiência se estende à família, alterando a sua dinâmica, uma vez que os papéis entram em desequilíbrio; por outro lado gera um bloqueio afetivo que frustra o processo de socialização, ou seja, a participação nos diferentes grupos sociais com autonomia e independência, interferindo e até prejudicando o estabelecimento de projetos de vida.

Thomas Carrol (1968) descreve as seis perdas básicas impostas à pessoa que perde a visão no decorrer de sua vida, a saber:

- segurança psicológica,
- habilidades básicas,
- comunicação escrita e progresso informativo,
- apreciação do belo e do agradável,
- ocupação e situação financeira,
- personalidade total.

No caso de indivíduos com visão reduzida as limitações variam de acordo com a patologia ocular apresentada e com as experiências acumuladas no decorrer da vida.

As perdas analisadas por Carrol (1968) mostram que a deficiência visual envolve todos os aspectos de vida do indivíduo e seu impacto o atinge nas esferas física, psicológica e social tornando-o uma pessoa limitada, porém com condições de reorganizar e redimensionar sua existência.

Estudiosos no assunto consideram que o jovem ou adulto que perde a visão é grandemente influenciado pelas atitudes e reações emocionais dos membros da família. Assim, ele terá de superar não apenas o sentimento de grande perda que sofreu, os seus temores e ansiedade, mas terá de lutar também com sentimentos e preocupações dos outros membros da família que estão totalmente ignorantes quanto aos efeitos da deficiência. É uma experiência nova e assustadora para a pessoa envolvida e para seus familiares que não se sentem capazes de resolver os problemas especiais que virão em decorrência da deficiência.

Com base em Carrol (1968), no processo de adaptação à deficiência, é necessário que a pessoa tenha conhecimento sobre as implicações e as limitações que a perda impõe à pessoa, e nesse processo é envolvida a família nuclear – enquanto grupo responsável pelo estabelecimento de valores e aprendizado do desempenho de papéis sociais, o grupo de amigos e a própria comunidade (De Masi, 1996).

De acordo com Batista (1975) há diversos fatores que determinam a facilidade com a qual a pessoa adaptar-se-á e, entre eles, destacam-se:

- aqueles diretamente associados à deficiência, isto é, se ela se origina de lesões cerebrais. Em caso positivo, as limitações físicas são maiores. Nos casos em que não há lesão, a mudança no estilo de vida dependerá da estrutura psicológica de cada pessoa;
- aqueles surgidos as atitudes frente à deficiência, ou seja, os estereótipos desenvolvidos em relação à deficiência e às pessoas deficientes;
- aqueles diretamente ligados ao corpo e à extensão da deficiência, a saber, a visão que a pessoa tem do seu corpo para executar uma tarefa, e a visão desse mesmo corpo como estímulo estético de prazer.

Portanto, o grau de impacto da deficiência não está tão somente ligado ao grau da deficiência, mas ao indivíduo de “*per si*”.

O atendimento a esse grupo de pessoas dá-se através dos programas de reabilitação que se constituem em canal para a auto-suficiência e produtividade. Esses programas são dotados de filosofia própria, de métodos e técnicas especiais e realizam um trabalho que envolve a abordagem total do indivíduo em seus aspectos médicos, sociais, educacionais e de trabalho, com o fim de conhecer suas necessidades, proporcionando o tratamento necessário à sua adaptação às novas condições de vida. Esse trabalho é concretizado por intermédio de equipe multidisciplinar (De Masi, 1996).

1. BREVE HISTÓRICO

Historicamente os serviços de Reabilitação tiveram início logo após a 1ª Guerra Mundial, quando surgiram os primeiros centros de Reabilitação.

Segundo Moragas (1970), os serviços existentes eram de um só tipo e se fundamentavam nas possibilidades educacionais e no treinamento profissional. Esses serviços eram oferecidos a poucos, sendo os operários os primeiros que dele se beneficiaram através de leis específicas e, mais tarde, os incapacitados da 1ª Guerra e os civis.

Nos anos seguintes, observa-se uma grande preocupação para o estabelecimento de leis que garantissem às pessoas com deficiência o acesso ao trabalho e para tanto deveriam estar capacitadas em nível pessoal e funcional (O.I.T., 1982).

Essa preocupação estendeu-se aos Serviços de Reabilitação que perceberam a necessidade e a importância dos serviços de apoio, além dos serviços médicos.

A partir da 2ª Guerra Mundial (Moragas, 1970) a Reabilitação recebeu um grande impulso da medicina física e da fisioterapia. Posteriormente, foram incluídos a Terapia Ocupacional, a Orientação Vocacional, o Serviço Social e a Psicologia, por serem considerados serviços imprescindíveis.

Com a incorporação desses serviços, a Reabilitação passou a ter uma conotação mais científica e a preocupação em oferecer serviços altamente especializados no atendimento às pessoas com deficiência.

No Brasil os serviços de Reabilitação iniciaram suas atividades na década de 50 procurando organizar-se a partir de modelos importados dos Estados Unidos, que possuíam um enfoque integracionista.

Os programas de Reabilitação específicos para pessoas com deficiência visual no Brasil tiveram início em 1957, por iniciativa da Fundação para o Livro do Cego no Brasil, hoje Fundação Dorina Nowill para Cegos, em parceria com a Organização Internacional do Trabalho (O.I.T.).

No ano de 1960 é criado o 1º Centro de Reabilitação para pessoas com deficiência visual na própria Fundação Dorina, sendo desenvolvidos programas que contavam com uma equipe multidisciplinar.

Em seu enfoque atual, o processo de Reabilitação traduz-se por uma série de mecanismos de influência individual e social.

2. O PROCESSO

O processo de Reabilitação destina-se às pessoas atingidas pela deficiência na idade jovem, adulta e àqueles jovens que não tiveram oportunidades educacionais.

Segundo Wright (1980), “a Reabilitação é um processo facilitativo para capacitar uma pessoa com deficiência a mobilizar seus próprios recursos para decidir o que deseja, o que é capaz de ser, escolher seu próprio caminho e atingir seus próprios objetivos”.

Sob essa óptica, a reabilitação ultrapassa os limites da medicina, uma vez que têm por finalidade a valorização do ser humano e de canalizar sua energia para a auto-suficiência e produtividade, ajudando a pessoa com deficiência a se ajudar, conhecer seu próprio potencial para usá-lo da melhor maneira e em seu próprio benefício (De Masi, 1996).

Sendo assim, a flexibilidade dos serviços é inerente à natureza do processo de reabilitação uma vez que, para uns o objetivo pode começar com a independência pessoal e depois se ampliar para a empregabilidade, para outros pode ocorrer o inverso.

Portanto, a reabilitação não é tão somente um processo que visa a adaptação pessoal da pessoa com deficiência através de seus componentes médicos, sociais, psicológicos, educacionais e profissionais, é também uma ideologia e um meio que permite o desenvolvimento máximo de toda a pessoa atingida por uma limitação.

2.1. FILOSOFIA

O processo de reabilitação inspira-se em princípios gerais que norteiam suas ações, à luz dos quais é julgada a eficiência dos esforços para o desenvolvimento máximo do potencial das pessoas com deficiência.

A fim de que sejam garantidos os direitos que as pessoas têm de serem pessoas e de serem tratadas como tal, com as suas diferenças individuais, Moragas (1970) esclarece que o processo de reabilitação deve ser orientado pelos seguintes fundamentos:

- totalidade,
- individualidade,
- fundamentação científica,
- enfoque multidisciplinar,

- permanência (aqui entendida como reciclagem),
- universalidade,
- utilidade social (individual/cidadania, econômica, política e social).

Os profissionais envolvidos no processo têm como papel fundamental auxiliar a pessoa com deficiência a tomar decisões, provendo-a das informações necessárias para que ela possa se desenvolver, estabelecer objetivos e ter condições para alcançá-los.

2.2. EQUIPE

Os fatores que desencadeiam a problemática da pessoa com deficiência, interligam-se e se confundem exigindo uma abordagem integral, na qual são envolvidos todos os profissionais necessários para que o processo de reabilitação atinja a sua finalidade.

Segundo Muniz (1980), os fins estabelecidos deverão ter ação coordenadora que garanta a unificação dos esforços dos elementos da equipe. Para isso, é necessária a existência de uma filosofia de trabalho que proporcione uma visão do reabilitando “como um todo”.

O pensamento filosófico sobre o significado da reabilitação fornecerá elementos para que o profissional reflita sobre as suas próprias crenças. Poderão, a partir daí, avaliar o seu trabalho e os objetivos da reabilitação e mais ainda, o caminho no qual eles próprios se relacionarão emocional e comportamentalmente com seus princípios. Da posição filosófica emergem as atitudes éticas da prática profissional.

Outro aspecto de capital importância é a definição clara dos papéis e funções. A estruturação adequada do trabalho, a especificação das tarefas, as metas realistas, os limites de responsabilidade de cada um, a flexibilidade operacional são alguns pontos que contribuirão para um melhor funcionamento da equipe (Muniz, 1980).

Há também a necessidade de se manter uma atitude investigatória, dentro dos procedimentos científicos, que contribua para o enriquecimento e aperfeiçoamento do profissional, como também para a melhoria do padrão de atendimento.

2.3. ÁREAS DO PROCESSO

O processo de reabilitação concretiza-se por meio das ações da equipe multidisciplinar, incluindo programas individualizados de atendimento às pessoas com cegueira ou com baixa visão.

De acordo com o “Planning Basic Rehabilitation Countries” (1979), com as resoluções do Forum Global sobre Reabilitação (1994) e com o Manual Técnico de Serviços de Rehabilitación Integral (2000), os serviços de atendimento devem envolver as seguintes áreas:

ÁREAS DE APOIO (aspectos subjetivos)

SERVIÇO SOCIAL: - tem por finalidade o desenvolvimento pessoal do indivíduo, a fim de que consiga níveis de atuação consciente, plena e produtiva no seu meio. É também o elemento catalisador das necessidades da pessoa, família e equipe.

PSICOLOGIA: - com base na avaliação psicológica, realiza um trabalho que visa a obtenção de condições internas favoráveis para o processo, melhor adaptação a deficiência, crescimento intrapsíquico e outros aspectos de vida.

ÁREAS FUNCIONAIS (aspectos objetivos)

FISIOTERAPIA: - terapia corretiva, terapia do movimento, atividades físicas, visando a plena capacidade física da pessoa.

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA: - desenvolve um programa que busca satisfazer as necessidades pessoais e sociais na execução das atividades da vida diária de forma independente e auto-suficiente (alimentar-se, cuidados pessoais, administração doméstica, etc).

COMUNICAÇÃO: - readaptação na comunicação escrita e no progresso informativo, ajuda a pessoa não somente no seu ajustamento pessoal, mas também nos aspectos educativos, vocacionais e carreira profissional, com a utilização dos meios específicos para as pessoas com deficiência visual (Braille, sorobã, uso de auxílios ópticos, informática).

ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE: - orientação que envolve a utilização de recursos mecânicos, ópticos e eletrônicos, além da própria locomoção física e orientação mental, visando a independência na locomoção.

DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES PARA O TRABALHO: - proporciona condições de experiência na execução de atividades manual ou do tipo industrial, desempenho e produtividade visando auxiliar o cliente a compreender suas capacidades e limitações na execução de uma atividade.

ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL: - avaliação das potencialidades e necessidades individuais e as formas pelas quais essas potencialidades e necessidades poderão atender às expectativas pessoais e às exigências do mercado de trabalho.

COLOCAÇÃO E SEGUIMENTO PROFISSIONAL: - atividades que incluem orientação na decisão profissional, treinamento nas habilidades para a procura de trabalho, negociações com empresários e "follow-up".

3. PROGRAMAS ALTERNATIVOS

A Reabilitação Global é um processo altamente especializado, que exige para a sua consecução equipes multidisciplinares, recursos de tecnologia, financiamento e adequação do espaço físico para o seu desenvolvimento; fornece instrumentos de avaliação e material para estudos e pesquisas, partindo da filosofia de ação e do reconhecimento de que o ser humano deve ter o atendimento e o tratamento de suas necessidades por meio de padrões técnicos decorrentes do conhecimento científico do mais alto nível. Como nem sempre é possível realizar os programas dentro desses padrões devido a problemas de ordem econômica de recursos humanos, de ampliação de atendimento em termos quantitativos, têm-se buscado formas alternativas para o atendimento do deficiente visual.

Em alguns países da Ásia, África e América Latina onde a realidade sócio-econômica dificulta o desenvolvimento dos programas globais de atendimento, tem-se utilizado procedimentos alternativos visando diminuir os custos e atender a um maior número de pessoas.

3.1. REABILITAÇÃO COM A UTILIZAÇÃO DE RECURSOS DA COMUNIDADE

Esses programas foram iniciados com os programas de cuidados primários de saúde da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) e vêm se desenvolvendo desde 1976. São programas realizados pelas organizações de e para cegos que procuram envolver os recursos da própria comunidade, ou seja, lideranças locais, contratos de parceria com serviços, recursos materiais, físicos e financeiros da comunidade.

3.2. REABILITAÇÃO BÁSICA

Esse tipo de programa, iniciado da década de 90, difere do procedimento anterior pois inclui, tão somente áreas de atendimento consideradas básicas para o deficiente visual, ou seja: Atividades da Vida Diária, Comunicação e Orientação e Mobilidade.

Para esse tipo de atendimento as organizações têm-se utilizado programas de treinamento de recursos humanos de curta duração.

Essas duas modalidades têm seus méritos, e foram também objetos de estudo no Fórum Global de Reabilitação realizado na Tailândia, em 1994, uma vez que, dentro da realidade atual encontramos pólos altamente desenvolvidos em contraste com pólos subdesenvolvidos, somados à crise financeira mundial, que os tornam programas mais acessíveis. A esse respeito há na literatura existente relatos de experiências válidas e aparentemente bem sucedidas na área rural e em algumas localidades distantes dos grandes centros.

Não devemos, no entanto, esquecer que os programas alternativos devem ter o mesmo objetivo daqueles considerados altamente técnicos, ou seja, atender às necessidades específicas da pessoa com deficiência visual orientando para o conhecimento dos seus próprios recursos pessoais de adaptação, cuidados de saúde, educação e oportunidades de emprego.

A garantia da eficácia das formas alternativas a serem aplicadas em cada região só poderá ser preservada na medida em que se reconheça a necessidade de Centros Institucionais oficiais ou particulares que além do atendimento local, tenham condições de realizar estudos e pesquisas para detectar as necessidades regionais, planejar e implantar esses programas profissionais e dar supervisão a esses programas.

BIBLIOGRAFIA

- BATISTA E. – “*O processo de ajustamento à cegueira*”. São Paulo, apostila do Curso de Orientação e Mobilidade, EPM/MEC/CENESP/FLCB, 1975.
- BLINDOC – ILO/ World Council for the Welfare of the Blind. “*Information Service on the Rehabilitation and Employment of the Visually Handicapped*”. Espanha, ILO, no. 302, abril, 1979.
- BOWMAN, Garry – “*Uma nova concepção de Cegueira*”. São Paulo, Revista Brasileira de Biblioteconomia, v.26/28 – 1995/1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde – Programa Nacional de Prevenção da Cegueira. Brasília, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, 1983.
- CARROL, Thomas – “*Cegueira – o que ela é, o que faz e como conviver com ela*”. São Paulo, CNEC/MEC/FLCB, 1968.
- DE MASI, I. – “*Fatores que influem na baixa absorção da mão-de-obra do deficiente visual no mercado de trabalho*”. São Paulo, dissertação de mestrado, Universidade Mackenzie, 1996.
- DESAI, H.H.M. e Alteri – “*Planning Basic Rehabilitation for the Visually Handicapped in Developing Countries*”. W.C.W.B., 1979, Paris.
- MORAGAS, Ricardo – “*Rehabilitación un enfoque integral*”. Editorial Vicens Vives, 1970, Espanha.
- MUNIZ, Paulo César e Outros – “*Educação Especial, atuais desafios*”. Interamericana, 1980, Rio de Janeiro, RJ.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DE TRABALHO. “*Reabilitação Vocacional*”. Genebra, 1982.
- UNIÓN LATINOAMERICANA DE CIEGOS – “*Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para Personas Ciegas e con Baja Visión en América Latina*”. Uruguay, ULAC/ONCE, 2000.
- UNIÓN MUNDIAL DOS CIEGOS – “*Fórum Global sobre Reabilitação, Resumo e Recomendações dos Quatro Grupos de Trabalho*”. Tailândia, UMC, 1994.
- WRIGHT, N. G. – “*Total Rehabilitation*”. New York, A.F.B., 1980.

(*) Ivete De Masi

Assistente Social

Professora. Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento/Educação Especial