

MARTA CARVALHO DE ALMEIDA

**SAÚDE E REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:  
POLÍTICAS E MODELOS ASSISTENCIAIS**

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULAR

CAMPINAS  
2000

MARTA CARVALHO DE ALMEIDA

*Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.*

*Campinas, 22 de Agosto de 2000.*

*Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos*  
Orientador

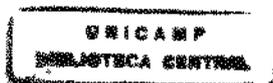
**SAÚDE E REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:  
POLÍTICAS E MODELOS ASSISTENCIAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos.

CAMPINAS  
2000

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE



598107000

UNIDADE	ABC
N.º CHAMADA:	1/UNICAMP
	Al64s
V.	Ex.
TOMBO BC	45679
PROC.	16-292/07
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREC.º	R\$ 41,00
DATA	07/02/07
N.º CPD	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

CM-00153340-1

Al64s	<p>Almeida, Marta Carvalho de</p> <p>Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência: políticas e modelos assistenciais / Marta Carvalho de Almeida. Campinas, SP : [253p], 2000.</p> <p>Orientador : Gastão Wagner de Souza Campos</p> <p>Tese ( Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Reabilitação. 2. Políticas públicas. 3. Deficientes físicos - reabilitação. I. Gastão Wagner de Souza Campos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
-------	--

# Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

## Membros:

1. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

2. Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver

3. Profa. Dra. Regina Maria Giffone Marsiglia

4. Profa. Dra. Samira Kauchakje

5. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Curso de pós-graduação Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 22/08/2000

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SECÃO CIRCULANTE

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, pela tão simples confiança.

À Dirce e Domingos Travesso, pela presença solidária em momentos essenciais.

Às minhas amigas na partilha de histórias, trajetórias, caminhadas e utopias, Tissi, Disa, Bete, Fátima, Fernanda, Stella, pela amizade que alavanca as pequenas e grandes produções cotidianas.

Aos colegas do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, pela possibilidade de dedicação integral à elaboração deste trabalho, em alguns períodos.

À Janice, pelos tão bons momentos de trocas, sobre rodas, durante o período inicial de estudos pós-graduados.

Aos entrevistados, pela disponibilidade.

À Adriana Heisecke e à Cristina Fullini, pela ajuda na seleção dos materiais e em sua captação.

À Laura, Carol e Adriana, pelas revisões do texto em curtíssimo tempo.

Ao Dirceu, companheiro, por sempre incentivar minhas idas, lembrando-me, carinhosamente, das voltas. E por sua generosidade na divisão de atividades e compromissos domésticos e familiares.

Ao Pedro, que veio ao mundo durante o período de elaboração do trabalho, pelo amor que colocou em mim e por me permitir aprender tanto.

Ao Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, meu orientador, pela oportunidade de aprender um pouco sobre como fazer do conhecimento da vida a defesa da vida.

À CAPES – Coordenadoria de Aperfeiçoamento do Ensino Superior – pelo apoio financeiro.

## RESUMO

O estudo aborda políticas e modelos assistenciais em reabilitação de pessoas com deficiência física, instituídos no campo assistencial brasileiro nos últimos 20 anos. São estudados o modelo hegemônico e a Reabilitação baseada na Comunidade - RBC. O primeiro, introduzido no Brasil na década de 50, realiza ações médico-especializadas, essencialmente em Centros de Reabilitação, sendo estes tomados como elementos centrais do modo de produção de serviços para pessoas com deficiência. O segundo, a RBC, constituiu-se como construção crítica a esse modelo, tomando a comunidade como uma de suas categorias centrais. Foi definida como estratégia de ampliação de cobertura assistencial com baixo custo, utilizando simplificação de procedimentos e capacitação de recursos humanos locais. O estudo trata de reconstruir os percursos práticos e conceituais desses modelos de atenção, adotando a perspectiva sócio-histórica. A coleta de dados deu-se sobre diferentes suportes

da linguagem escrita, como livros, artigos, relatórios, recomendações técnicas, pareceres e outros. Foram, também, entrevistados sujeitos que protagonizaram a história recente da reabilitação no Brasil, assumindo postos de gestão/planejamento em experiências práticas relativas aos modelos estudados. A análise dos dados deteve-se sobre as seguintes categorias operativas: a) saberes que interagem na concepção e delimitação do objeto da ação terapêutica; b) acesso aos serviços, vínculo e responsabilização; c) organização do processo de trabalho e papel dos trabalhadores; d) participação do sujeito/comunidade; e) abordagens sobre a questão da resolutividade. A partir de elaborações acerca dos limites dessas práticas no que diz respeito à efetivação da participação social de pessoas com deficiências, discute-se a necessidade de articulação de atores sociais comprometidos com a formulação de um novo projeto político e assistencial, que possa representar e viabilizar a superação do que está instituído. Discute-se a adoção de novos objetos da ação terapêutica em reabilitação, bem como de outros elementos considerados essenciais para que seja fecundado modelo de atenção em reabilitação essencialmente público, que contemple a complexidade da condição experimentada pelo sujeito com deficiência.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>CAP. 1 - REABILITAÇÃO E SAÚDE COLETIVA</b> .....	15
1. Referenciais analíticos: modelos assistenciais em reabilitação e a relação público/privado na constituição de projetos e políticas assistenciais.....	24
2. Seleção de modelos estudados e coleta de dados.....	33
3. Categorias operativas.....	38
<b>CAP. 2 – RAZÃO CIENTÍFICA, NORMA E INSTITUIÇÃO: EXAMINANDO O MODELO HEGEMÔNICO</b> .....	55
1. Segregação, caridade e medicina científica : alguns condicionantes históricos e a gênese da instituição médica na reabilitação.....	55
2. O corpo deficiente como objeto de intervenção da reabilitação: conjunção entre razão científica e ação pedagógica.....	59
3. O Centro de Reabilitação: alojamento conjunto de saberes e práticas fragmentadas.....	74
4. A Reabilitação no Brasil: Estado e sociedade civil na conformação do modo de produção.....	94
5. O Centro de Reabilitação e sua missão, da perspectiva da Medicina Física.....	105

<b>CAP. 3 - COMUNIDADE E PARTICIPAÇÃO: A CRISE DO MODELO HEGEMÔNICO E A CONSTITUIÇÃO DE PROPOSTAS ALTERNATIVAS....</b>	<b>109</b>
1. Política e modelos assistenciais em reabilitação: formulações críticas e seu contexto sócio-político.....	109
2. A origem da Reabilitação baseada na Comunidade -RBC e seus condicionantes históricos: deslocamentos teórico-práticos.....	122
3. Experiências práticas de RBC: um campo de discenso.....	135
4. As particularidades das experiências mexicanas.....	146
5. O Brasil e a RBC.....	151
6. A RBC nos países economicamente desenvolvidos.....	168
7. A RBC e suas categorias centrais.....	172
O público e privado na RBC.....	172
Participação social na RBC : a comunidade no comando?.....	179
O trabalho na RBC : objeto, responsabilidade e papel dos trabalhadores.....	188
Resolutividade.....	194
<b>CAP. 4 - REPENSAR A REABILITAÇÃO - ELEMENTOS PARA DISCUSSÃO.....</b>	<b>203</b>
1. Algumas considerações finais, para começar.....	203
2. A atenção à saúde e reabilitação de pessoas com deficiência e o Sistema Único de Saúde – SUS.....	208
2.1. A universalização do acesso aos serviços de saúde e reabilitação – desafios para a ampliação dos serviços e incorporação de demandas.....	214
2.2. Hierarquização e definição de objetos: complexidade da vida e complexidade dos serviços.....	219
3. A Reabilitação em tese: conceitos, mitos e utopias.....	234
<b>SUMMARY.....</b>	<b>239</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>241</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>253</b>

## **APRESENTAÇÃO**

No campo das políticas públicas brasileiras, os últimos 20 anos são marcados pela introdução do respeito aos direitos de pessoas com deficiência. A ação organizada dessa parcela da população gerou, nesse período, conquistas importantes no setor institucional, essencialmente no tocante à legislação. Não conseguiu, entretanto, vencer o avanço dos processos de exclusão social que, em movimento oposto, aprofundou as contradições na sociabilidade desse segmento. Por um lado, a legislação a garantir a participação na produção e consumo de bens e valores sociais. Por outro, as restrições orçamentárias agindo sobre a implementação de políticas que ofereçam suporte ao exercício desses direitos.

No que diz respeito à saúde, especificamente, verificaram-se mudanças importantes, que decorreram, principalmente, do processo de construção do Sistema Único de Saúde. Porém, passados mais de 10 anos da Constituição de 1988, na qual se reconhecem os deveres do poder público em

relação à saúde e reabilitação das pessoas com deficiência, não se alterou significativamente o quadro que mostra a concentração desses serviços no setor privado e em organizações filantrópicas, bem como as dificuldades de acesso que impedem que grande parte desse segmento da população tenha suas necessidades assistidas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 1996).

No Brasil, em relação às pessoas com deficiências físicas, a falta de acesso a serviços que atendam às necessidades relativas a sua reabilitação integral gera, como consequência quase sempre inevitável, algum grau de ruptura com a vida social. Às limitações da atividade motora somam-se barreiras arquitetônicas, barreiras atitudinais e uma carência significativa de mecanismos compensatórios que produzem o que tem sido denominado de “equiparação de oportunidades”<sup>1</sup> entre pessoas com e sem deficiências, como transporte coletivo adaptado e outros dispositivos que diminuem ou eliminam fatores ambientais e relacionais configurados como barreiras à participação social desse grupo. A associação desses fatores tem determinado que o confinamento em instituições custodiais ou em domicílio ainda seja condição experimentada por grande parte dessas pessoas, fato que é reconhecido pelo

---

<sup>1</sup> O termo “equiparação de oportunidades” vem sendo divulgado desde 1981. Em dezembro de 1993 foi definido em Assembléia Geral das Nações Unidas, significando o “(...) processo através do qual os diversos sistemas da sociedade e do ambiente, tais como serviços, atividades, informações e documentação são tornados disponíveis para todos, particularmente para pessoas com deficiência” (Organização das Nações Unidas, 1996).

Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 1995).

Estimativas e censos, no entanto, indicam que, embora não estando em evidência, a presença de pessoas com deficiência entre nós é muito maior do que aquela que, infelizmente, revela-se quase exclusivamente nos pequenos mercados em que se transformaram os cruzamentos de vias públicas das grandes cidades. A magnitude dos problemas ocasionados pelas conseqüências das doenças foi estimada pela OPS como da ordem de 7% da população das Américas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1993).

Refletir criticamente sobre os modos de intervir sobre as deficiências e incapacidades no campo da saúde, a partir de referenciais oriundos da Saúde Coletiva, foi o desafio colocado como ponto de partida para a realização deste trabalho. O processo teórico-prático das formulações que geraram nos últimos 20 anos, na sociedade brasileira, a composição de distintos modos de pensar e concretizar a produção de serviços de reabilitação voltados à atenção de pessoas com deficiência física, constituiu-se em nosso objeto de estudo.

Como docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, desde 1986 tenho tratado de questões pertinentes à produção de serviços de reabilitação voltados à atenção desse segmento da população, tendo procurado abordá-las enquanto objeto de investigação, como

conteúdo didático e como elemento perturbador e motivador da prática assistencial. Tenho sido orientada tanto pela percepção das contradições da prática profissional específica, quanto pelo desejo de ver surgir uma nova cultura sanitária, na qual as práticas de saúde, de forma geral, estejam afinadas aos interesses e necessidades dos usuários. Em minha trajetória profissional tive o privilégio de ter experiências assistenciais articuladas a esse plano mais geral de interesse: a construção de serviços, estratégias, modalidades e tecnologias orientadas à conquista dos direitos de pessoas com deficiência, no setor público. Assim, o que exponho neste trabalho representa a conjugação entre os resultados de investigação cientificamente formatada e reflexões instigadas pela dimensão cotidiana das ações profissionais junto a pessoas com deficiência, em contextos de experimentação e criação coletiva.

## **CAPÍTULO I**

### **REABILITAÇÃO E SAÚDE COLETIVA**

No sentido corrente, a palavra "reabilitação" remete à idéia de um processo de transformação. Pode ser empregada em relação a objeto ou pessoa e está articulada às noções de recuperação, reaquisição, reparação ou restituição de algum elemento perdido. Reabilitar, então, do ponto de vista semântico, pode ser entendido como a restituição ao estado anterior de algo que, por algum motivo, desviou-se do curso esperado ou modificou-se. Trata-se de uma operação que visa à transposição de algo de um estado a outro, pretendendo que o ponto de chegada tenha uma conotação valorativa superior ao de partida.

Enquanto prática social, a reabilitação é atualmente identificada, idealmente, por um conjunto de procedimentos orientados pelo objetivo de recolocar nas principais correntes da vida social os indivíduos que delas encontram-se ausentes. É entendida como um tipo de intervenção que

pode recair sobre distintos grupos sociais, quando estes são compostos por sujeitos que, dependendo do olhar que sobre eles é lançado, são considerados anormais, desviantes, marginalizados ou excluídos, mas por alguma razão merecedores de compartilhar a produção e consumo de bens e valores da comunidade a qual pertencem. Comporta, portanto, a idéia de que existiriam sujeitos não imediatamente habilitados ao convívio social, mas passíveis de transformações. Estas, devem preceder ou acompanhar a introdução ou re-introdução na vida social.

Assim, a possibilidade de recolocar no âmbito das trocas sociais alguns sujeitos que dele foram afastados é um dos pilares que sustenta, no plano discursivo, grande parte das práticas sociais que atualmente ocorrem sob a denominação "reabilitação". Aquelas que se dão especificamente como ações de saúde, dirigidas às pessoas com deficiência, compartilham essa noção, tendo desenvolvido ao longo do tempo, contudo, meios e estratégias bastante específicos.

O campo de conhecimentos e práticas de saúde em reabilitação consolidou-se fortemente condicionado à medicina científica e, especialmente, à medicina flexneriana. Contudo, ainda que nesse processo as interpretações que tomavam por base a relação deficiência-culpa/castigo tenham enfraquecido, como discutir-se-á à frente, verifica-se, no tocante às práticas assistenciais, o predomínio do que NALLIN (1992) considerou ser uma

articulação harmoniosa entre concepções religiosas e assistencialistas e a abordagem científica:

*"[O](...) apelo caritativo permanece até hoje, implícita ou explicitamente, na base da maioria dos serviços voltados aos deficientes e mesclado a outros conteúdos.(...) As organizações que cuidam dessas pessoas mantiveram, e ainda hoje mantêm, uma linha custodial, caritativa ou assistencial. Mas a abordagem médico-científica expandiu-se amplamente. É freqüente que as práticas e técnicas derivadas daí disputem terreno, passo a passo, com os enfoques caritativos e assistenciais nas instituições concretas de atendimento aos portadores de deficiência" (NALLIN, 1992, p.27).*

Como aponta NALLIN (1992), é necessário considerar que o campo assistencial voltado a pessoas com deficiência é marcado por diferentes abordagens. Segundo a autora, grande parte das entidades objetivam o abrigo e o suprimento de necessidades básicas desse segmento da população - como alimentação e higiene - apresentando dificuldades para desenvolver o atendimento de reabilitação propriamente dito. Estas são entidades na maior parte das vezes de origem filantrópica. Atendem, geralmente, à população de baixa renda.

Entre as instituições predominantemente custodiais encontramos, também, os hospitais públicos denominados *hospitais de retaguarda*, nos quais são realizadas internações de longa permanência de pessoas com deficiência sem recursos para subsistir fora dali.

De outra forma, contamos com instituições onde o enfoque médico-científico é predominante e o atendimento de reabilitação é realizado, privilegiando-se os aspectos físicos e educacionais da clientela. São

estabelecimentos de maior porte, dotados de infra-estrutura material e financeira mais estáveis, sendo, em grande parte das vezes, de origem pública e freqüentemente ligados à Universidade, realizando atividades de formação de pessoal e desenvolvimento de tecnologia na área. Estes são chamados Centros de Reabilitação (NALLIN, 1992).

Outros tipos de organização, públicas ou privadas, integram o panorama assistencial para pessoas com deficiência no que se refere a atenção à saúde e reabilitação. Em relação às pessoas com deficiência física e, mais especificamente, tomando-se as ações que incidem sobre a deficiência já adquirida, esses serviços têm, provavelmente, representatividade inferior aos citados acima, considerando-se o volume dos atendimentos.

No Brasil, pode-se dizer, estudos sobre os serviços de reabilitação no campo da Saúde Coletiva ainda não se tornaram sistemáticos. Também em relação às pessoas com deficiência, há enormes lacunas no conhecimento, tanto quantitativas quanto qualitativas. Atualmente não contamos com estudos que revelem seguramente o perfil epidemiológico do segmento populacional atingido pelas conseqüências das doenças. Da mesma forma, não conhecemos em profundidade as necessidades contextuais desse grupo, surgidas dos embates cotidianos que se dão em uma sociedade altamente excludente, como tornou-se a nossa.

Estudo da Organização Panamericana de Saúde que congregou dados oferecidos pelos ministérios de saúde sobre políticas, programas e serviços da região da América Latina e Caribe, mostrou que até 1995 ainda não se dispunha da informação necessária para conhecer a magnitude do problema das incapacidades nessa área geográfica (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 1996). Até o momento, não foram apresentadas evidências de que essa situação tenha sido significativamente alterada.

Ainda assim, com carências e lacunas, dados organizados por organismos como a Organização Panamericana de Saúde – OPS, Organização Mundial de Saúde – OMS e Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças - UNICEF, ligados à Organização das Nações Unidas – ONU, constituíram-se nas principais informações que alimentam os debates no campo do planejamento e organização de serviços de reabilitação nos países menos desenvolvidos economicamente, incluindo-se o Brasil. Muito do que se discutiu nos últimos 20 anos em relação à reabilitação no Brasil teve por base poucas informações sobre a realidade local, freqüentemente captadas de forma não sistemática, e muitas avaliações, considerações e recomendações dos organismos citados, o que pode ser constatado através do exame das referências encontradas em nossos documentos.

A afirmação, por exemplo, de que, se por um lado o avanço tecnológico tem aumentado potencialmente a sobrevivência e o risco de incapacidades na América Latina, por outro tem se feito mais evidente tanto a falta de equidade quanto o aumento no número de pessoas incapacitadas que não encontram solução para seus problemas, tem sido insistentemente apresentada pelos organismos da ONU (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1981; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1993; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1996) e repetida por quem reconhece a crise da área. A OPS afirmava, também, já há algum tempo, que decorridas praticamente duas décadas desde as primeiras discussões em que se buscou tratar a reabilitação como componente da atenção integral à saúde - nos anos 70 - ainda se verificava a predominância das concepções e ações de reabilitação enquanto serviço especializado incorporável exclusivamente ao setor terciário da assistência em saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1993). Em relação aos serviços, afirmam ainda que, quando, na melhor das hipóteses, os serviços especializados estão disponíveis, estes falham por não dimensionarem os aspectos sociais e psicológicos no impacto gerado pela incapacidade.

Consideram, assim, imperioso que, além da ampliação da cobertura assistencial - estimada pela OMS em apenas 2% da população necessitada - haja inovações na modalidade de prestação de serviços, bem

como controle de qualidade. As instituições de reabilitação na América Latina, para a OPS, fazem uso irracional de modalidades terapêuticas e diagnósticas, têm baixa capacidade resolutiva e têm sido incapazes de adaptarem-se às verdadeiras necessidades da população a que servem (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 1993).

Reconhecer o fato de que não se tem atendido às demandas de reabilitação das pessoas com deficiência remete-nos, evidentemente, a diferentes setores implicados na elaboração de respostas aos problemas desse grupo, como educação, previdência e trabalho, entre outros. Mas remete-nos, especialmente, à área de saúde e à instituição médica, tomados enquanto universo preferencial de práticas que admitiram, historicamente, objetos e objetivos de dimensões tão complexas. Frente à escassez de estudos sobre a reabilitação no campo da Saúde Coletiva, reconhecer a crise dos serviços de saúde e reabilitação para responder às necessidades de pessoas com deficiência nos coloca, ainda, a necessidade de explorar as possibilidades e limites dos modelos assistenciais em vigor, atentando para sua racionalidade e seus mecanismos de reprodução. Este estudo trata de reconstruir os percursos práticos e conceituais de modelos assistenciais em reabilitação de pessoas com deficiência - especificamente aqueles que se voltam primordialmente às incapacidades motoras - instituídos no Brasil nos últimos 20 anos, buscando contribuir nessa direção. O modelo

hegemônico de produção de serviços - introduzido no Brasil a partir da década de 50 - e a Reabilitação baseada na Comunidade, que em relação ao primeiro colocou-se como construção crítica, foram estudados mediante perspectiva sócio-histórica, a partir da qual analisou-se a constituição enquanto práticas sociais voltadas a atender demandas de saúde e reabilitação de pessoas com deficiência.

Neste estudo, considera-se que os enormes problemas enfrentados pelas pessoas com deficiência para alcançarem, no domínio cotidiano, a condição de cidadãos, exigem respostas complexas, contextualizadas por amplas mudanças sociais que envolvem as dimensões econômica, política e cultural, bem como vários setores da vida em sociedade. Toma-se, porém, a Reforma Sanitária brasileira não apenas como proposta setorial, mas como processo social e político que, se por um lado exige medidas extra-setoriais, por outro envolve a manifestação, em forma de apoio, omissão ou rejeição, de diferentes grupos sociais que podem construí-la historicamente, conforme discute PAIM (1993). Desse ponto de vista, toma-se a Reforma Sanitária como processo que possibilita a adoção de intervenções que, mesmo não se constituindo em formas amplas e profundas, podem reduzir a magnitude de certos problemas e contribuir para a reorganização do sistema de saúde, considerando-se a conjuntura na qual ocorrem. Assim, as reflexões propostas neste estudo, mesmo quando pertencentes ao campo das

*intervenções setoriais de alcance mais limitado* (PAIM, 1993), como ocorre ao se tratar de aspectos específicos do modelo assistencial, pretendem contribuir para que as ações de saúde não apenas viabilizem a atenção aos problemas de saúde e reabilitação específicos desse grupo, mas constituam-se, também, como parte de um projeto de eliminação dos processos sociais que tornam as diferenças de desempenho corporal fatores de restrição à participação social.

## **1. Referenciais analíticos: modelos assistenciais em reabilitação e a relação público/privado na constituição de projetos e políticas assistenciais**

Operacionalmente, buscou-se trabalhar com a categoria *modelos assistenciais*, na definição elaborada por CAMPOS (1992), que propõe que *modo* ou *forma de produção* – termos empregados como sinônimos de modelo assistencial ou conformação do sistema de saúde – seja entendido como uma composição concreta de recursos, tecnologias e modalidades de atenção, que se articulam em um dado contexto histórico-estrutural em busca de legitimidade e de reprodução social. Os recursos são os financeiros, materiais e a força de trabalho, e as modalidades de atenção são as várias partes que, combinadas segundo o sentido determinado pela totalidade do modelo, constituem-no. Essa composição, portanto, gera uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas, passíveis de análise.

MEHRY et al. (1991), compartilhando as idéias de Campos, acrescentam que o termo "modelo assistencial" refere-se tanto à organização de produção de serviços dada por um determinado arranjo de saberes da área quanto a projetos de construção de ações sociais articulados como projetos políticos por diferentes forças e disputas sociais. Os autores dão preferência,

então, à denominação “modelo tecno-assistencial” pelo fato desta expor as dimensões chaves que o compõe enquanto projeto político – a assistencial e a tecnológica.

Para CAMPOS (1994), sendo um conceito que estabelece intermediações entre as dimensões política e tecnológica, deve-se entender por modelo assistencial a tradução, para um projeto de ação, de certa leitura sobre a realidade em termos de conjuntura epidemiológica e de princípios éticos, jurídicos, clínicos e sócio-culturais. Deve-se compreendê-lo como processo concreto que se realiza como construção coletiva na ação política. Nesse sentido, tem caráter mutante, não podendo ser dado *a priori* e não sendo representado por idealizações.

Dessa perspectiva, tomaram-se diferentes projetos políticos para a reabilitação procurando, a partir de breve contextualização na história, descrever e analisar os distintos modelos assistenciais propostos. É oportuno referir, também, que neste estudo compartilha-se a idéia, expressa por CAMPOS (1992), de que a forma de produzir serviços de saúde no Brasil é heterogênea, comportando sobreposições e composições diversas, o que ocorreria, também, no segmento específico da reabilitação, tomada enquanto parte integrante de um sistema.

A relação público/privado na gestão dos modelos assistenciais em reabilitação, nesse sentido, teve importância central no

desenvolvimento deste estudo. Estando ligada a valores fundantes das políticas de Bem-Estar, atualmente colocados em questão pelas mais diferentes correntes de pensamento, a reabilitação é um campo no qual se verificam contradições importantes. Se por um lado, comporta uma forte dimensão ética, no sentido de que as sociedades industriais contemporâneas comungam valores que impedem o abandono de pessoas com deficiência à sua própria sorte, também é um setor no qual parece refletir-se rápida e claramente as tendências macro-econômicas que orientam as políticas sociais, o que o torna bastante vulnerável. Assim, foi necessário reconstruir as diferentes propostas analisadas, considerando seu cenário político-econômico, ainda que não se tenha pretendido realizar uma análise aprofundada desse fator em particular. As contribuições de DRAIBE (1988, 1990, 1991) foram essenciais nesse aspecto, principalmente no tocante à compreensão das formulações mais atuais que influenciam o modo de se produzirem serviços de reabilitação no Brasil.

Para a autora, a renovação do liberalismo começou a ocorrer quando já se fazia sentir nitidamente a crise do modelo do Estado Social, bem como a crise de credibilidade do marxismo como perspectiva teórica e política. No final da década de 80, com o desmoronamento do socialismo real e sua estrutura autocrática, reafirmou-se o valor do núcleo ético

e político do liberalismo (liberdade significando *liberdade de escolha individual*), colocado agora como pré-condição para a democracia (DRAIBE, 1991).

Para DRAIBE (1991), entretanto, o neoliberalismo não constitui efetivamente um corpo teórico próprio capaz de distingui-lo de outras correntes de pensamento. É mais um simulacro do liberalismo americano, no qual se inspira. Suas "teorizações", emprestadas do liberalismo, limitam-se à afirmação genérica da liberdade e da primazia do mercado sobre o Estado, do individual sobre o coletivo. O mote dessa ideologia é a redução do tamanho, do papel e das funções do Estado, e a atribuição ao mercado de melhor e mais eficiente mecanismo de alocação de recursos. Baseada em Schneider, a autora afirma que as idéias e valores do ideário neoliberal compõem uma espécie de "cultura de solução dos problemas" e projeta uma cultura política aparentemente despolitizada, movida pela busca de soluções ágeis e eficientes:

*"É antes um discurso e um conjunto de regras práticas de ação (ou de recomendações), particularmente referidas a governos e a reformas do Estado e de suas políticas"* (DRAIBE, 1991, p.88).

No que concerne às políticas sociais, o restrito fôlego teórico neoliberal implementa um conjunto de argumentos de ataque ao Estado de Bem-Estar Social (analisado mais pormenorizadamente em DRAIBE, 1988), ao lado de propostas de reformas dos programas sociais, tendo seus fundamentos em teses mais clássicas sobre o papel do Estado na provisão de bens e serviços sociais. Nesse sentido, são apontadas como responsáveis

do Estado de Bem Estar Social desde a ampliação do déficit público, a inflação, a redução da poupança privada, o desestímulo ao trabalho e à concorrência e a decorrente diminuição da produtividade, até o aumento da criminalidade e a dissolução da família. No decorrer dos anos 80, em períodos mais agudos de crise, as proposições do neoliberalismo no campo social eram fundamentalmente representadas pela redução da universalidade e dos graus de cobertura de muitos programas sociais, retirando os benefícios do campo dos direitos sociais, como o fizeram Reagan e Thatcher. Segundo DRAIBE (1991), na base de tais ações estava a vontade política de quebrar a espinha dorsal dos sindicatos e dos movimentos sociais organizados.

Nesse período, em relação aos países latino-americanos, o receituário neoliberal concentrou-se num conjunto de prescrições de reformas do sistema de proteção social, no qual a privatização, focalização e criação de programas sociais de emergência sustentavam a reformulação do papel do Estado na área social. No processo de democratização no Brasil, entretanto, ainda que poucos programas tenham sido efetivamente reformados, alguns caminharam no sentido inverso ao indicado pelo neoliberalismo, na medida em que integravam a agenda das reivindicações populares, fortalecidas no período em questão. A partir da Constituição Brasileira de 1988 foram ampliadas, tanto em termos de concepções quanto de operações, as proposições para a

seguridade social, apontando para um patamar mais elevado de universalização do acesso à previdência, saúde e assistência social.

Já nos anos 90, conforme DRAIBE (1991), os desafios da modernização e a necessidade de melhoria da competitividade sistêmica das economias na busca da integração internacional, modificam as formulações neoliberais para as economias submetidas aos rigores dos ajustamentos macro-econômicos. Isso porque reconheceu-se na pobreza e no não-acesso de vastas camadas da população a bens e serviços básicos (agravadas pela recessão e desemprego) um entrave à conversão das economias em formas mais descentralizadas, mais abertas e adaptáveis do ponto de vista tecnológico. Além disso, os desequilíbrios sociais são considerados componentes da instabilidade política. Dessa forma, a questão social volta a tomar lugar de destaque, sendo introduzida nos documentos de várias agências internacionais através de recomendações que têm na descentralização, privatização e concentração nos grupos mais carentes as suas bases estruturantes.

De forma esquemática, pode-se dizer que a necessidade de descentralização é argumentada pelo viés econômico, no qual é entendida como uma forma de aumentar a eficiência e eficácia do gasto, visto que aproxima problemas e gestão. A focalização, ou seja, o direcionamento de gastos a público e programas específicos selecionados por necessidades e

urgência, sustenta-se na tese da participação residual do Estado no campo da assistência social, na qual se preconiza a priorização dos setores mais pauperizados da população.

A privatização, por sua vez, é proposta através do deslocamento da produção de bens e serviços públicos para o setor privado lucrativo, para que, segundo seus proponentes, evite-se que setores de maior poder se apropriem de benefícios não proporcionais (maiores) à contribuição que efetivaram. É entendida principalmente como uma resposta que racionaliza os desvios no uso de recursos gerado pela gratuidade dos serviços públicos e que alivia a crise fiscal.

Uma das formas de privatização é a acima mencionada, mas uma outra forma vem sendo preconizada pelos neoliberais. Ela se caracteriza pelo

*"(...) deslocamento da produção e/ou distribuição de bens e serviços públicos para o setor privado não-lucrativo, composto por associações de filantropia e organizações comunitárias, ou as novas formas de organização não-governamentais" (DRAIBE, 1991, p.97).*

DRAIBE (1990) considera que a questão da privatização já configura uma discussão bastante extensa, reunindo incontáveis argumentos pró e contra, que se desenvolvem sob orientações político-ideológicas bem distintas, como liberais, conservadoras, neoliberais, marxistas, social-democratas, entre outras. Nota, entretanto, que há um conjunto de argumentos que une conservadores e progressistas. Refere-se, justamente, à defesa da

privatização como forma de reforçar o setor privado não lucrativo. Encontram-se em curso, segundo a autora, processos sociais que tendem a alterar as relações entre o Estado e o mercado, o público e o privado e os sistemas de produção e consumo dos equipamentos sociais:

*"As assim chamadas "formas alternativas" - os mutirões e autoconstrução, as diversas experiências de ajuda mútua, práticas comunitárias e de vizinhança (na guarda das crianças, no setor da alimentação, na coleta e processamento do lixo) - estes são, no Brasil, exemplos que se multiplicam e correspondem a tantos outros, verificados em todo o mundo, de participação dos próprios beneficiários e de envolvimento de associações voluntárias e de redes de ONGs - Organizações Não-Governamentais - no encaminhamento das políticas sociais" (DRAIBE, 1990, p. 36).*

Essa reordenação do tripé Estado/mercado/sociedade civil é entendida pela autora como uma concepção ampla de privatização, em contraposição ao que designou como caráter restrito da privatização, relacionada exclusivamente aos setores lucrativos. Nessa perspectiva, aponta a existência de argumentos favoráveis dos setores conservadores, que vêm na supressão ou redução do papel do Estado e na volta à "tradição" os aspectos positivos de tal proposição.

Por outro viés, não considerado conservador, a autora relaciona autores que apoiam a "privatização ampla", baseados no argumento econômico, que identifica nela mecanismos mais eficientes, menos custosos e possivelmente mais aproximados das preferências dos usuários do que os serviços públicos ou daqueles estritamente privados. No plano das argumentações sociológicas e políticas, o engajamento das instituições não

lucrativas na política social é entendido como forma de reforço do poder da comunidade. Na reabilitação, como veremos, esses argumentos ocupam lugar decisivo na conformação de alternativas ao modelo hegemônico.

Tratando do tema privatização, LABRA; BUSS (1995) assinalam que no mundo capitalista a tendência no pós segunda guerra não tem sido a expansão crescente do mercado privado na saúde, mas sim o envolvimento do Estado na configuração de sistemas nacionais assistenciais, mediante o envolvimento direto e/ou patrocínio financeiro e regulamentação legal para os sistemas privados operarem, cabendo, por isso, questionar o papel que tem sido cumprido pelo Estado, ao invés de indicar sua omissão. Dessa forma, defendem a utilização de um conceito mais amplo do que aquele preconizado pela teoria dos mercados para tratar a privatização de serviços sociais, visto que a profunda ideologização do debate, associada a discordâncias conceituais, não tem permitido análises imparciais desse processo. Lembram ainda que a realidade vem mostrando de forma irrefutável que as leis da oferta e da demanda e a soberania do consumidor não operam na saúde conforme quer a teoria.

## **2. Seleção dos modelos estudados e coleta de dados**

A seleção dos dois modelos abordados considerou, além de sua instituição no Brasil no período compreendido nos últimos 20 anos, algumas características estruturais:

- a) apresentação de um conjunto organizado de pressupostos, conceitos e diretrizes políticas e operacionais;
- b) apresentação de argumentos que oferecem suporte à produção de respostas aos problemas das pessoas com deficiência física;
- c) instalação em diferentes regiões do país e, portanto, concretização em diferentes contextos sociais, políticos e administrativos e
- d) reunião de atores sociais do campo da reabilitação, que se ocupam de sua divulgação e defesa enquanto projeto político.

Assim, as propostas inicialmente selecionadas foram o modelo tradicional de reabilitação, ou seja, aquele que tem o Centro de Reabilitação como instância central e praticamente exclusiva da atenção à saúde das pessoas com deficiência - tratado anteriormente neste trabalho por "modelo hegemônico" - e a Reabilitação baseada na Comunidade, estratégia proposta pela Organização Mundial de Saúde para os países menos

desenvolvidos economicamente alcançarem maiores graus de cobertura assistencial.

Foi, também, necessário considerar que, no processo de estruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil, delinearam-se mudanças e instituíram-se na área de reabilitação novas formulações políticas baseadas em diretrizes propostas para o sistema como um todo. Desse movimento derivou a elaboração e experimentação de modelo que, referido principalmente à universalização e à atenção integral, projetou a incorporação dessa clientela nos serviços já existentes no sistema, através da composição de redes regionais organizadas hierarquicamente e com participação popular. Essas formulações, gestadas e praticadas em experiências pontuais na década de 80, foram posteriormente organizadas de forma a representar a política de saúde e reabilitação proposta pelo Ministério da Saúde para as pessoas com deficiência e encontram-se, idealmente, ainda em vigor.

Assim, não se pode deixar de reconhecer a existência de projeto político do Ministério da Saúde, afinado aos princípios e diretrizes defendidos pela Reforma Sanitária, através do qual se reconhece a crise atual do setor e propõem-se medidas para saná-la. Porém, mesmo tendo origem há quase duas décadas, essa forma de produzir atenção ainda não conseguiu sobrepor-se à anteriormente instituída e pode ser referida através de experiências localizadas. Reconhecendo sua importância, optou-se não por

analisá-la de forma sistemática, ou focalizar suas concretizações objetivas, mas por tomá-la, através de suas diretrizes e recomendações operacionais, como referência privilegiada para projetarem-se reflexões sobre novas formas de produzir atenção em saúde e reabilitação. Dado que suas matrizes históricas, conceituais e operacionais, não se dissociam do processo que, na reabilitação, gerou a Reabilitação baseada na Comunidade enquanto projeto político, esses aspectos foram reconstituídos ao tratar-se deste último.

A coleta de dados deu-se sobre diferentes suportes da linguagem escrita: livros, artigos publicados em diferentes tipos de periódicos, relatórios, pareceres, recomendações, material de divulgação, material didático e textos editados na Internet em sites "institucionais". Sobre grande parte do material houve preocupação em certificar-se sobre a autoridade das fontes, considerando-se a inexistência de balizas científicas prévias.

Um aspecto que convém esclarecer é o de que, devido ao fato de reunirem-se sob a denominação "Reabilitação baseada na Comunidade - RBC" práticas diversas e, por vezes, até divergentes, optou-se por delimitar o campo de experiências para estudo. Para isso, tomou-se a raiz histórica da RBC, considerando que a diretriz política de ampliar cobertura com redução de custos numa área geográfica delimitada, através da utilização do método de simplificação dos procedimentos e capacitação de pessoal não-profissional, define um conjunto de práticas que pode, inequivocamente, ser classificado

como RBC. As palavras que seguem exemplificam experiências que, embora contando com documentação localizada através das palavras-chave "community-based rehabilitation", não foram incluídas no estudo, por serem consideradas de outra natureza:

*"Descreve-se um programa orientado à comunidade para a reabilitação de pessoas com artrite. Ele combina 8 semanas de reabilitação em ambulatório (incluindo medidas educativas) de uma instituição de reabilitação com auto-reabilitação prolongada (na casa do paciente), supervisionada por enfermeiras da atenção primária" (RONEN et al., 1996, p.476).*

Estudos como os de KENNEDY C. (1989) ou de HANUMANTHA RHAO (1993), que discutem a RBC em relação aos portadores de sofrimento psíquico ou à deficiência mental não foram, também, incorporados a este estudo, podendo gerar novas e distintas considerações sobre a RBC em relação a segmentos populacionais que não foram tomados em conta nesta investigação.

Essa delimitação, contudo, não foi aplicada rigorosamente ao ter-se buscado caracterizar as experiências brasileiras que realizam-se adotando o nome "RBC", pois embora a maior parte das experiências relatadas não esteja referida aos princípios citados, considerou-se a importância de abrangê-las no sentido de identificar-se o campo assistencial brasileiro em que a abordagem às questões da deficiência dá-se na comunidade, em contraposição à instituição de reabilitação.

Foram também colhidos depoimentos de sujeitos que protagonizaram a história recente da reabilitação no país, particularmente no Estado de São Paulo, tendo ocupado funções de gerência e/ou planejamento em experiências concretas. Foram entrevistados 5 sujeitos utilizando-se entrevista do tipo semi-estruturado que, conforme MINAYO (1996), conta com roteiro previamente fixado (Anexo), mas mantém a possibilidade de que o campo de explanação do entrevistado seja aberto pelo entrevistador com a finalidade de que se aprofunde o nível das informações. A maior parte desses sujeitos, embora fundamentalmente ligada a modelos específicos, transita na área de reabilitação de forma a participar do desenvolvimento de ações propostas por diferentes modelos assistenciais. Assim, os sujeitos não foram considerados como informantes sobre um modelo específico, mas sobre as condições de sua produção e reprodução, ou seja, sobre o processo sócio-histórico no qual esses modelos tomaram forma na realidade brasileira. A análise do conteúdo das entrevistas, bem como a sistematização dos dados coletados em fontes escritas, deu-se com base nas considerações de BARDIN (1979).

### **3. Categorias operativas**

Algumas categorias operativas que, a seguir discriminaremos, serviram ao detalhamento da análise dos modelos.

#### *a) Saberes que interagem na concepção e delimitação do objeto da ação terapêutica*

A reabilitação, enquanto prática de caráter médico-científico, tem suas origens associadas aos processos sociais que tornaram possível a instituição e desenvolvimento da medicina científica. A crítica à racionalidade que fundou a definição de objetos e ações terapêuticas que visam a correção corporal, como as presentes nas técnicas reabilitadoras, tem sido realizada a partir das elaborações de Foucault, que discutiu a constituição histórica do sujeito e das relações de poder implicadas nas formas de objetivá-lo e subjetivá-lo, sobretudo através dos processos disciplinares. Essa perspectiva possibilitou que, neste trabalho, tenhamos nos referido à reabilitação como instituição política que opera na construção do corpo

enquanto objeto de estudo e intervenção da ciência, o que apoiou considerações posteriores.

Considerou-se, também, a importância das concepções que buscam explicar o fenômeno das deficiências para a constituição dos modelos assistenciais. Há autores, como MINAIRE (1992), que identificam diferentes esquemas explicativos para o que denominam de “processo incapacitante” e que estariam associados a diferentes concepções sobre o processo saúde-doença. De forma geral, os esquemas apresentados variam na extensão da incorporação do ambiente enquanto fator condicionante das conseqüências das doenças. Não é difícil, porém, identificar que essa associação do ambiente ao esquema explicativo se dá de forma marginal, mantendo inalterada a centralidade da experiência corporal na base da explicação. Há uma dificuldade bastante evidente em se compor a integração de conceitos biológicos, psicológicos e sociais e, nesse sentido, nenhum deles supera a predominância do enfoque biológico sobre as deficiências.

Um dos esquemas mais utilizados na literatura da área é o que vem sendo trabalhado pela Organização Mundial de Saúde, materializado em manual de classificação das conseqüências das doenças. Nele, relata-se a preocupação em criar um método para definir o estado de um indivíduo, de forma a poder registrar as modificações que ocorram a partir do contato com um sistema de cuidados de saúde. Assim, estabeleceu-se uma

cadeia de fenômenos ligados à doença inicial que segue a seguinte orientação:  
doença/dano → deficiência → incapacidade → desvantagem  
(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989).

O conceito de deficiência, segundo esse modelo, é bastante diferente daquele que encontramos aplicado no dia-a-dia dos serviços no Brasil, ou mesmo verificado no senso comum. Para a OMS, o conceito de deficiência diz respeito exclusivamente a alterações do corpo ou da aparência física, de órgão ou função. As diminuições de desempenho e atividade funcional são qualificadas como incapacidades, sendo, portanto, neste nível que se podem situar as alterações *no sujeito*. As desvantagens querem expressar as conseqüências sociais decorrentes da interação de um indivíduo com o seu meio, tendo sido estabelecidas sub-categorias designadas por “funções de sobrevivência”, nas quais estão incluídas a mobilidade eficaz no meio ambiente e a participação e manutenção das relações sociais, entre outras. Um exemplo bastante simples que pode-se fornecer para demonstrar o que se quer delimitar, seguindo a seqüência apresentada, é o seguinte: trauma medular → perda da mobilidade de membros inferiores → diminuição da capacidade de deambulação → diminuição da capacidade de auto-manutenção financeira.

O esquema explicativo chama a atenção para o fato de que a seqüência apresentada não é naturalmente desenvolvida. Uma pessoa

com deficiência não apresentará, necessariamente, uma incapacidade e assim por diante. Nesse processo, serviços de saúde, enquanto fatores ambientais, têm importância fundamental. A partir desse esquema, definem-se medidas de saúde que visam interromper ou retardar o curso de determinações que têm, como ponto de prejuízo extremo, a impossibilidade do sujeito para a realização das funções de sobrevivência, entre as quais incluem-se vários aspectos da vida compartilhada.

Não cabe aqui o aprofundamento da discussão sobre esse esquema, que tem sido amplamente divulgado, mas apenas a explicitação de que tem sido alvo de estudos, críticas e revisões. Cabe, no entanto, apontar que esses conceitos estimularam reflexões em torno de responsabilidades específicas das medidas de reabilitação, visto que delimitaram claramente diferentes recortes sobre o campo das conseqüências das doenças e, conseqüentemente, remodelaram objetos da reabilitação. A inclusão da desvantagem como parte socialmente determinada e, por isso, evitável do processo, introduziu-se de diferentes formas nas discussões relativas à produção de serviços. Mesmo entre os setores mais conservadores, nos quais a especialização atingiu níveis tão elevados que a integralidade do sujeito com deficiência quase já não é notada, as novas definições da OMS causaram efeitos. Estes são verificáveis, a princípio, na estrutura discursiva dos atores envolvidos. Foi necessário, por isso, identificar nos diferentes modelos

assistenciais não apenas a concepção de reabilitação que os condicionou, mas associá-la àquelas acerca dos sujeitos para os quais se dirige a ação, pois dessa delimitação conceitual derivam aspectos essenciais da prática assistencial.

*b) Acesso aos serviços, vínculo e responsabilização*

A questão do acesso aos serviços de saúde tem sido tratada no campo acadêmico e político de forma intimamente relacionada à universalidade. O acesso universal à saúde é defendido como direito de cidadania e tem, desde o final dos anos 80, garantia jurídica. Os impasses para sua concretização, no entanto, têm sido alvo de análises que partem de diversos referenciais e apontam para muitos fatores e suas conexões.

A hierarquização dos serviços com base na sua complexidade tecnológica, bem como a regionalização que visa à disposição dos serviços segundo a proximidade da clientela são ações técnicas consideradas em sua relação com os critérios de acesso, integrando os princípios básicos da Reforma Sanitária brasileira. COHN et al. (1991), contudo, referem que a acessibilidade não se encontra traduzida pela presença física e disponibilidade dos serviços, mas sim pela relação funcional formulada

entre as resistências colocadas pelos próprios serviços e o poder de utilização que se forma através das experiências, percepções e valores da clientela atendida.

CAMPOS (1994) considera que as noções de hierarquização e regionalização dos serviços e das práticas de saúde, adotados mecanicamente, têm negligenciado as necessidades expressas pela demanda por atenção e impedido as possibilidades de agir criativo dos profissionais. Não vendo razão para abandoná-los, dada sua capacidade de favorecer um planejamento mais racional dos sistemas públicos, propõe a relativização de sua potência. Dever-se-ia, então, segundo o autor, acatar as noções de "vínculo de acolhida" e de "responsabilização da equipe" como diretrizes do modelo assistencial. A acolhida deveria expressar tanto a abertura do serviço para a demanda quanto sua vocação para responsabilizar-se por todos os problemas de saúde de uma região. Isso colocaria tanto o acesso de novos e velhos pacientes ao atendimento quanto a plasticidade do modelo frente aos problemas de saúde encontrados, como duas dimensões essenciais para que se avalie o coeficiente de acolhida de um serviço.

O acolhimento, na prática, é traduzido por uma relação humanizada, construída a partir da efetivação de um *vínculo* entre trabalhador e usuário, que serve à construção da autonomia do usuário, como discute MEHRY (1991). Isso é possível quando, sentindo-se responsável pela vida e

morte do paciente, a equipe e seus trabalhadores integram-se à comunidade em seu território e em vários espaços do serviço, tornando-se referência para o usuário.

As dimensões acesso, responsabilização e vínculo, assim concebidas, ou seja, inter-relacionadas, fizeram-se presentes na análise dos modelos.

*c) Organização do processo de trabalho e papel dos trabalhadores*

Pode-se dizer que a produção intelectual brasileira sobre processos de trabalho em saúde foi bastante influenciada pelos trabalhos de DONNANGELO (1975, 1979), que, partindo de referencial marxista, vê o funcionamento dos serviços de saúde sob a determinação do Estado e da infraestrutura econômica e política. Dessa perspectiva derivaram outros trabalhos, sendo os de GONÇALVES (1979, 1992) importante referência sobre o tema. Na análise de processos de trabalho, vários conceitos estão implicados: trabalho, tecnologia, produção, necessidade, valor, entre outros. Outras questões surgem implicadas nas mudanças de processos de trabalho relacionadas às alterações do padrão de organização do capitalismo e colocam o tema em campo bastante abrangente. Neste estudo, cujo objeto não é,

especificamente, o processo de trabalho em reabilitação, esses aspectos tiveram importância relativa. Estudou-se o modo como os diferentes modelos organizam um conjunto de processos de trabalho vinculados entre si e orientados a certa produção. Os arranjos criados para sua concretização prática, como o trabalho em equipe, a incorporação de voluntários, programações específicas voltadas a determinada clientela, bem como outras variantes do cardápio tecnológico encontrado, foram abordadas em sua relação com a orientação mais global adotada no processo de trabalho.

Os componentes do processo, ferramentas, meios de produção, interessaram particularmente. Os instrumentos tecnológicos só ganham existência concreta no processo de trabalho enquanto expressam relações estabelecidas entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham. Pensar a tecnologia restrita ao conjunto de meios técnicos de produção é adotar uma concepção fetichizada, que não raro se observa no pensamento contemporâneo. Assim pensa GONÇALVES (1994), que também considera que a adequação dessas relações não se dá por referência à capacidade produtiva ou à eficácia útil dos instrumentos, "(...) *mas com respeito às relações sociais de produção, organizados conforme as quais os homens modificam a natureza e a história*" (GONÇALVES, 1994, p. 16).

Discutir a tecnologia em saúde, também para MEHRY (1994), não significa discutir equipamentos, aparelhos, instrumentos ou o

moderno, o novo, mas sim o proceder eficaz de determinados saberes e suas finalidades, pois são estes que a conformam.

A relação entre a tecnologia, o trabalho morto e o trabalho vivo implicam na análise da autonomia do trabalhador no processo de trabalho em saúde, ou ainda, do poder desse trabalhador para interferir criativamente no processo de trabalho e, nesse aspecto, aparece mais claramente a divergência entre Merhy e Gonçalves. Merhy, já tendo afirmado o papel dos médicos sanitários na conformação dos modelos tecno-assistenciais (MERHY, 1992) em sua expressão cotidiana, parte para a pesquisa e incorporação de novos referenciais analíticos a esse tema, com a intenção de abordar a micropolítica do processo de trabalho e o espaço de autonomia do trabalhador (MERHY, 1997). Sobre o que escreveu Gonçalves, afirma:

*“(...) Revela-se um predomínio do aprisionamento do processo de trabalho em saúde a uma lógica instituída e dada estruturalmente, especialmente quando toma os saberes tecnológicos constituídos, como a presença instituinte e determinante da totalidade histórico-social, na micropolítica do trabalho” (MERHY, 1997, p.108).*

De outra forma, propõe que o trabalho vivo pode ser fonte de novos procederes. O trabalho vivo não estaria, assim, totalmente instituído pelo trabalho morto, no qual se encontra a dimensão tecnológica, embora não possa dele se libertar totalmente. Partindo-se do questionamento do sentido do trabalho morto, pode-se chegar à reinvenção da lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, comandando-o.

Desta perspectiva, buscou-se apreender dos modelos assistenciais em reabilitação seus elementos instituintes, ou seja, aqueles que estão em processo, produzindo, em contraposição ao que está dado, instituído, como refere MEHRY (1997) emprestando os termos de Guatarri.

Buscou-se, além disso, apreender dos diferentes modelos assistenciais de reabilitação os componentes do processo de trabalho que funcionam como ferramentas ou meios de produção. Embora o conceito de tecnologia não seja aqui operado da perspectiva que o reduz a equipamentos e aparelhos, ou aos meios técnicos de produção, buscou-se elucidar esses elementos, a fim de entendê-los na sua relação com os saberes e intenções que constituem os diferentes modelos. Instrumentos utilizados como recursos diagnósticos e terapêuticos, normas e estrutura de organização, sempre que possível, foram identificados e articulados, na análise, ao conjunto das relações sociais implicadas na produção do modelo.

#### *d) Participação do sujeito/comunidade*

O tema da participação popular, ou comunitária, está presente nos serviços públicos e nas discussões em torno das reformas institucionais da saúde desde a década de 60. LUZ (1991), entretanto,

identifica que, a partir de meados da década de 80, o movimento social ligado à saúde reivindica uma participação popular diferente daquela herdada do discurso desenvolvimentista e populista. Propõe, então, medidas a serem tomadas pelo Estado para garantir a democratização de decisões em vários níveis: planejamento, gestão, execução e avaliação. Defendida pelo Movimento Sanitário, espera-se que através da representação em instâncias deliberativas de acompanhamento e controle da política de saúde, a participação da sociedade gere compromissos e responsabilidades. A relação dialógica entre os diversos atores – usuários organizados, prestadores de serviço e governo – contribuiria, também, para o aperfeiçoamento da democracia.

Da década de 80 até hoje, várias instâncias surgiram apoiadas nessas idéias, que ganharam força política e jurídica a partir da Constituição de 88. Da avaliação dessas experiências, novas questões foram sendo colocadas, no sentido de se aprimorar a constituição de sujeitos coletivos, ou seja, de coletividades cujos membros elaboram, expressam e defendem livremente seus interesses em diferentes níveis da organização e implementação do Sistema de Saúde.

Neste estudo, averiguou-se como os modelos tratam a questão da participação social, tomando-a como um dos mecanismos que poderia induzir transformações das relações de dominação historicamente encontradas no campo da assistência às pessoas com deficiência.

*d) Abordagens sobre a questão da resolutividade*

Os problemas acerca dos métodos de medição e avaliação da reabilitação têm sido alvo de preocupações já há algum tempo. Contudo, o tema parece permanecer aberto a polêmicas que podem ser consideradas primárias. Poucos países desenvolvem estudos ou práticas sistemáticas de avaliação dos serviços de reabilitação. Na América Latina é assunto muito pouco conhecido. Há países, contudo, como o Canadá, que realizam um notável esforço no sentido de criar e aplicar métodos para estruturar diferentes níveis de avaliação da reabilitação, cuja descrição realizada por BOULANGER; PEZZI (1993) demonstra. O modelo canadense engloba uma avaliação institucional, da qualidade dos cuidados médicos específicos e da pesquisa que é realizada na área, entre outros aspectos.

Porém, desde 1962, quando Kelman e Willner demonstraram que era possível fazer diferentes interpretações sobre os resultados do tratamento de reabilitação de uma mesma população dependendo do método de análise escolhido, pairam questões não solucionadas no campo (SCHLAEPFER-PEDRAZZINI; INFANTE-CASTAÑEDA, 1990). O estudo comparou três métodos, todos baseados apenas em ganhos e perdas funcionais.

Segundo SCHLAEPFER-PEDRAZZINI; INFANTE-

CASTAÑEDA (1990), medir saúde relaciona-se com a avaliação da atenção à saúde e, por isso, faz referência ao modelo hegemônico de produção de serviços. No caso das enfermidades crônico-degenerativas, afirmam os autores, as variáveis de medição associam-se à definição funcional de saúde. O objetivo da atenção médica nesse campo não tem sido atacar as causas subjacentes da enfermidade, mas sim diminuir a dor, a doença e a incapacidade. Assim, medidas relevantes têm incluído variáveis sobre o uso dos serviços, sobre a incapacidade e alguma medida de duração (anos de vida com incapacidade, por exemplo). Pode-se dizer que essas afirmações servem para a reabilitação de uma forma geral, mesmo que os problemas tratados não sejam exclusivamente de natureza crônico-degenerativa, mas traumática ou outra.

Para a avaliação da atenção têm-se utilizado medidas de estrutura e de processo dos serviços de saúde como variáveis próximas de resultados. Já o interesse por indicadores de incapacidade funcional, segundo as autoras citadas, surgiu da necessidade de desenvolver medidas mais sensíveis para acompanhar as conseqüências da invalidez. A evolução destes indicadores ocorreu paralelamente ao desenvolvimento do conceito de incapacidade, que, com o tempo, desmembrou-se em duas dimensões: funcional e social. Para as autoras, essas duas dimensões pretendem ser

articuladas através do que se convencionou chamar de *atividades instrumentais da vida diária*, que sucedeu ao conceito de *atividades da vida diária*, cuja abrangência estava delimitada por funções biológicas primárias, como as relacionadas com o asseio pessoal, a locomoção e a alimentação. Já as atividades instrumentais de vida diária cobrem, além destas, atividades como ir às compras e administrar as contas domésticas. É principalmente nessa direção, ou seja, de incorporar novas atividades implicadas no cotidiano dos sujeitos, que se observam alterações surgidas entre o "Perfil de Pulses", "Índice Katz", as "Escalas de Lawton" e outros indicadores de incapacidades que têm se sucedido no tempo.

SCHLAEPFER-PEDRAZZINI; INFANTE-CASTAÑEDA (1990), além de criticar o fato de que medidas de atividades de vida diária, bem como de atividades instrumentais da vida diária, carecem de fundamentação teórica sólida, lembram que a revisão realizada por Ware et al. em 1980, abrangendo 12 escalas desse gênero, concluiu que seus autores não justificam seus esquemas de agregação, não se realizam análises sobre a precisão de seus instrumentos e há poucos estudos sobre sua confiabilidade e validade.

É importante observar que há, orientando a elaboração de escalas ou outros esquemas de avaliação de resultados da reabilitação um conceito central: a *independência* do sujeito sob ação terapêutica. Pode-se dizer que, na literatura da área, tanto o conceito de independência quanto o de

autonomia - utilizados em muitos momentos na literatura brasileira como sinônimos, mas profundamente diferenciados na americana - fazem referência exclusivamente às habilidades funcionais avaliadas do ponto de vista do desempenho do sujeito.

De outra perspectiva, optamos por adotar as considerações da Reabilitação Psicossocial, que embora tendo sua atuação voltada à área de saúde mental, elabora criticamente as práticas usuais de reabilitação, nas quais propõe-se o percurso da "desabilidade" à habilidade, tal como ocorre na reabilitação para pessoas com incapacidades motoras. Para SARACENO (1999), deve-se substituir o modelo da autonomia, entendida como a capacidade do indivíduo para atuar vitoriosamente na batalha da vida, por um que objetive a constituição de redes relacionais múltiplas, onde a meta não é a autonomia, mas a participação. Nessa perspectiva, não se trata de fazer os frágeis deixarem de serem frágeis para poder estar em cena com os mais fortes, mas de mudar as regras da cena de forma que nela se encontrem fortes e frágeis em troca permanente de competências e interesses, como propõe SARACENO (1999). Para isso há que se criar uma "rede de negociações", cujo tecido é a criação e multiplicação de oportunidades de trocas materiais e afetivas daquele que, mais frágil, deve entrar nesse mercado. Entende-se que o mercado, ou seja, o lugar físico e social das trocas de mercadorias, precede e determina em uma comunidade a possibilidade das

relações entre seus membros. Assim, SARACENO (1999), define três campos sobre os quais a reabilitação deveria construir o aumento da *capacidade contratual* dos sujeitos: a casa, ou ainda, o habitat, a rede social e o trabalho.

Partindo do princípio de que a reabilitação deve atuar sobre a necessidade de habitar (e não simplesmente ter uma casa), entende que neste campo estão situadas as experiências concretas de reaquisição-reapreensão do uso dos lugares, de orientação na distribuição do tempo segundo linhas não-institucionais, de capacidade no uso de objetos e oportunidades da vida cotidiana e também a possibilidade de revisitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades.

Trabalhar a rede social, para SARACENO (1999), significa inventar lugares onde a troca ou a participação na troca seja possível. A "desabilidade", para ele, é um empobrecimento quantitativo e qualitativo da rede social, dos espaços para se concretizar a troca de identidades. Isso ocorre a partir da primeira rede social disponível que é a família. Assim, a rede social alargada não deve ser compreendida como um âmbito distinto da familiar, visto suas profundas inter-relações. O envolvimento dos familiares, como protagonistas da reabilitação é considerada essencial.

O trabalho adquire, na perspectiva psicossocial, papel extremamente relevante. No entanto, há que distinguí-lo dos sentidos que usualmente são atribuídos a ele nas propostas de reabilitação: o de norma e de

contenção. Não se trata, pois, do trabalho alienado transformado em “terapia”, mas trabalho como base concreta de comunicação, em que se estabelecem práticas de negociação e troca. Assim, como aponta SARACENO (1995), a pré-condição para que se desenvolva é uma inversão, em relação aos modelos de reabilitação no qual o objetivo é o trabalho: trabalho e paga não são o ponto de chegada, mas o ponto de partida.

Essas elaborações contribuíram neste estudo no sentido de ancorar nossa necessidade de refletir sobre a reabilitação de uma perspectiva ampliada, ou ainda, não restrita à incapacidade como objeto da ação terapêutica. A resolutividade da reabilitação, assim, pode ser discutida tomando-se a necessidade de articular diferentes aspectos implicados na complexidade da condição experimentada pelos sujeitos com deficiência.

## **CAPÍTULO 2**

### **RAZÃO CIENTÍFICA, NORMA E INSTITUIÇÃO: EXAMINANDO O MODELO HEGEMÔNICO**

#### ***1. Segregação, caridade e medicina científica: alguns condicionantes históricos e a gênese da instituição médica de reabilitação***

Através do advento do cristianismo, pessoas com deficiência passaram a ser abordadas enquanto objeto de caridade, ao lado de pobres e doentes. Em sua especificidade, as relações que se estabeleciam com as pessoas com deficiência, principalmente as de aquisição congênita, partiam predominantemente da idéia de que essa condição era ocasionada por castigo de Deus ou por algum outro tipo de manifestação sagrada. Os deficientes podiam, em alguns casos, serem considerados portadores de

qualidades sobrenaturais cujo teor colocavam-nos em posições sociais até mesmo privilegiadas, compartilhando ambientes com a nobreza. Na maior parte das vezes, porém, as deficiências conduziam os afetados à mendicância, ao circo de bufões e aos hospitais da igreja (DE LA BELLACASA, 1990).

Conforme mostrou FOUCAULT (1982), esses hospitais, nessa época, não eram uma instituição médica, um instrumento terapêutico. Não eram concebidos para curar, mas para dar assistência aos pobres que estavam morrendo, sendo esta limitada aos últimos cuidados e último sacramento. Além de tratar do salvamento de almas - tanto a dos pobres quanto a do próprio pessoal hospitalar que, leigo ou religioso, ali estava para fazer caridade - promoviam a exclusão daqueles encarados como possíveis propagadores de doenças, categoria na qual muitos deficientes eram incluídos.

Considerados incapazes para a produção e troca de valores sociais, os deficientes não segregados sobreviviam junto aos mendigos, da mesma maneira encontrada por estes. Quando sucumbiam a doenças ou ao agravamento das incapacidades eram recolhidos aos hospitais, onde deveriam morrer todos os pobres.

Conforme DE LA BELLACASA (1990), salvo raras exceções os deficientes eram marcados por dupla marginalização - a orgânico-funcional e a social - o que os colocava no espaço social delimitado para os pobres e atípicos. Na realidade, porém, a dependência e impossibilidade de

autodeterminar-se era compartilhada com a maioria dos súditos. A marginalização social, econômica e política que até hoje se verifica em relação aos deficientes só ocorrerá à medida em que parcelas dos súditos ascenderão, no processo histórico, à condição de cidadãos, trabalhadores, consumidores, sujeitos de direitos, enquanto os deficientes permanecerão fixos no lugar da dependência, da subordinação.

O processo de identificação e classificação dos doentes que ocorreu no século XVIII, segundo FOUCAULT (1982), converteu-se em obstáculo à entrada indiscriminada de toda espécie de marginalizado e necessitado de abrigo nos hospitais, alterando sua caracterização. Para DE LA BELLACASA (1990), coincidentemente ao processo de distinção entre o asilo e o hospital, os deficientes tornam-se objeto de estudo psico-médico-pedagógico, reconhecendo-se, implicitamente, na pessoa não apta para a produção e construção de uma sociedade competitiva e eliminatória, a sua utilidade social: colaborar passivamente com o progresso da ciência.

No início do século XIX, várias instituições são criadas exclusivamente para deficientes físicos e tratamento ortopédico, tanto na Europa - principalmente nas nações do norte - quanto nos Estados Unidos (DE AGÜERRO, 1956). Nelas, os deficientes tornam-se objetos híbridos da caridade e da ciência. Essas instituições conservavam características custodiais, ao mesmo tempo em que se estruturavam sob a alegação de

produzirem a normalização corporal através de métodos de correção que a razão científica vinha buscando legitimar.

Certamente, esse empreendimento restituidor da normalidade não se dava como nas instituições iminentemente médicas e pedagógicas do período, que, do ponto de vista da relação com a construção do capitalismo, respondiam mais positivamente aos interesses da sociedade industrial com a recuperação da força de trabalho enferma e o adestramento corporal para incremento da produção. Ainda assim, nessa época disseminaram-se por quase todas as grandes cidades da Europa os hospitais especializados em "lesados", já contando, inclusive, com atividades desportivas e outros elementos que, julgava-se, seriam complementares e concorrentes para o sucesso da ortopedia. Em 1822, na Alemanha, surge a primeira instituição que proclamava não atender apenas às necessidades diárias de abrigo e alimentação de sua clientela, seu cuidado médico e o tratamento de suas limitações, mas a sua *reeducação*, "(...)para facilitarles su desenvolvimiento económico" (DE AGÜERRO, 1956, p.26). O termo reabilitação passou a ser empregado somente depois de 1889, quando, nos Estados Unidos, foi pela primeira vez utilizado pelo Cleveland Rehabilitation Center.

## **2) O corpo deficiente como objeto de intervenção da reabilitação: a conjunção entre razão científica e ação pedagógica**

A razão reabilitadora se articula no processo sócio-histórico que institui o corpo deficiente como objeto de saber e intervenção. Ao nos determos sobre ele, podemos elucidar alguns princípios que regem práticas atuais.

LUZ (1988), ao estudar a construção social da racionalidade moderna como razão científica, remete sua constituição à fase avançada do Renascimento, ou seja, ao século XV e afirma que a racionalidade moderna deve ser vista como o avanço histórico de uma forma específica de racionalismo. Um racionalismo de origem renascentista que é filosófico mas também social, que "*(...) funciona como estrutura epistemológica de explicação e ordenação dos seres e do mundo, e como princípio moral das relações entre os homens e as coisas, e dos homens entre si*" (LUZ, 1988, p.29).

Pode-se dizer que o Renascimento, como uma época de transformações sociais e de ruptura de visão-organização do mundo, inaugurou um humanismo racionalista que gradativamente atingiu a relação da sociedade com as pessoas deficientes.

A nova visão sobre a relação homem-natureza, isto é, a concepção da existência objetiva e independente da natureza face ao mundo humano, ao lado da dessacralização da vida humana (LUZ, 1988), também incidirão nas interpretações sobre o fenômeno das deficiências. Essa dessacralização, que no século XVII e XVIII atinge a vida humana através da dissecação dos cadáveres e gradativamente entrega o corpo à ordem da racionalidade médica, produz uma dimensão explicativa que, buscando dissociar do corpo deficiente a vontade de Deus, o transforma em objeto de intervenção e de estudo no século XIX, quando também aparecem as primeiras instituições tecnicamente especializadas para deficientes físicos.

Isso será possível graças à fragmentação do sujeito de conhecimento - em razão, paixões, sentidos e vontade - e que é, para LUZ (1988), a ruptura mais significativa da racionalidade moderna do ponto de vista do sujeito. Essa ruptura, que em grande parte se afirma na idade clássica, cria condições históricas para tornar o sujeito coisa passível de intervenção, de transformação, em objeto da ciência - esta agora instância socialmente exclusiva da produção de verdades, da razão.

LUZ (1988) refere também que através do Mecanicismo predominante a partir do século XVII e durante a primeira metade do século XVIII, formar-se-á um amálgama de filosofia natural - compreendendo a cosmologia - experimentação e sistemas de enunciados e proposições sobre

aspectos específicos do objeto "natureza", do qual terão origem as disciplinas científicas modernas. A natureza ou matéria não é mais unitária, mas redutível a seus elementos simples. À fragmentação do objeto corresponde a pulverização dos discursos científicos. É a afirmação da ciência como forma socialmente privilegiada e institucionalmente legitimada de produção de verdades, ou ainda, "como a produtora do conhecimento sobre a natureza em seus inúmeros aspectos, em suas incontáveis peças" (grifos da autora) (LUZ, 1988, p.35).

Desenvolvendo a hipótese da existência de uma certa continuidade epistemológica entre teorias e conceitos de cientistas e filósofos da modernidade clássica a respeito do mundo e da matéria e o imaginário dos séculos anteriores, LUZ (1988) estabelece uma relação entre o racionalismo mecanicista - que representa essas categorias como máquinas ou engenhos passíveis de decomposição e exposição de suas leis através da atividade da razão e da experiência - e a atividade de produção de maquinismos dos séculos anteriores:

*"Foram as construções de engenhos e automatismos pelos homens medievais que deram origem às imagens e metáforas mecânicas dos renascentistas, que, por sua vez, estão na origem das concepções filosóficas mecanicistas do século XVII e das teorias científicas dos séculos XVIII e parte do XIX" (LUZ, 1988, p.33).*

O desenvolvimento e diversificação do aparelhamento corretor sobre o que é percebido como deformação física parece sintetizar essa lógica, formando uma imagem bastante emblemática da extensão dessa

racionalidade na medicina. Embora exista referência ao uso de instrumentos corretivos na prática hipocrática, sua ampliação e consagração no século XVII procedem da formulação mecanicista:

*"O arsenal terapêutico expande-se bruscamente com engenhos que, apesar de suas concepções rudes e primitivas, visam endireitar. Foi preciso banalizar o espaço corporal e generalizar o mecanicismo para que tais proposições pudessem surgir. Nesse caso, as rodas, as lâminas, as alavancas que corrigem, são percebidas como de natureza idêntica às próprias partes corrigidas. Causalidades tornadas homogêneas trocam suas eficiências. Vetores geometrizados exercem suas pressões sobre morfologias passivamente articuladas. Uma vez reduzidas aos princípios da física, as anatomias acolhem sem grandes diferenças um cortejo variado de montagens retificadoras. (VIGARELLO, 1995, p. 22/25).*

Para VIGARELLO (1995) é também a partir desse momento que espartilhos e aparelhos de sustentação adquirem função pedagógica, à medida que a nova mecânica que pretende eliminar a deformação arroga-se o poder de preveni-la. O uso dos espartilhos como precaução às deformidades era quase obrigatório aos jovens nobres e burgueses durante grande parte do século XVIII. Os aparelhos, dirigindo-se à aparência e à circunscrição parcial da motricidade, revelam táticas de modelagem do corpo que não significam apenas o registro das soluções e dos limites científicos e tecnológicos de cada época. Seu sentido inscreve-se no campo das representações do corpo, composto por uma história mais ampla, afirma o autor.

De fato, tomar o corpo como objeto histórico pode definir um campo privilegiado para refletir sobre as técnicas e intervenções que para

ele convergem, como é o caso da reabilitação. Neste trabalho, porém, apenas articulam-se algumas interpretações já elaboradas nesse campo de estudo, no sentido de que, ainda que brevemente, revele-se, na origem da razão reabilitadora, a importância central do conceito de corpo.

Para FOUCAULT (1983), durante a época clássica ocorre a descoberta do corpo como objeto e alvo de poder: um corpo que se pode manipular, modelar, treinar. Um corpo que pode ser transformado da condição de inapto à de corrigido, aperfeiçoado. Corpo que obedecendo, torna-se hábil e forte, à medida que é analisado:

*"O grande livro do Homem-máquina foi escrito simultaneamente em dois registros: no anátomo-metafísico, cujas primeiras páginas haviam sido escritas por Descartes e que os médicos, os filósofos continuaram; o outro, técnico-político, constituído por um conjunto de regulamentos militares, escolares, hospitalares e por processos empíricos e refletidos para controlar ou corrigir as operações do corpo. Dois registros bem distintos, pois tratava-se ora de submissão e utilização, ora de funcionamento e de explicação: corpo útil, corpo inteligível. E entretanto, de um ao outro, pontos de cruzamento"* (FOUCAULT, 1983, p.126).

Para a obediência e compreensão do corpo, as disciplinas tornam-se essenciais. São métodos que no decorrer dos séculos XVII e XVIII, passaram a permitir o controle minucioso das operações do corpo, realizando uma constante sujeição de suas forças e impondo-lhes uma relação de docilidade-utilidade. Definem um certo modo de investimento político sobre o corpo, que atua sobre os detalhes: *"(...) uma anatomia política do detalhe"* (FOUCAULT, 1983, p.128.). São esquemas de docilidade que não se

confundem com a escravidão, a domesticidade ou as disciplinas do tipo monástico que têm as renúncias como alvo, mas definem-se por uma arte do corpo humano que não visa apenas o aumento de suas habilidades, nem somente sua sujeição, mas torná-lo tão mais útil quanto obediente e vice-versa. Nesse sentido, o domínio sobre o corpo do outro não serve apenas para que faça o que se quer, mas para que opere como se quer, refere FOUCAULT (1983).

Sendo o corpo em qualquer sociedade objeto de limitações, proibições ou obrigações, a novidade que se instala no período dá-se principalmente no tocante à escala do controle - o cuidado detalhado sobre movimentos, gestos, atitudes - e o objeto: *"(...) não mais os elementos significativos do comportamento ou a linguagem do corpo, mas a economia, a eficácia dos movimentos, sua organização interna(...)"*. Também inova na modalidade, visto que incide como coerção ininterrupta mais sobre os processos da atividade do que sobre o seu resultado, realizada de acordo com uma codificação que *"esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço, os movimentos"* (FOUCAULT, 1983, p.126).

Da disciplina procede a distribuição dos indivíduos no espaço, respondendo não apenas à necessidade de vigiar, mas à de criar um espaço útil, funcional, inclusive do ponto de vista médico. Os espaços são, *"(...) ao mesmo tempo, arquiteturais, funcionais e hierárquicos"*, permitindo à

disciplina organizar, impor uma ordem à multidão inútil ou perigosa (FOUCAULT, 1983, p.135). A organização do múltiplo, a classificação e o enquadramento, servem tanto ao poder quanto ao processo de saber. As disciplinas, que, para FOUCAULT (1983), respondem, entre outros, ao objetivo de controlar e manipular com menor custo certos grupos que se tornaram mais extensos devido à explosão demográfica do século XVIII, devem ser entendidas como técnicas para assegurar a ordenação das multiplicidades humanas.

Delas também deriva a fixação de uma melhor relação entre o gesto e o corpo tomado em sua atitude global, e do corpo em relação ao objeto que manipula. Visando eficácia com rapidez, ou seja, a melhor utilização do tempo, a disciplina fixa uma ordem de relação entre os elementos do corpo e os elementos do objeto manipulado, estabelecendo prescrições coercitivas que, como lei de construção da operação, faz-se presente tanto nos quartéis quanto nas escolas. Indica-se, por exemplo, que o objeto deve ser primeiramente apoiado com a mão esquerda tocando-o em determinada parte, para que só na seqüência seja trazido com a mão direita junto à outra determinada parte do corpo e assim por diante.

As disciplinas são também aparelhos para adicionar e capitalizar o tempo de indivíduos singulares. O tempo evolutivo, pontuado de momentos integrados e orientados para um estado terminal e estável, é

revelado pelos procedimentos disciplinares. Ele é constituído por estágios ou elementos que, tão simples quanto possível e finalizados por uma prova, estabelecem uma seqüência de complexidade.

O exercício é um procedimento central dessa seriação do tempo. Bem antes de tomar a forma estritamente disciplinar, ele servia à produção de aptidões individualizadas e coletivamente úteis nas práticas místicas. De origem religiosa, portanto, guarda algumas características ao introduzir-se no exército e nas escolas impondo ao corpo tarefas graduadas, de complexidade crescente, que, dirigindo o comportamento, procede a uma qualificação: coloca o indivíduo em relação a um percurso ou em relação a outro indivíduo. O poder disciplinar não é um poder que retira, que se apropria, mas que adestra. Amarra as forças para multiplicá-las e utilizá-las. Produz saber.

O hospital com fins terapêuticos, que para FOUCAULT (1982) data do final do século XVIII, é fruto de uma reordenação ocorrida a partir de mecanismos disciplinares. Como já afirmamos, FOUCAULT (1982) considera que as séries médica e hospitalar, até o início do século XVIII, caminhavam em paralelo. No hospital, não havia medicina, mas um misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, onde misturavam-se loucos, doentes, pobres, prostitutas; e a medicina é uma prática não hospitalar.

É a introdução do esquadramento disciplinar que, ao lado das transformações do saber e da prática médicas, possibilitará a medicalização do hospital no século XVIII. Dessa forma, por um lado se verifica a disciplinarização do espaço, que introduz a classificação e distribuição dos doentes de tal forma que sua individualização permita vigilância e registros constantes e, por outro, o deslocamento da intervenção médica da doença propriamente dita para o meio que a circunda - ar, temperatura, água - gerado pela compreensão da doença como fenômeno natural que decorre da ação do meio sobre o indivíduo. Ajuste, portanto, entre dois processos.

Os primeiros hospitais a serem reformados são os hospitais marítimos e militares. Para solucionar suas desordens - as doenças que podiam suscitar e espalhar na cidade em que estavam situados, mas principalmente o tráfico de mercadorias e outros produtos preciosos trazidos das colônias e que ocorria no interior dos hospitais- surgem os regulamentos que visam não tanto tornar o hospital um instrumento de cura, mas impedir que seja foco de desordem, econômica ou médica. FOUCAULT (1982) cita os lazaretos de Marseille e La Rochelle como exemplos de programação de um hospital perfeito dessa perspectiva. Além disso, o hospital militar, tanto quanto o marítimo, representava um problema importante, visto que com o surgimento do fuzil no final do século XVII o exército tornou-se uma unidade composta por peças cujas habilidades individuais deveriam se combinar de forma

tecnicamente eficiente, o que aumentava, então, o preço de um soldado. Perder por deserção ou doença alguém que havia sido custosamente adestrado para o manejo do fuzil era algo que deveria ser evitado.

A ortopedia, não ainda com esse nome, mas como uma modalidade médica voltada às mutilações e problemas nos ossos, tendo estado sempre bastante próxima dos traumatismos decorrentes das batalhas, ganhou impulso nesse período, adentrando os hospitais. Na segunda metade do século XVII, assistiu-se à construção de grandes locais para alojamento e tratamento dos feridos e inviabilizados para o serviço militar, dos quais são exemplos o Hôtel des Invalides na França e o Hospital Real de Chelsea na Inglaterra (SILVA, 1986). Ainda que nesse período não possam ser qualificados como instituições reabilitadoras, que só mais tarde aparecerão, podemos supor que a prática médica nesses locais, durante o século XVIII, implicará a construção de saberes que irão compor o campo da reabilitação. FOUCAULT (1983) mostra que durante o período clássico a formação de saber e majoração de poder reforçam-se mutuamente, circularmente, num processo que leva as disciplinas a atravessar o limiar tecnológico. O hospital, as escolas, a oficina, não são simplesmente colocados em ordem pelas disciplinas:

*"(...)tornaram-se, graças a elas, aparelhos tais que qualquer mecanismo de objetivação pode valer neles como instrumento de sujeição, e qualquer crescimento de poder dá neles lugar a conhecimentos possíveis; foi a partir desse laço, próprio dos sistemas tecnológicos, que se puderam formar no elemento disciplinar a medicina clínica, a psiquiatria, a psicologia da criança, a*

*psicopedagogia, a racionalização do trabalho. Duplo processo portanto: arrancada epistemológica a partir de um afinamento das relações de poder; multiplicação dos efeitos de poder graças à formação e à acumulação de novos conhecimentos" (FOUCAULT, 1983, p.196).*

E nesse duplo processo o exame tem importância central.

FOUCAULT (1983) coloca a organização do hospital enquanto *aparelho de examinar* como uma das condições essenciais para a liberação epistemológica da medicina no fim do século XVIII. A observação regular e extensa do doente, que até então não ocorria, permitirá tanto que o médico ascenda na hierarquia interna, quanto que o hospital se torne um local de formação e aperfeiçoamento científico. O exame, ao invés de emitir os sinais do poder, como se fazia através das aparições do soberano, sutilha-o, pois o que deve ser visto, realçado, observado, é quem está sob sua ação e não quem o exercita. Através dele o doente ganha individualidade, submetido aos métodos de identificação e de descrição. A individualidade entra no campo documentário, do qual o hospital é um grande laboratório. O exame faz de cada indivíduo um caso que pode ser distribuído numa população, descritível e classificável: *"(...) o indivíduo tal como pode ser descrito, mensurado, medido, comparado a outros, (...) que tem que ser treinado, ou retreinado, que tem que ser classificado, normalizado, excluído, etc."* (FOUCAULT, 1983, p.170). Para FOUCAULT (1983), à medida que o poder fica cada vez mais anônimo e funcional, mais ocorre a tendência a se individualizar aqueles submetidos a ele, o que serve ao aprimoramento do controle. Essa individualização ocorre

por comparação à norma, pela anotação dos desvios: o poder da norma aparece através das disciplinas.

Já em 1741, Nicholas Andry utiliza a palavra "ortopedia" para designar a *"arte de prevenir e de melhorar nas crianças as deformidades do corpo"* e em 1790 Jean André Venel funda em Orbe, na Suíça, a primeira clínica especializada em atendimento ortopédico (DE AGÜERRO, 1956).

VIGARELLO (1995) aponta que nas considerações de Nicolas Andry verifica-se nítida e freqüente mistura de conselhos pedagógicos e terapêuticos, o que reforça a idéia de que as técnicas de modelagem do corpo oferecem à pedagogia um embasamento arqueológico, ou ainda, ultrapassam a técnica e entram no campo da cultura. O aparelho corretor que imobiliza, nesse sentido, é a mediação e o símbolo do sonho de uma dominação sem reserva. Assim, não apenas merece atenção o que o torna possível, mas também as críticas, os desgastes que suportou e as alternativas que se apresentaram.

A partir dessa perspectiva e apoiado nas elaborações de Foucault, VIGARELLO (1995) identifica que na segunda metade do século XVIII, no campo terapêutico, passa-se a desejar o trabalho, ao invés da imobilidade. Desvios de origem exclusivamente muscular são discriminados, ganham lugar específico e possibilidades inéditas de cura. Não mais o corpo sofrendo uma pressão aparelhada, mas exercendo sua força sobre os

engenhos especificamente criados com essa finalidade. Para VIGARELLO (1995):

*"(...) Quando os ortopedistas do fim do século XVIII e do início do século XIX multiplicaram manivelas e polias que serviam de resistências sobre as quais os membros eram compelidos a agir, e quando os dispuseram como direções dentro das quais os exercícios corretivos eram orientados, eles colocaram indiretamente em evidência uma nova concepção do próprio trabalho corporal"* (VIGARELLO, 1995, p.29).

Tanto a modelação da anatomia quanto os jogos extravagantes propostos pelos higienistas no século XVIII dão lugar a exercícios meticulosos e metódicos, sem nenhuma relação com a gestualidade cotidiana, que se utilizam de bastões, pesos e outros sistemas de suspensões e apoios considerados capazes tanto de promover quanto de guiar as forças. A mecânica agora é aplicada ao espaço. A modelagem do corpo que negligencia o fortalecimento muscular, que não serve mais do que à demonstração de um vigor futuro é criticada, desvalorizada. Importa não mais a exibição da postura e das boas maneiras do nobre, o corpo que serve à representação de uma distinção, mas sim um corpo robusto, cujos poderes auto-corretivos foram exercitados, *"(...) como se a burguesia tivesse que assinalar sua originalidade numa higiene dos comportamentos, mais do que numa teatralização das aparências"* (VIGARELLO, 1995, p.34).

A valorização das potencialidades do corpo e o distanciamento dos aparelhos corretivos poderiam aparentemente significar um ganho de autonomia, à medida em que o comportamento que participa do

processo corretor torna-se mais complexo, envolvendo a participação própria do sujeito. VIGARELLO (1995), entretanto, alerta para o fato de que ambos, a imposição direta do poder sobre o corpo e o distanciamento que permite uma melhor solicitação das forças contidas no sujeito, implicam um trabalho sobre o domínio de si. Domínio que no primeiro caso é ditado sem rodeios pela situação e, no segundo, aprendido pelo próprio sujeito a exercer sobre si mesmo. Para VIGARELLO (1995), é a partir de então que alimenta-se uma construção mais elaborada das autonomias:

*"(...) um poder crescerá unicamente se der lugar àquilo que, mesmo de maneira ínfima não for outra coisa que contra-poder. Com essa imagem despojada de um comportamento maquínico que se inverte, um princípio fundamental é decifrado: o crescimento incontornável e simultâneo das coações e das liberdades num sistema relacional que, para melhor se estender, deve primeiro "complicar" as respostas esperadas" (VIGARELLO, 1995, p.36).*

Baseando-se nas considerações de VIGARELLO (1995) sobre as relações originais entre a ortopedia e a imposição de normas - sustentadas em uma pedagogia calcada na utilidade e docilidade do corpo - pode-se dizer que o século 20 mostrará uma gradativa e consistente integração das práticas médicas e pedagógicas na construção da reabilitação, impulsionada principalmente pelo advento das duas grandes guerras.

Mas importa lembrar, também, que no século XVIII havia nascido um projeto de sociedade igualitária e homogênea sustentado no declínio da religiosidade da vida e no desaparecimento da sociedade baseada no *status*, afirmando os valores individuais. "O século XVIII inaugura a época

*das relações entre a liberdade, a virtude e a razão, tidas como harmoniosas e tranqüilas*”, embora muitos acontecimentos mostrem o contrário, assinala VIEIRA (1992, p.51). As chamadas políticas sociais tomam forma nesse período e, com o surgimento dos movimentos populares do século XIX, configuram-se como estratégias governamentais de intervenção nas relações sociais consideradas iníquas.

A reabilitação, nesse sentido, alude ao ideário que fundamentou o edifício das políticas sociais que emergiram na Europa nos séculos XVIII e XIX. Tanto que tem suas origens principalmente nos países nórdicos e na Inglaterra, nos quais constituíram-se rápida e abrangentemente as políticas sociais. Nesses países, a complementação da reabilitação através de aspectos legais que juridicamente estruturaram a igualdade, bem como a concessão de garantias econômicas para a auto-manutenção, permitiram aos deficientes alcançar, principalmente, bons níveis de acesso a serviços e bens de consumo.

Em verdade, na maior parte da Europa e América do Norte, dado o desenvolvimento da industrialização e da urbanização que ocorre no período, verificam-se transformações no Estado liberal que geram novas relações entre os segmentos sociais. Registram-se formulações advindas do Estado que estabeleceram mecanismos, mesmo que limitados, de constituição, manutenção e reprodução da força de trabalho essencialmente

ligada à industrialização, mas que, por sua configuração universalizante, atingiram de variadas formas as pessoas deficientes. Dessa forma, parece também ter tido fundamental importância para o advento das práticas reabilitadoras a noção de igualdade - valor fundante da modernidade - que, rearticulada como regra de sociabilidade e princípio de civilidade nos modelos de Welfare desenvolvidos principalmente no pós-guerra, possibilitou que em alguns países tenha se consolidado e ampliado o campo dos direitos, tanto sociais quanto civis e políticos dos deficientes.

### ***3) O Centro de Reabilitação: alojamento conjunto de saberes e práticas fragmentadas***

Para DE LA BELLACASA (1990), será apenas a partir do século XX que se poderá referir à reabilitação enquanto paradigma do tratamento ao deficiente. Às formas de abordar a questão das deficiências situadas antes das duas grandes guerras mundiais, De La Bellacasa atribui a aplicação do paradigma que denominou "tradicional" e chama a atenção para o fato de não estar tratando de modelos que sucedem no tempo, mas que, ao contrário, superpõem-se. No modelo tradicional, conforme o autor, há uma linha de atitudes que percorre a transformação da pessoa deficiente de objeto

a eliminar, visto como expressão do mal ou manifestação do sagrado, a objeto de caridade e, posteriormente, sob influência do racionalismo e das idéias liberais, a sujeito de proteção e tutela.

O paradigma da reabilitação, para DE LA BELLACASA (1990) surge como superação lógica do modelo tradicional e, consolidando-se principalmente a partir da 2ª Guerra Mundial, "*(...) saca las consecuencias de la ideologia industrialista y neopositivista y del enfoque del "minusválido" como objeto de estudio, dentro de la dialéctica útil-inútil, apto - no apto*" (DE LA BELLACASA, 1990, p.39). É um paradigma médico-industrial, com uma tecnologia terapêutica e recuperacionista, que, para ele, em alguns matizes e formas de atuar convertem o sujeito em objeto, produzindo dependências.

O evidente incremento, consolidação e legitimação da reabilitação no contexto das duas guerras mundiais deixa entrever sua relação com a recuperação da força de trabalho exigida para a realização da economia capitalista. A necessidade do aumento de produção industrial associada a um operariado desfalcado pelas convocações militares exigiu tanto a colocação do lesado em condições de produzir, quanto o aproveitamento da força daqueles que até então vinham sendo considerados incapacitados para o trabalho. As leis de proteção à saúde conquistadas pelos trabalhadores nesse período também são essenciais para a expansão da reabilitação e o surgimento da reabilitação profissional, dirigida aos acidentados de trabalho. SOARES (1987),

trabalhando com as idéias mencionadas, aponta também o fato de que, condicionada à necessidade de investimento em parcelas do exército industrial de reserva, a reabilitação não instituiu definitivamente a integração do deficiente ao mercado de trabalho. Nos anos 30, nos países de capitalismo central, foram adotadas medidas restritivas ao ingresso dos deficientes na indústria, sendo somente por ocasião da 2ª Guerra que esse quadro novamente se altera. De acordo com LOPES (1999), a ênfase recuperada pela reabilitação após a depressão de 1929 e sua conseqüente retração econômica, ocorre pelas mesmas razões geradas pela primeira guerra mundial, ou seja, a necessidade de incorporação de mão-de-obra. Mas os serviços de reabilitação, como saldo das experiências anteriores ganham uma organização muito superior àquela dos anos 20. Isso contribuiu, ao lado do processo de subespecialização do trabalho verificado também na área médica, o surgimento e/ou consolidação de diversas profissões, como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e orientação profissional.

É a partir da 2ª Guerra que também começam a surgir algumas definições para a reabilitação. Em 1950 o Colégio Americano de Cirurgiões, por exemplo, afirma:

*"La rehabilitación es una inversión monetaria hecha con valores humanos, cuyos dividendos no sólo se miden en autorrespeto, valor y dignidad de individuo, sino que suponen ganancias para toda la sociedad"* (CAVIEDES, 1970, p.407).

A esta definição, evidentemente pouco técnica, muitas se seguiram. Organização Internacional do Trabalho, Sociedade para o Bem-Estar dos Lesados, Organização Mundial de Saúde e outros autores, freqüentemente médicos, definiram, com pequenos nuances diferenciadores, a reabilitação como a restauração do corpo deficiente ao máximo das suas possibilidades físicas, mentais, sociais, vocacionais e econômicas. Mantiveram, porém, ainda que de forma complementar à definição, considerações sobre os ganhos sociais, morais e econômicos resultantes da transformação de um indivíduo que sai de uma situação de dependência para alcançar a produtividade.

Dessa forma de pensar o problema das deficiências e incapacidades, pode-se dizer que a instituição "Centro de Reabilitação" ergueu-se como o símbolo principal. Através dela consagrou-se o modelo médico-científico de abordagem das deficiências e a conseqüente especificidade científica e tecnológica da reabilitação. Tendo tomado a deficiência essencialmente em sua manifestação bio-patológica e construído sua reversibilidade, desenvolveu noções e valores acerca do tema que ganharam legitimidade social. A reabilitação praticada através dos Centros de Reabilitação, parece-nos, propagou idéias sobre a possibilidade da pessoa com deficiência ser útil socialmente, ao mesmo tempo em que condicionou essa utilidade ao adestramento promovido pela instituição. A realização de atividades socialmente relevantes, bem como a satisfação pessoal da pessoa

com deficiência, é considerada possível desde que dirigida pela ação técnica, que opera técnica e ideologicamente na intermediação da interação pessoa com deficiência - meio. O Centro de Reabilitação, nesse sentido, colocou-se no lugar de defensor do que considerou ser os interesses das pessoas com deficiência, tomando a tutela desse grupo sob argumentos de ordem técnica que gradativamente foram sendo mais legitimados. Eram palavras de RUSK (1964), um dos mais respeitados autores em reabilitação, no início dos anos 60:

*"Até recentes anos, a grande maioria dos profissionais viam a reabilitação como uma atividade extracurricular da medicina, identificada como trabalho social e treino vocacional, mas que estava pouco relacionado e trazia poucas implicações para a medicina. Hoje, entretanto, que essa tendência está sendo revertida, apesar de haver ainda muitos médicos que não estão familiarizados com os objetivos e procedimentos da reabilitação, a medicina está começando a reconhecer que a atenção médica não pode ser considerada completa até que um paciente com uma incapacidade física residual tenha sido treinado para viver e trabalhar com o que lhe restou. Exceto em poucas condições isoladas, a pessoa com deficiência pode e deve ser treinada a andar e viajar, a cuidar de suas próprias necessidades diárias, a usar os meios normais de transporte, a usar regularmente os toilets, a colocar e remover seus dispositivos protéticos e a se comunicar oralmente ou através da escrita. Estas são coisas simples, nas quais eles são freqüentemente supervisionados, mas o sucesso pessoal, vocacional e social da pessoa com deficiência depende delas" (RUSK, 1964, p.20).*

Definidos a partir do paradigma médico-biológico, os procedimentos da reabilitação foram assentados na racionalidade do binômio causa-efeito, doença-cura. Nessa linha, a abordagem reabilitadora adotou como eixo central a alteração ou correção do processo bio-patológico,

colocando em planos subordinados o que considerou consequência deste. Os problemas de ordem psicológica ou social, quase sempre citados, são colocados na cadeia de causalidade como efeitos deletérios das limitações funcionais, sejam elas físicas, psíquicas, relacionais ou cognitivas. Ou ainda, como mostram as palavras de LOURENÇO et al. (1995), são problemas tratados na medida em que relacionam-se à funcionalidade:

*(...) será fundamental a avaliação precisa da funcionalidade deste paciente, ou seja, quais atividades consegue realizar e o modo como as realiza. Quais são as capacidades remanescentes? Qual o grau de dependência? Qual o impacto causado pela instalação da deficiência? Através desta avaliação estarão delimitadas as reais capacidades e limitações. Em alguns casos observamos que, embora o paciente reúna condições para o desempenho de certa atividade, deixa de fazê-lo, sob justificativas variadas. Esta atitude pode estar ligada à dificuldade vivenciada na aceitação de sua incapacidade e suas limitações. (...) A depressão é outro fator que deve ser avaliado e a análise das funções corticais superiores pode ser útil para o entendimento da discrepância entre incapacidade e funcionalidade" (LOURENÇO et al., 1995, p.444).*

O corpo, entendido como origem do problema, converteu-se no principal objeto de análise e treino, mesmo ao tratar-se de problemas considerados pertencentes ao campo das relações sociais, como os de trabalho, por exemplo. A pessoa com deficiência, dessa perspectiva, deve ser treinada para desenvolver ou melhorar habilidades físicas, como tolerância a movimentos e posturas exigidas na realização de determinadas tarefas profissionais, como requisitos prévios à sua integração ao mundo do trabalho. Adaptação, portanto, do sujeito com deficiência às condições da realidade.

Reconhece-se, entretanto, como se viu, a importância do componente emocional nesse processo. Analisado e abordado predominantemente enquanto comportamento (NALLIN, 1992), é tratado igualmente enquanto elemento redutível e modelável. A necessidade de oferecer estímulos ao paciente, bem como de alcançar melhores níveis de auto-estima, passa a ser referida ao objetivo de manter o interesse, motivação e colaboração do paciente em relação ao treino. Este envolve a realização de ações que representam os menores segmentos possíveis implicados na realização de uma ação dotada de sentido (mas que, sendo apenas um fragmento mínimo perde a conexão com o sentido original), são graduadas em complexidade, repetitivas e, freqüentemente, levam à exaustão. Mas, se o paciente recebe alta antes que seja reabilitado completamente, afirmam LIANZA; FONSECA (1995), "*(...)retornará a sua casa não apenas como um deficiente, mas já como um "incapacitado", um inválido familiar, social, psicológica, cultural e profissionalmente"* (LIANZA; FONSECA, 1995, p.3).

Nessa forma de delimitar objetos e ação terapêutica – a que vários autores já definiram como reducionista e mecanicista - pressupõe-se que o processo integral de reabilitação ocorra através da somatória de várias tecnologias, cujo domínio da aplicação passou, como já se mencionou, a pertencer a diferentes categorias profissionais. Dessa perspectiva, para produzir-se a reabilitação é necessário o trabalho de uma equipe

multiprofissional, na qual cada profissional age sobre um aspecto específico do problema. São citados como profissionais essenciais à equipe de reabilitação, além do médico, os fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Conselheiros vocacionais integravam as equipes na origem da implantação da reabilitação enquanto serviço médico especializado (RUSK, 1964; KRUSEN, 1971; GUTMANN, 1975). Autores mais atuais vêem necessidade de contar-se com nutricionistas, pedagogos e técnicos desportivos entre os integrantes da equipe (LOURENÇO et al., 1995).

A crescente especialização da medicina impeliu o delineamento mais rigoroso entre as diferentes profissões e, em alguns casos, novas delimitações internas às categorias profissionais, caracterizando sub-áreas de atuação ainda mais específicas. No decorrer do tempo, de cada membro da equipe de reabilitação foi sendo exigida maior especificidade, principalmente nos locais onde constituíram-se equipes diferenciadas para processos patológicos específicos, como os decorrentes de trauma medular, doenças crônico-degenerativas ou paralisia cerebral.

Foi também no pós-guerra que entrou em cena o médico fisiatra. Até então, ortopedistas e neurologistas eram os médicos especialistas que realizavam a reabilitação. LIANZA; FONSECA (1995, p.2) consideram que *"o médico da pessoa portadora de deficiência é o fisiatra"*, que diferencia-se

das demais especialidades por seu objeto de estudo e intervenção. Enquanto a ortopedia toma por categoria analítica central a deficiência como um desvio anatômico, a fisioterapia declara operar com a funcionalidade, ampliando seu objeto e suas técnicas. A criação da fisioterapia enquanto especialidade médica envolveu a incorporação do nome que designava o processo de transformação do sujeito com deficiência - a reabilitação. Estabelecida pela American Board of Medical Specialities nos anos 40, a especialidade foi nomeada como "medicina física e reabilitação" (DE LISA et al., 1995)<sup>2</sup>.

Autores mais recentes, possivelmente sob influência das críticas à ultra-especialização da reabilitação, elaboradas principalmente nas últimas duas décadas, conforme abordaremos à frente, têm buscado situar a fisioterapia em relação à saúde, definida de forma menos redutiva ao fenômeno patológico. Para LIANZA; FONSECA (1995), por exemplo, a fisioterapia não é uma área de especialização que se detém sobre um aparelho, sistema, ou faixa etária, mas sim sobre uma parcela da população, o que a responsabiliza pelo restabelecimento da saúde *"no sentido pleno de seu significado"* (LIANZA; FONSECA, 1995, p.2). Os autores afirmam:

*"(...) a Fisioterapia (...) não visa avaliar o grau de invalidez do indivíduo, mas seu potencial de capacidade, buscando reintegrá-lo social e profissionalmente, utilizando para isso não apenas meios clínicos e farmacológicos, mas também recursos físicos, ocupacionais,*

---

<sup>2</sup> Segundo BATTISTELLA (1994), citando Kottke, a especialidade originou-se na década de 20. Mas foi durante os anos 30, quando atraiu um número maior de médicos em torno do estudo das bases biológicas dos agentes físicos, que constituiu-se enquanto uma nova abordagem.

*cinesiológicos e ergométricos, além de técnicas fonoaudiológicas e psicológicas como terapia" (LIANZA; FONSECA, 1995, p.1).*

Nessa afirmação, que presumivelmente objetiva mostrar a larga abrangência da fisioterapia, estão contidas também informações que importam à reflexão sobre a dinâmica das equipes e ao papel dos trabalhadores nos Centros de Reabilitação. Em concordância com DE LISA (1995), os autores mantêm concepções elaboradas por médicos pioneiros da área, como RUSK (1964) e KRUSEN et al. (1971), autores cujas idéias foram amplamente difundidas com o apoio da Rockefeller Foudation<sup>3</sup> e influenciaram fortemente a formação dos profissionais brasileiros. Para estes, embora a reabilitação requeira a colaboração de muitos profissionais de saúde, o fisiatra é responsável pela prescrição e supervisão do programa de reabilitação, bem como pela avaliação da eficácia terapêutica do que consideram ser os vários *métodos de tratamento* e a verificação dos objetivos funcionais alcançados, "(...) porque o objetivo da atenção do médico é o todo e não cada uma de suas partes" (LIANZA; FONSECA, 1995, p.3). Alegam, ainda, que o fisiatra, além de dominar os conceitos da Medicina Geral, é o médico que possui conhecimentos especializados, entre outros, em:

*"(..)prescrição de aparelhos especiais, tais como talas, órteses, próteses e cadeiras de rodas, (..) recursos das especialidades*

---

<sup>3</sup> KRUSEN (1971) relata que nos anos 50 a Rockefeller Foundation apoiou a formação do *American Rehabilitation Foundation Medical Committe*, com o objetivo de fomentar a prática, ensino e pesquisa em reabilitação nas escolas médicas americanas. O manual elaborado sob sua liderança, divulgado na década de 60 em sua primeira edição foi, segundo o autor, gerado a partir de necessidade detectada por esse grupo, que reunia professores de diversas escolas médicas.

*clínicas e/ou cirúrgicas correlatas que possam ser aplicados na reabilitação do incapacitado, (...) sociologia, psicologia e laborterapia voltados à invalidez, (...) coordenação do trabalho multidisciplinar da equipe de reabilitação” (LIANZA; FONSECA, 1995, p.1).*

As afirmações precedentes, a nosso ver, estabelecem posições subalternas de outros técnicos da equipe em relação ao fisiatra, à medida em que este, concentrando saberes e poderes sobre o conjunto das práticas profissionais - identificadas que estão com as ações cujos conhecimentos os autores referem - julga-se o elaborador e avaliador de um processo que envolve a atuação de uma equipe de trabalhadores. Parece que aos técnicos, na visão dos autores, cabe apenas a execução daquilo que pelos fisiatras é planejado.

Embora essas idéias possam ser menos ou mais adotadas nas diferentes instituições, e que, quando aplicadas rigorosamente possam ser até mesmo alvo de ações judiciais, de acordo com as definições jurídicas que no momento vigorem em relação ao exercício profissional das diferentes categorias profissionais implicadas, importa o fato que revelam a centralidade da ação médica na reabilitação. Aos profissionais não-médicos cabe um baixo grau de autonomia sobre suas próprias ações - prescritas e avaliadas pelo médico. Pode-se notar que, no campo assistencial, essas características são tão mais fortemente observadas quanto mais cientificamente embasada proclama-se a instituição onde ocorrem, o que parece corresponder à sua necessidade de afirmação no meio acadêmico.

Nestas instituições é freqüente observar-se um alto grau de competitividade entre os profissionais da equipe, que buscam maiores níveis de identificação ao saber e poder médicos.

A crescente incorporação de equipamentos de alta tecnologia nos processos diagnósticos e terapêuticos, nos diferentes campos profissionais que atuam na reabilitação, parece responder, em parte, por essa necessidade dos membros da equipe. A utilização de aparelhos microeletrônicos, por exemplo, bem como de dispositivos desenvolvidos com novos materiais, como fibra de carbono, ressalta a implicação de conhecimentos de domínio restrito nas práticas profissionais, além de estabelecer congruência entre as ações médicas e não-médicas, à medida em que as colocam compartilhando um mesmo processo.

Embora a tecnologia possa, realmente, trazer melhorias para as pessoas que dela se utilizam, equipamentos denominados de tecnologia de reabilitação e tecnologia assistiva<sup>4</sup>, que possibilitam o detalhamento da avaliação ou da intervenção sobre o funcionamento de órgãos e estruturas comprometidas, costumam ser superestimados em relação à promoção de melhoria na qualidade de vida das pessoas com deficiência. A

---

<sup>4</sup> Tecnologia "assistiva" é termo utilizado para definir o dispositivo cuja adaptação à pessoa com deficiência serve para melhorar seu desempenho funcional, como por exemplo uma cadeira de rodas ou uma unidade de controle ambiental. A tecnologia de reabilitação é aquela empregada no processo de reabilitação para que se alcancem melhores níveis de desempenho funcional, como um eletromiógrafo ou equipamentos de hidroterapia (COOK, A.M. & HUSSEY, S.M., 1995).

referência adotada para caracterizar esses benefícios, mesmo por autores europeus, é a realidade americana (COZENS, J.A.; CHAMBERLAIN, M.A., 1995). Omite-se, porém, que nesse país a utilização de uma "prótese inteligente", por exemplo, integra-se de forma razoavelmente harmoniosa a outros elementos do campo social e que esta combinação é que gera resultados importantes e prolongados na vida do sujeito.

Sob um discurso ideologizado, no qual não se distinguem as especificidades de sua aplicação - quais problemas podem elucidar ou resolver - nem tampouco o que condiciona as dificuldades de acesso a ela, a tecnologia tornou-se na reabilitação, como em outros setores da saúde, mitificada. Frequentemente, observa-se que a qualidade de um serviço de reabilitação, bem como a capacidade técnica da equipe, são associadas ao volume de equipamentos e dispositivos tecnológicos empregados, deixando em segundo plano questões como a quem e a que objetivos têm servido.

Previsivelmente, o baixo grau de autonomia dos profissionais não médicos com respeito a sua prática direta junto ao paciente estende-se também para os níveis de planejamento e gestão institucional dos Centros de Reabilitação. As posições assumidas nessas dimensões são designadas pelo médico fisiatra, que via de regra é o diretor ou chefe da unidade de reabilitação. Como observa-se nessas organizações hierarquia bastante estruturada, o número de cargos de médio escalão que envolvem

aspectos administrativos é geralmente alto, sendo as ações das pessoas que os ocupam, porém, freqüentemente reduzidas à execução de determinações superiores.

Considerando a apresentação de KRUSEN (1971), a organização do trabalho nos Centros de Reabilitação parece não ter sido alterada fundamentalmente, no que diz respeito ao trabalho da equipe técnica:

*"No moderno departamento de medicina física e reabilitação, quando uma pessoa com deficiência é admitida, ela é primeiro avaliada por cada membro da equipe a fim de determinar suas habilidades físicas, mentais, sociais e vocacionais. A equipe assume uma abordagem dinâmica e relaciona-se não tanto com os aspectos negativos das incapacidades do paciente mas com os aspectos positivos de suas habilidades remanescentes. Quando a avaliação foi realizada pelos diferentes membros da equipe, eles reúnem-se em conferência grupal para elaborar um amplo programa para assistir ao paciente a desenvolver o máximo de suas habilidades remanescentes"* (KRUSEN, 1971, p.5).

Até os dias atuais, as equipes de reabilitação costumam organizar-se da forma descrita pelo autor. É comum que nos Centros de Reabilitação os primeiros contatos interpessoais da pessoa com deficiência ocorram em situações de avaliação, quando os diferentes profissionais, seguindo critérios definidos, averiguam se o sujeito é ou não elegível como paciente da instituição e/ou buscam conhecer mais sobre o caso, como indicam LOURENÇO et al. (1995). Dando seqüência ao processo de trabalho, os profissionais reúnem-se para discutirem o caso - ou, melhor dizendo, para levarem ao conhecimento coletivo quais foram suas impressões. Como nas instituições vigoram regras bastante definidas quanto aos tipos de problemas a

serem abordados e a forma como isso deverá ocorrer - o que tem sido denominado de *programa* - a discussão da equipe fica, geralmente, circunscrita aos ajustes de conduta entre os profissionais, bem como à definição da rotina do paciente na instituição, que implica no estabelecimento de horários e da frequência dos atendimentos.

O caso do paciente pode vir à discussão em reunião de equipe em situações não previstas, como quando se considera não estar havendo evolução ou haver um comportamento inadequado do paciente, já que o desligamento do programa é uma hipótese prevista para essas situações, exigindo, para que ocorra, acordos na equipe.

A alta do paciente também é acordada em equipe, visto que, na maior parte das instituições, o paciente é, preferencialmente, desvinculado de todas as modalidades de atenção de forma concomitante.

Nas diferentes instituições de reabilitação, retornos posteriores à alta do processo mais específico de reabilitação são definidos de forma pouco variada. Em algumas o paciente poderá ser agendado para retorno apenas com o médico, enquanto em outras nenhum contato futuro ficará agendado.

Associado ao fato de que encaminhamentos para seguimento em unidades de menor complexidade também não ocorrem regularmente, pode-se dizer que, no Brasil, a prática de seguimento posterior à

reabilitação é quase inexistente. Comparativamente a outros países, dos quais a literatura científica evidencia o grande interesse por evitar a reincidência de processos patológicos ou incapacitantes e/ou o seu agravamento e conseqüente reingresso nos serviços de saúde, nota-se que, em nosso país, dessa prática pouco se reconhece a relevância.

Para as pessoas com deficiência a gravidade desse fato revela-se ao depararem-se com a inflexibilidade dos Centros de Reabilitação para absorvê-las novamente, já que freqüentemente apresentam demandas mais específicas, para os quais a instituição não está organizada para responder isoladamente da programação geral. Outras unidades do sistema de saúde, por sua vez, considerando-se despreparadas para atender a pessoa com deficiência, mesmo quando o problema de saúde apresentado não é especificamente relacionado à deficiência, freqüentemente recusam-na. Não raro o resultado desse ciclo é o agravamento do quadro clínico ou de incapacidades, que exigirão respostas muito mais complexas do sistema de saúde.

A falta de um acompanhamento sistemático do paciente pela equipe gera conseqüências, também, no que tange ao reconhecimento da resolutividade das ações realizadas. Na reabilitação, como refere COZENS J.A.; CHAMBERLAIN, M.A. (1995) ao discutir sua eficácia, o impacto das

técnicas pode ser visto mais claramente seguindo-se intervalos de readmissão para terapias de atualização.

A rigidez dos programas de reabilitação nas instituições foi discutido por NALLIN (1992) e por ALMEIDA (1993). Em ambos os estudos, considera-se que o estabelecimento de programas, ou ainda, de procedimentos padrão, como parte inflexível da organização do processo de trabalho institucional, não permite que se defina a ação técnica em razão das necessidades do paciente, estando estas deduzidas previamente a partir do que se conhece sobre o curso do processo patológico. O sujeito, nesse caso, não é identificado por suas características, mas por sua patologia, que determina sua trajetória assistencial na instituição. Não há espaços para se ouvir o paciente ou conhecer suas necessidades, mas apenas para avaliar os aspectos previamente definidos como sendo de responsabilidade da instituição e para os quais esta programou suas ações. Nesse sentido, criar soluções é quase impraticável, à medida em que, do paciente só se visualizam os problemas definidos antes de sua chegada, que são aqueles cujas supostas soluções já se encontram estruturadas, do ponto de vista da organização do trabalho.

Sob o argumento da relação custo-benefício, verifica-se entre os Centros de Reabilitação que um bom prognóstico da incapacidade é, ao lado do diagnóstico funcional, o fator preponderante na definição da

elegibilidade dos pacientes (ALMEIDA, 1993). Além destes, outros critérios de elegibilidade são estabelecidos para regular a entrada dos sujeitos considerados, entre tantos à espera, como aqueles que se encontram em melhores condições de se beneficiar do conjunto representado pela programação institucional. Os sujeitos que devem acessar a instituição são aqueles que apresentam condições tais como meio de transporte regular e acompanhamento de um membro da família nos períodos de sua permanência na instituição, além de apresentar determinado perfil de motivação (LOURENÇO et al., 1995).

Vigora nos Centros de Reabilitação, como mostra NALLIN (1992), a representação de um paciente ideal, condicionando relações da equipe com o sujeito com deficiência. Para ingressar no programa requer-se o sujeito que atingiu uma certa prontidão para a reabilitação - no jargão da área "aceitou" a deficiência - e, para nele permanecer: o sujeito "adequado". O sujeito "adequado", em outras palavras, é aquele que não questiona e adapta-se prontamente aos regulamentos institucionais, trazendo à equipe a confortável sensação de que estes realmente servem ao bom atendimento dos pacientes, mais do que à manutenção da ordem institucional. Além disso, o sujeito deve apresentar-se dotado de "força de vontade", o que frequentemente é associado ao fato de o paciente seguir com afincos as orientações da equipe e não exatamente à sua motivação pela vida.

O sujeito que acessa a instituição, portanto, é aquele que entre tantos deficientes apresenta-se, a princípio, aos olhos dos profissionais que atuam na triagem, por um lado com melhores condições de permanecer no processo proposto pela instituição e, por outro, apresenta, inequivocamente, potencial de recuperação funcional.

Frente à seletividade tão rigorosa, argumentada em função do melhor aproveitamento das possibilidades da instituição, é pouco provável que a identificação de necessidades ocorra de forma abrangente. Apesar das indicações exaustivamente repetidas por vários autores da área sobre a conveniência de tratar-se o paciente como um todo, esse "todo" parece ser definido sempre pela instituição e não pela realidade ou problema do paciente. É dessa perspectiva que se verifica a coerência da afirmação de LOURENÇO et al. (1995), para os quais "(...) *identificar necessidades [do paciente] significa estudá-lo de forma ampla*", não havendo referência para "escutá-lo".

NALLIN (1992), investigando as relações de poder que envolvem o sujeito em processo de reabilitação, revelou o fato de que neste não há lugar para a fala do paciente, principalmente se ela diz respeito ao saber que detém sobre si. Seu corpo não é mais seu e sua condição é a de assujeitado. Da mesma forma, ROCHA (1991) mostra que nessas instituições o processo de reabilitação é definido de forma independente do que deseja a

pessoa com deficiência, o que gera insatisfações, abandono e baixa resolutividade.

MARCONDES (1994), escrevendo na condição de paciente de um dos mais conceituados centros de reabilitação brasileiro, mostra não apenas a ausência de participação do usuário nas decisões que envolvem a organização da instituição e sua trajetória nela, mas a insistente desqualificação realizada sobre o sujeito e o saber que tem sobre si mesmo. Normas e hierarquias mantêm o sujeito em situação de profunda impotência. Segundo o relato do autor, além de despojar-se de todos os seus objetos pessoais, o sujeito tem que despojar-se de sua história, do que já vivenciou na condição de deficiente. Tudo deve começar do zero, para quem é introduzido no programa. O autor foi mais um, entre tantos, que abandonou o tratamento antes de receber a alta da instituição. Suas expectativas positivas, mostra, foram integralmente destruídas.

A participação do paciente, contudo, é freqüentemente lembrada pelos autores da reabilitação, que insistem na necessidade de "colaboração" do paciente para os bons resultados do trabalho (RUSK, 1964; KRUSEN et al., 1971; LIANZA; FONSECA, 1995; LOURENÇO et al., 1995). Como já se discutiu, essa colaboração significa, na prática, o afinco do paciente na realização do que é solicitado pelos técnicos.

A participação da família no processo de reabilitação também é lembrada e requerida nesses termos. O acompanhante do paciente em processo de reabilitação deve ser aquele que recebe as orientações que serão fornecidas durante seu desenvolvimento e auxilia a equipe técnica no sentido de garantir que as orientações sejam realmente seguidas - e de forma adequada - nos ambientes extra-institucionais (LOURENÇO et al., 1995).

#### ***4) A Reabilitação no Brasil: Estado e sociedade civil na conformação do modo de produção***

Segundo SOARES (1987) as primeiras instituições brasileiras especializadas no atendimento de pessoas deficientes foram criadas na metade do século passado. A primeira delas, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos (atual Instituto Benjamin Constant), foi fundada no Rio de Janeiro em 1854, com recursos da coroa brasileira. Quanto aos deficientes físicos, essas instituições aparecem apenas na década de 40 deste século.

Por iniciativas da sociedade civil, a partir dessa década foram criadas algumas instituições filantrópicas e privadas, em sua maioria destinadas às crianças deficientes, sob influência das idéias divulgadas pela Sociedade Internacional para a Criança Deficiente, atualmente Rehabilitation

International, criada sob o patrocínio do Rotary Internacional. A primeira delas foi o Lar-Escola São Francisco, sediada em São Paulo em 1943 e até os dias atuais em funcionamento. A esta seguiram a Associação de Amigos da Criança Defeituosa em São Paulo (1950), a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação no Rio de Janeiro (1954) e o Instituto Baiano de Reabilitação (1958), entre outras (SOARES, 1987).

Também na década de 40, o Estado Brasileiro passa a legislar sobre a assistência ao incapacitado por acidente de trabalho, fundamentalmente a partir dos decretos-lei que, entre 1943 e 1945, afirmaram a possibilidade de sua recuperação para a vida produtiva e lançaram aos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, as estruturas previdenciárias da época, a responsabilidade pela criação de serviços com esse fim<sup>5</sup>.

OLIVEIRA; TEIXEIRA (1985), ao tratarem da história da Previdência Social no Brasil, esclarecem alguns condicionantes desse fato. Apontam que o modelo de Previdência Social, no período de 30 a 45, era nitidamente restritivo e preocupado com a acumulação de reservas financeiras. Tendo sido estabelecido inicialmente em função da crise econômica do pós-30, o modelo mantém-se e intensifica-se não mais por ela, mas pela posterior

---

<sup>5</sup> A Lei Eloy Chaves, decreto 4.682 de 24/01/1923, havia estabelecido as bases de funcionamento das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) organizadas por empresas em determinados setores da economia. Suas atribuições eram a concessão de benefícios pecuniários e a prestação de serviços médicos e farmacêuticos a seus filiados e dependentes. Entre 1933 e 1938 foram absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados, então, por categorias profissionais e com a participação de representante do Estado.

descoberta, realizada pelo Estado, do potencial da Previdência enquanto instituição financeira, visto que em torno de 1933/34 a economia já havia recuperado seu ritmo normal.

Através de alguns mecanismos - como a retenção da contribuição estatal devida à Previdência, o repasse que esta fazia de suas reservas ao Estado através da compra de papéis públicos, e importante diminuição de gastos por segurado - o governo Vargas havia conseguido produzir uma acumulação financeira que dotou o Estado de poder para orientar os recursos arrecadados dessa forma para áreas consideradas estratégicas, ou seja, principalmente para seu projeto de apoio à industrialização:

*"A canalização das reservas da Previdência "para investimentos da preferência do governo" foi um processo que efetivamente se desenvolveu em larga escala. Uma sucessão de decretos produzidos no período passou, ora a impor às instituições da Previdência Social, ora a "autorizá-las", a investir suas reservas em áreas definidas como estratégicas pelo Estado" (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p.142).*

Por outro lado, desde o início de seu governo, Vargas procurava ampliar suas bases de apoio entre os trabalhadores urbanos, dado que a coalizão entre setores da oligarquia agrária e jovens militares das classes médias urbanas, que promoveu a Revolução de 30, mostrava-se extremamente instável. Procurava obter ganhos políticos de um processo que já havia se iniciado antes de 1930 - a abertura do Estado às reivindicações populares sob pressão das lutas da classe trabalhadora em âmbito nacional e

internacional - difundindo sua pretensa sensibilidade à "questão social", na qual incluía a previdência e a assistência social.

Dessa forma, se de um lado são desenvolvidas medidas contencionistas no sistema previdenciário, por outro são introduzidas medidas de caráter formal, aparentemente opostas a estas, que sustentam a imagem do governo como aquele que, além de conceder instituições previdenciárias, arca com significativa parte dos custos.

Pode-se dizer, portanto, que a introdução da idéia de "reabilitação profissional" no sistema previdenciário, tendo ocorrido especialmente no período que antecede a crise que culminou com a deposição de Vargas em outubro de 45, se insere no conjunto de ações que representam uma tentativa de mobilizar forças que, como Vargas previa, seriam necessárias para atuar em sua defesa.

Mas trata-se, como também discute SOARES (1987), de um fato largamente influenciado pelo clima internacional de recolocação da questão previdenciária, cujo conteúdo adentra o cenário nacional com o fim do Estado Novo e a denominada redemocratização do país no pós-45. Nas duas décadas que se seguem, a dominação de classes na sociedade brasileira passa a ocorrer através de outros mecanismos, que permitem a incorporação pelo Estado das reivindicações populares, ainda que apenas em certa medida,

incluindo-se os segurados e suas pressões por ampliação dos planos de benefícios e serviços.

As discussões em torno das teses da "Seguridade Social" que estão se dando nos países capitalistas centrais no período pós-guerra invadem os países periféricos através dos canais de difusão mundial, como o Bureau Internacional do Trabalho (transformado mais tarde em Organização Internacional do Trabalho), oferecendo o esteio ideológico que sustentará, no pós-45, as atribuições do Estado no campo das denominadas Políticas Sociais. Na concepção de seguridade social, prega-se um compromisso moral do Estado para com toda a população em relação ao seu "bem-estar social", obrigações naturais e inalienáveis, em oposição à concepção liberal, conforme OLIVEIRA; TEIXEIRA (1985). Nesta última, o Estado apenas organiza e estimula as práticas civis, estabelecendo que a pessoa que trabalha garanta, por seus próprios meios, o seu seguro nas situações de infortúnio.

Dessa forma, o período pós-45 é marcado pelo abandono das medidas contencionistas que caracterizavam a Previdência Social do período de 1930-45. Alteram-se concepções que fundamentam o sistema previdenciário, estabelecendo um lugar importante para a assistência médica no seu interior, o que contraria os denominados "intelectuais" do aparelho previdenciário daquele período, que justificavam medidas restritivas defendendo os moldes da Previdência enquanto seguro social, ou seja, "(...)

*um grande sistema de seguros, com lógica de funcionamento idêntica à do seguro comercial privado", no qual não era incluída a prestação de serviços médicos, mas basicamente as aposentadorias e pensões (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p.177).*

Passa-se a defender, então, não apenas a conveniência da prestação de serviços médicos assistenciais, mas também os de recuperação, argumentando-se, inclusive, que a Previdência poderia, através dos mesmos, não apenas diminuir suas despesas com benefícios por doença e invalidez, mas também aumentar a receita, através do retorno mais rápido dos *segurados em benefício à condição de segurados ativos (SOARES, 1987).*

A noção de reabilitação que se introduz no Brasil, portanto, é aquela divulgada pelo Bureau Internacional do Trabalho, contextualizada nas teses da "Seguridade Social". Isso se dá através de reuniões, encontros, congressos e cursos internacionais, entre outros eventos promovidos pela organização, nos quais estavam presentes os novos ideólogos de nossa Previdência. É importante destacar que, embora apenas as pressões internacionais não possam explicar as transformações ocorridas na Previdência Social nesse período "*(...) elas encontravam aqui, à época, um clima interno propício e se tornavam, então, mais um elemento do jogo, trazendo agora legitimidade pretensamente 'técnica' às antigas reivindicações dos segurados*" (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p.179).

SOARES (1987) aponta, porém, que a diretriz distributivista foi colocada em prática apenas por alguns IAPs, dada a relativa autonomia dos institutos e ao fato de que a lógica contencionista já havia permitido financiar tanto projetos governamentais e setores da economia, quanto o clientelismo da direção sindical, através da distribuição de benefícios de acordo com os interesses eleitorais. Assim, no que diz respeito aos serviços de reabilitação, somente o IAPI (dos Industriários) e o IAPC (dos Comerciantes) de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul os criaram, revelando a dicotomia entre o discurso oficial e a realidade concreta. As instituições que realmente ofereciam algum tipo de assistência aos deficientes, inicialmente às crianças e mais tarde também aos adultos, concentravam-se no setor privado de base filantrópica.

Nesse sentido, SOARES (1987) conclui:

*"(...) No Brasil, os programas reabilitacionais introduziram-se, de um lado, pela lógica distributivista das entidades previdenciárias que propunha o amplo oferecimento de serviços de saúde, inclusive reabilitação, visando ao reengajamento do segurado na força de trabalho ativa e o fortalecimento das lideranças populistas e, de outro lado, pela ideologia assistencialista da burguesia, na qual cabia à sociedade civil prover recursos que reduzissem problemas específicos gerados no modo de produção capitalista, na perspectiva idealista de colaboração de classes e da sociedade como um todo harmônico, onde o problema social é desvinculado do sistema econômico" (SOARES, 1987, p.74).*

As décadas de 50 e 60 são referências para a ampliação do número de instituições especializadas, surgidas da iniciativa privada. Nesse período, também, a atuação da Organização Mundial de Saúde – OMS - foi

essencial para que se implantasse aqui a formação de recursos humanos para a área de reabilitação. Esta foi iniciada principalmente através de intercâmbios promovidos pelo "Centro de Demonstração de Técnicas de Reabilitação" instalado em São Paulo, no ano de 1956, pela OMS - o Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), associado ao Instituto de Ortopedia do Hospital das Clínicas - que se encarregou da difusão ideológica daquilo que se praticava nos países desenvolvidos com o nome de "reabilitação"<sup>6</sup>. Pode-se considerar que o INAR foi um importante propagador da idéia de que a atenção às pessoas com deficiência compreende elevado grau de complexidade do ponto de vista técnico e grandes somas do ponto de vista financeiro, o que já vinha sendo postulado pelas instituições especializadas do setor privado (SOARES, 1987). A natureza médico-científica da reabilitação ganha destaque ao associar-se a reabilitação a grandes e respeitados hospitais, o que acontece posteriormente com a criação do Hospital Arapiara, em Belo Horizonte, e a criação de serviços de reabilitação em hospitais como a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e outros hospitais da rede privada.

As análises que abordam esse período mostram que, visto o fato de as teses de "Seguridade Social" jamais terem sido introduzidas no interior do sistema de seguro social brasileiro, o Estado atuava de forma a

---

<sup>6</sup> Em verdade, a relação com os centros difusores de conhecimento já se havia iniciado antes dessa data. Segundo SOARES (1987), desde 1951 o Hospital das Clínicas da USP enviava técnicos aos Estados Unidos para especializarem-se em reabilitação, sendo estes posteriormente lotados na Clínica Ortopédica desse hospital.

apenas conceder aumento no número e valor dos benefícios e serviços da Previdência através de fontes de recursos provisórias, à medida que os trabalhadores, então com maior poder de barganha, exerciam pressão. A crescente elevação da dívida da União com a Previdência, ocorrida nesse período, determinou mudanças no critério de contribuição, que ocorreu sob a evidência da precariedade da assistência médica. O Instituto Nacional de Previdência Social – INPS – foi então criado, em 1966, em processo de fusão dos antigos institutos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Durante a década de 70, a Previdência Social encarregava-se prioritariamente da reabilitação de trabalhadores acidentados, oferecendo serviços através de Centros de Reabilitação Profissional. Ao final dessa década, funcionavam catorze dessas unidades em todo o território nacional (SOARES, 1987).

Após as mudanças que resultaram na criação do INPS, a política previdenciária passou a ser marcada pela exclusão dos setores populares, o que era parte importante do processo mais geral de relacionamento entre Estado e sociedade civil. Isso ocorreu ao lado do aumento da centralização e do privilegiamento do produtor privado, sendo incentivada pelo regime militar a contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Com relação às pessoas com deficiência física, esse processo determinou um aumento instável na oferta de serviços, observável através da contínua ativação/desativação de clínicas, serviços de reabilitação em hospitais e escolas especiais, entre outros de natureza privada que, estabelecendo convênios junto à LBA (Legião Brasileira de Assistência), FUNABEM (Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor) e INPS, passaram a receber recursos públicos para o atendimento dessa clientela mediante a quantidade e grau de complexidade técnica do procedimento envolvido (SOARES, 1987).

Dessa forma, ao final da década de 70, notava-se que enquanto os acidentados de trabalho estavam assistidos, ainda que não sem problemas, por serviços de reabilitação geridos diretamente pelo Estado - os CRPs do INPS - a maior parte das pessoas com deficiência estava excluída da assistência pública, tanto no que diz respeito ao processo específico de reabilitação, quanto em relação ao atendimento de necessidades gerais de saúde, que passaram a ser encaradas como atribuição das instituições especializadas. Predominavam as instituições filantrópicas e privadas, sendo que tanto aquelas que ofereciam atendimento custodial ou as que propunham atenção técnico-especializada, dirigiam-se, principalmente, às crianças.

Tratando-se de países em desenvolvimento, é freqüente encontrarem-se análises que apontam para a omissão histórica dos Estados no

campo da reabilitação, o que teria resultado na transferência para as instituições filantrópicas da responsabilidade pelo atendimento desse segmento populacional (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1992; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 1996).

Contudo, se por um lado, uma análise detalhada da realidade brasileira possivelmente mostraria o predomínio das instituições filantrópicas no campo da atenção às pessoas com deficiência - de forma similar ao que constatou estudo do Fundo Social de Solidariedade em relação ao Estado de São Paulo - deve-se reconhecer que conhece-se pouco sobre a dimensão do papel cumprido pelo Estado na consolidação e manutenção dessa situação (FUNDO SOCIAL DE SOLIDARIEDADE, 1993). O fato de que a política do poder público no Brasil sempre ocorreu no sentido de repassar recursos financeiros para instituições filantrópicas tem sido admitido, atualmente, até mesmo pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1995a). Porém, continua sendo praticamente desconhecida a dimensão em que isso ocorreu e continua a ocorrer na atualidade.

SOARES (1987), tomando o período de 50 a 80, mostrou que a compra dos serviços de reabilitação do setor privado, com ou sem fins lucrativos, predominou ao longo de todo esse período e somou-se aos incentivos estatais oferecidos para a criação dos serviços, como doações de áreas públicas, obtenção de financiamentos para construção e/ou ampliação e

outros incentivos fiscais. O estudo de OLIVER (1990) apontou para uma importante transferência de recursos públicos para essas instituições, ainda na forma de pagamento de serviços, já na década de 90, o que sugere a persistência de um forte e bem estruturado tipo de ação estatal no campo da reabilitação e não sua ausência dele. É questionável, também, que a transferência de recursos venha ocorrendo em função da falta de uma política pública para o setor, como algumas vezes sugere-se. A nosso ver, parece que a relação entre esses fatos é inversa: no campo das disputas políticas, têm vencido os atores ligados ao setor filantrópico, para o qual, em decorrência disso, continuam a ser canalizados os investimentos financeiros do Estado na área de reabilitação.

##### ***5) O Centro de Reabilitação e sua missão, da perspectiva da Medicina Física***

Como vimos, os Centros de Reabilitação no Brasil constituíram-se como "os locais adequados para o atendimento de pessoas com deficiência", já em consonância com o discurso da necessidade de integração social desse grupo. No caso das instituições iminentemente médicas, a reabilitação praticada nelas legitimou-se socialmente como meio

para colocar ou recolocar a pessoa com deficiência em situação de interação com o mundo que a rodeia. Durante vários anos o Centro de Reabilitação foi entendido como único equipamento de atenção à saúde e reabilitação desse grupo.

Da constituição dos primeiros Centros de Reabilitação no Brasil até hoje muita coisa mudou. Os temas trazidos à tona através do movimento pela Reforma Sanitária brasileira, que será mais detalhadamente discutida no próximo capítulo, resultou no reconhecimento da necessidade de que o tratamento das questões pertinentes às deficiências deve envolver várias unidades sanitárias, bem como outros equipamentos sociais que pertencem a outros campos, para além da saúde.

As atribuições dessas diferentes unidades do sistema de saúde, contudo, ainda compõem um campo polêmico e alvo de disputas importantes. Atribuir novas responsabilidades a unidades sanitárias implica na reorganização do modelo assistencial e, conseqüentemente, em diminuição de atribuições, poder e fundos de alguns outros elementos do modo de produção de serviços em vigor.

Embora atualmente seja possível encontrarmos muitos profissionais considerando essencial que se criem sistemas de referência e contra-referência na reabilitação, a idéia de que o Centro de Reabilitação é a instância *"(...) onde se concentram todos os recursos destinados a prevenir e*

*reabilita* pacientes portadores de doenças potencialmente incapacitantes e de deficiências, transitórias ou definitivas” permanece forte, principalmente entre os fisiatras (LOURENÇO et al., 1995, p.437). Afirmações desse tipo, entretanto, mesclam-se a considerações sobre a importância das ações preventivas em diferentes unidades de saúde e outras que sugerem um certo grau de adesão a princípios defendidos pela Reforma Sanitária.

Atentamente, porém, observa-se que vigora a idéia de que outras unidades do sistema devam atuar junto à pessoa com deficiência, desde que se mantenha, contudo, a centralidade - e por que não dizer, a superioridade - do Centro de Reabilitação. As outras unidades, dessa perspectiva, teriam papel coadjuvante em relação a uma programação estabelecida pelos técnicos do Centro de Reabilitação, que também orientariam os profissionais dessas unidades. Seriam responsáveis, exclusivamente, por oferecer seguimento ao paciente tratado no Centro de Reabilitação, cuidando para que as orientações emanadas dos especialistas fossem adotadas no cotidiano extra-institucional. Essas atividades seriam executadas por profissionais não-especializados:

*“O serviço comunitário de reabilitação, do mesmo modo que existem os postos de saúde trabalhando em medicina preventiva, seriam estendidos a todas as regiões dos municípios e os pacientes ficariam sob a supervisão de um médico generalista e um técnico, orientado pelo centro regional”* (LIANZA; BATTISTELLA, 1994, p.5).

Isso ocorreria em “algumas situações” para que o paciente não seja obrigado a deixar sua comunidade para dar *continuidade* à

assistência, “(...) após avaliação global e definição do programa terapêutico feito no Centro de Reabilitação” (LIANZA; BATTISTELLA, 1994, p.4). Essa afirmação ocorre, como apontam os autores, a partir do reconhecimento de que não seria possível oferecer atenção de equipe especializada para todos as pessoas com deficiência, seja por falta de recursos seja por número insuficiente de profissionais formados. A atuação de outras unidades, portanto, é considerada, primeiramente, enquanto algo inevitável. Sua relevância, com algum outro sentido, não é apresentada.

Essas considerações, emitidas em meados da década de 90, são ainda bastante atuais, de acordo com os sujeitos entrevistados neste estudo. São respostas, elaboradas pelos articuladores da Medicina Física, enquanto atores sociais, ao amplo questionamento verificado nas décadas de 80 e 90 quanto à centralidade, e quase exclusividade, do Centro de Reabilitação na assistência às pessoas com deficiência.

## **CAPÍTULO 3**

### **COMUNIDADE E PARTICIPAÇÃO: A CRISE DO MODELO HEGEMÔNICO E A CONSTITUIÇÃO DE PROPOSTAS ALTERNATIVAS**

#### ***1. Política e modelos assistenciais em reabilitação: formulações críticas e seu contexto sócio-político***

Nos anos 80, em São Paulo, as contribuições do movimento organizado por pessoas com deficiência em torno de seus problemas foram fundamentais, tanto para o futuro delineamento e implementação de políticas especificamente dirigidas a esse segmento em áreas como saúde, educação, transporte e lazer, como na conformação daquilo que se pode considerar o pensamento crítico sobre a reabilitação.

Grande parte dos ativistas agiam tendo por base a elaboração crítica de experiências pessoais fracassadas quanto ao exercício de seus direitos. Assim, a reivindicação por políticas públicas fundava-se na

denúncia da carência como política discriminatória e não apenas como ausência de medidas assistenciais. Em São Paulo, nesse período, as críticas e proposições alternativas ao modelo hegemônico de reabilitação tiveram, claramente, pessoas com deficiência como protagonistas principais.

As organizações ou frentes associativas que compunham o Movimento mantinham ou não filiações. A FCD - Fraternidade Cristã de Deficientes e Doentes - por exemplo, foi constituída e organizada nacionalmente através da ação da Igreja Católica; o MDPD - Movimento pelos Direitos das Pessoas Deficientes - apresentava-se como grupo autônomo. Embora possa ser apontada a existência de um alto grau de unidade na condução das lutas levadas pelo Movimento, como ocorreu em relação ao processo constituinte, é possível discriminar-se duas grandes tendências de ação para as quais convergiam os diferentes grupos. Uma, elegia prioritariamente a via político-institucional como meio de atuação. Outra, preocupava-se prioritariamente com os ganhos de consciência e participação social dos membros do Movimento, ou seja, não dirigia-se, necessariamente, à luta política.

A dupla direção que se configurou, para dentro e para fora do próprio Movimento, longe de fragmentá-lo parece ter garantido, quantitativa e qualitativamente, a organização ao longo de alguns anos. Algumas lideranças do Movimento tornaram-se atores importantes, também, nos campos

da produção de conhecimentos críticos e da elaboração e implementação de políticas públicas relacionadas à pessoa com deficiência.

As críticas ao modelo hegemônico, debatidas e construídas em vários fóruns do Movimento, abrangeram, fundamentalmente, aspectos relacionados à baixa cobertura dos Centros de Reabilitação, em sua maior parte de natureza privada ou filantrópica, e à inadequação da reabilitação de base institucional em relação às necessidades desse grupo. Esses aspectos traziam, ainda que nem sempre explicitamente, a eficácia do modelo assistencial para o centro da discussão, estimulando a reflexão em torno da reabilitação desejada. Apontou-se, então, com certa clareza, não apenas os limites do Centro de Reabilitação como estrutura única e totalizadora do processo de reabilitação, mas também a incapacidade de suas ações promoverem a reintegração da pessoa com deficiência à sociedade (SÃO PAULO, 1985)<sup>7</sup>. Como pode tomar-se "independente" - objetivo máximo consignado socialmente às instituições de reabilitação, segundo o modelo de homem "integrado" - a pessoa com deficiência que não realiza escolhas no seu

---

<sup>7</sup> O documento citado apresenta, em sua introdução, avaliação da atenção à saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Estado de São Paulo, que expressa, essencialmente, a opinião do Movimento. Isso se deve ao fato de que a redação ocorreu com a intensa participação de representantes do Movimento, visto que deriva de processo em que se constituiu, pelo governo do Estado de São Paulo, grupo formado por associações "para" e "de" pessoas com deficiência com a finalidade de propor e implantar sistema de atendimento, com base nas discussões ocorridas em seminário que debateu o tema. Este, que pode ser considerado um marco na história das políticas de reabilitação no Brasil, foi organizado pelo Movimento e teve a presença do Secretário Estadual de Saúde, que nele comprometeu-se com a formação do referido grupo. O sistema proposto foi implantado em várias cidades do interior do Estado e em algumas regiões do município de São Paulo. Foi a primeira experiência, no Estado de São Paulo, a produzir ações de reabilitação em unidades da atenção primária.

próprio processo de reabilitação?, perguntava o Movimento. Neste ponto reside o que poderia considerar-se a produção mais singular do Movimento, no que diz respeito ao modelo assistencial da reabilitação: trazer à tona o questionamento das relações de poder inerentes à clínica da reabilitação.

Parte das idéias que povoavam o movimento de pessoas com deficiência integrava-se a outro: o da Reforma Sanitária brasileira, que ocorria nesse período no Brasil.

De fato, não se pode ver o movimento de pessoas com deficiência desarticulado do movimento maior que ocorria na área de saúde, ampliando a possibilidade de conhecer-se realidades e necessidades específicas desse segmento. A atuação das pessoas com deficiência, contudo, atingiu outros setores, como os de educação e previdência, levando a questão dos direitos da pessoa com deficiência a ser debatida em fóruns de natureza diversa.

No que diz respeito à especificidade da área de saúde, pode-se dizer que a década de 80 marcou a introdução, no cenário nacional, de idéias que articularam-se no sentido de constituir alternativas ao Centro de Reabilitação tomado enquanto elemento central do modelo assistencial. Nesse período, foram também iniciados alguns estudos que abordaram os limites das práticas hegemônicas. Esses limites, embora não tendo sido exaustivamente explorados, foram apontados por alguns autores brasileiros.

OLIVER (1990), estudando a inserção da atenção à saúde da pessoa com deficiência no sistema de saúde, no município de São Paulo, apontou a fragilidade e marginalidade dessa inserção, observando que esta não é consequência de um planejamento específico para a área. Prioritariamente sob responsabilidade das instituições beneficentes e filantrópicas, os serviços de reabilitação, embora já sendo, nesse período, amplamente afirmados como uma questão de direito, estavam norteados pela concepção de cidadania invertida, na qual o indivíduo é beneficiário pelo fato de não conseguir exercer sua condição de cidadão. Deve comprovar sua miséria e sofrimento para, só então, ser alvo da assistência. Essa lógica, mostra a autora, impunha-se também aos serviços públicos, à medida em que a pequena oferta tornava os critérios de elegibilidade extremamente rigorosos.

Em outro estudo OLIVER (1993) verificou o que ocorria na instituição "Casas André Luiz", uma grande estrutura custodial, filantrópica, situada no município de Guarulhos – S.P., atendendo pessoas com deficiência física e deficiência mental. Do total de 143 sujeitos estudados, observou-se que a internação respondia, predominantemente, às precárias condições de vida dos grupos familiares. Segundo os prontuários, onde constam as queixas dos responsáveis pelos internos, as necessidades financeiras, associadas às necessidades de tratamento especializado, representavam 41,9% dos motivos de internação, enquanto apenas 12,6% diziam respeito à necessidade de

tratamento especializado. Ao mesmo tempo, notou-se que, isoladamente, os motivos de natureza econômico-financeira, bem como os relativos à desestruturação familiar representavam em torno de 24,5%.

Outros dados revelaram outros aspectos das internações. Entre os 795 internos, que representavam o total dos atendidos pela instituição, 88,7% destes contavam com subvenção da Secretaria de Estado da Promoção Social para o custeio da internação, enquanto apenas 11,3% desse grupo tinha a internação custeada pela própria instituição, o que forneceu uma idéia sobre a dimensão em que se dá a transferência de recursos do Estado para instituições filantrópicas e custodiais.

NALLIN (1992) tornou explícitos os aspectos político-institucionais das práticas de reabilitação, analisando sua representação no discurso de técnicos e usuários de um Centro de Reabilitação. A instituição pesquisada foi uma entidade filantrópica de grande porte, que gozava de alta popularidade e legitimidade social enquanto instituição médica, sendo considerada importante centro difusor do conhecimento na área. A maior parte de seus clientes eram atendidos em regime ambulatorial. Algumas das conclusões de NALLIN (1992) foram bastante difundidas, tornando-se referência obrigatória ao se discutir a reabilitação de base institucional. Algumas delas podem ser assim resumidas:

- O Centro de Reabilitação pode ser considerado uma "instituição total", de acordo com o conceito de E. Goffman. Ou o paciente está internado, como ocorre nos casos – muito comuns - em que não reside na cidade ou adjacências, ou toda a sua vida passa a girar em torno de sua ida ao Centro, tantas são as exigências institucionais e as dificuldades para conseguir cumprí-las. É espaço de segregação e violência. A cisão entre o que acontece dentro da instituição e a realidade externa a ela expressa a contradição central da proposta – na medida em que a reintegração do sujeito ao que é externo à instituição não acontece - e impõe, para sua manutenção, que o sujeito esteja submetido a processos de alienação;

- Embora a abordagem científica das deficiências tenha elaborado tecnicamente as concepções assistencialistas e religiosas, tais concepções não foram ultrapassadas. Elas coexistem e se encontram harmonicamente articuladas, fazendo da reabilitação *"uma atividade científica – ligada ao intelecto -, um gesto humano e um conjunto de técnicas reenviadas a um contexto humanístico que as justificam"* (NALLIN, 1992, p.25). Dessa forma, disputam terreno, no interior das organizações que atendem pessoas com deficiência, práticas e técnicas que derivam da abordagem médico-científica e enfoques caritativos e assistencialistas.

- A instituição é representada como perfeita e plena, enquanto atribui o pólo imperfeito da relação ao paciente. E é para superar essa sua imperfeição que o

paciente deve dispor de muita força de vontade, pois a falha estará sempre nele e nunca no conhecimento ou na instituição. A reintegração social, portanto, é vista como algo que depende essencialmente do sujeito. Além disso, o paternalismo reitera a posição do paciente enquanto aquele que recebe da instituição um benefício e não um direito. Sobre a idéia de promover um benefício - cujo valor decorre apenas dessa qualificação, e não dos resultados concretizados - a instituição afirma seu lugar de ascendência técnica e moral.

- As intervenções técnicas instituem uma rigorosa fragmentação do corpo, apesar da tentativa constante de negá-la. Antes disso, porém, é evidente a cisão físico/emocional, corpo/mente e subjetivo/corpo objetivado. A independência, que é o objetivo explicitado da reabilitação, está reduzida a um enfoque físico, ligado a manipulação do corpo e dos objetos.

- O paciente da reabilitação é, na instituição, visto como alguém naturalmente submetido à vontade e aos objetivos dos terapeutas. Não é considerado capacitado para informar sobre si mesmo, logo, não é ouvido, mas tão somente visto, examinado. Sua vontade é secundária em relação às determinações da ordem médica. Ao mesmo tempo, forja-se na instituição um conceito de paciente ideal dotado de força de vontade, resistência e empenho, no qual o deficiente é levado ao longo do processo a se enquadrar. Não se trabalha para

que pessoas com deficiência tomem decisões, mas que as cumpram. O sujeito, essencialmente seu corpo, é apenas objeto da reabilitação.

ROCHA (1990), também, ao trabalhar com sujeitos com deficiência física que tiveram participação em programas de reabilitação das instituições tradicionais, concluiu que esse processo não os conduziu à reintegração social. Alguns dos sujeitos, identificando situações de humilhação e violência produzidas pelas ações institucionais, abandonaram o tratamento proposto. Outros, mesmo percebendo tais ocorrências, relataram terem desenvolvido quadros importantes de depressão e assim, por encontrarem-se fragilizados, permanecerem por mais tempo ligados à instituição. Os sujeitos entrevistados por ROCHA (1990) tinham em comum o fato de serem militantes em movimentos de defesa dos direitos de pessoas com deficiência. Talvez por essa razão, suas opiniões à respeito da reabilitação são bastante elaboradas criticamente. Todos eles, naquele momento com alto grau de participação na vida social, relataram experiências pungentes de enfrentamento de adversidades, que poderiam tê-los levado ao isolamento social. Entre estas, apontaram o próprio processo de reabilitação.

Embora bastante fortes enquanto projeto político, a política e o modelo assistencial instituído, tratados no capítulo anterior, tornaram-se alvo de severas críticas. Parte dessas críticas também foram difundidas por organismos como a Organização Mundial de Saúde e Oficina

Sanitária Panamericana que, ao mesmo tempo em que divulgavam novos princípios propugnados para o plano geral da saúde, nas décadas de 70 e 80, deram tratamento específico para a reabilitação, afinando-a a estes, como se observa no amplamente citado "Informe 668" (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1981).

Essas organizações, nesse momento, não apenas adotaram um tom mais crítico em relação ao Estado que se omitia em relação às pessoas com deficiência – referindo-se, evidentemente, aos países em desenvolvimento - mas também prestaram-se a indicar modelos alternativos à difusão de Centros de Reabilitação - os quais foram considerados inviáveis, do ponto de vista econômico, para os países economicamente instáveis, onde ocorreria a maior incidência de deficiências (ORGANIZACIÓN DAS NAÇÕES UNIDAS, 1992).

A ausência da participação de pessoas com deficiência e seus familiares nos rumos institucionais também foi apontada como elemento desabonador das instituições, derivando recomendações de aproximação com a comunidade, seja através dos serviços de atenção primária, seja através da implementação de programas de ação consubstanciados no projeto denominado Reabilitação baseada na Comunidade – RBC.

Outro ponto de vista, distinto deste da OMS, surgiu no cenário crítico da reabilitação no Brasil, nesse período. Organizando-se nos

anos 70 nos Estados Unidos, o "Movimento de Vida Independente" logo atingiu outros países, estruturando-se em forma de organizações não-governamentais denominadas Centros de Vida Independente - CVIs. Esses Centros, compostos predominantemente por pessoas com deficiência, propuseram-se a traçar os caminhos para a integração social desejada por pessoas com deficiência, em contraposição à normalização que lhes era outorgada pelas instituições de reabilitação. O conceito de "Vida Independente" emergiu, em parte, a partir do fato de várias pessoas com incapacidades graves terem adquirido independência e auto-determinação prescindido da ajuda de profissionais de reabilitação, mas através da luta por seus direitos.

DE JONG (1989), referência freqüentemente apontada por autores que abordam temas pertinentes ao Movimento de Vida Independente, considera que o movimento é mais do que um esforço da parte de pessoas com deficiência para adquirir novos direitos. Ele tem a intenção de redirecionar o pensamento de profissionais e pesquisadores para a promoção de novas formas de produzir serviços e para diferentes temas de pesquisa. Nesse sentido, a "Vida Independente" é, para o autor, um novo paradigma analítico. As diferenças em relação ao paradigma da reabilitação são identificadas quanto ao teor da definição e solução do problema representado pela deficiência. Enquanto, de acordo com o primeiro, o problema está no sujeito, seja no impedimento físico ou no seu desajuste psicossocial, para o

segundo o problema é a "(...) dependência de profissionais, parentes e outros, a inadequação dos serviços de suporte, as barreiras arquitetônicas, as barreiras econômicas" (DE JONG, 1989, p.23). O ambiente e o processo de reabilitação são considerados "locus" do problema. As soluções devem se dar, portanto, a partir do sujeito com deficiência colocar-se na condição de consumidor e, assim, controlar seu processo de reabilitação. Assessoria jurídica, aconselhamento de pares e formação de grupos de auto-ajuda, bem como a remoção das barreiras e desincentivos, devem ser adotados como estratégias para que se alcance resultados como autodeterminação, diminuição das restrições ambientais e produtividade social e econômica desse segmento da população. Quanto a este último aspecto, os resultados a serem alcançados, DE JONG (1989) afirma que enquanto no paradigma da reabilitação afirma-se a importância do auto-cuidado, da mobilidade e do trabalho, o Movimento de Vida Independente enfatiza que deve haver uma grande constelação de resultados e acrescenta:

*"Em algumas condições, o paradigma de vida independente rejeita a relevância do auto-cuidado como resultado. O fato de uma pessoa requerer ajuda de outra não implica, necessariamente, que ela seja mais dependente. Uma pessoa que pode vestir-se em 15 minutos com ajuda de um assistente e, então, sair para um dia de trabalho é mais independente do que uma pessoa que leva duas horas para se vestir e permanece em casa" (DE JONG, 1989, p.24).*

Embora atualmente haja CVIs em muitas partes do mundo, em países como Suécia, Noruega e Estados Unidos, estes são dotados de poder diferenciado no campo político. Nesses países, o "direct payments for

personal assistance", ou seja, o repasse de recursos do Estado diretamente para a pessoa com deficiência escolher e contratar ajuda profissional, tem sido apontado com um fator que distingue qualitativamente os CVIs nesses países, bem como a capacidade de autodeterminação das pessoas com deficiência que dele se beneficiam (RATZKA, 1999).

No Brasil, esse movimento organizou-se de forma mais consistente na primeira metade da década de 90, mas seus princípios, especialmente o direito à autodeterminação, já influenciavam ativistas com deficiência na década de 80 e integraram-se ao conjunto das reivindicações e elaborações que se produzia nesse período. Contudo, diferentemente do que ocorreu nos países desenvolvidos economicamente, os CVIs, no Brasil, acumulam, ainda, um número reduzido de vitórias no que diz respeito ao direito de autodeterminar-se em relação às instituições. O repasse financeiro diretamente à pessoa com deficiência parece estar bem longe de tornar-se realidade na sociedade brasileira. Como em outros países em que não se instituiu o "direct payment", os Centros de Vida Independente brasileiros - sete, localizados em diferentes cidades e unidades federativas - têm oferecido serviços como os de assessoria jurídica e aconselhamento, na medida em que contam com pessoas com deficiência ou profissionais que, não sendo remunerados, trabalham voluntariamente (Centro de Vida Independente-RJ, 1999).

## **2. A origem da Reabilitação Baseada na Comunidade – RBC - e seus condicionantes históricos: deslocamentos teórico-práticos**

No final da década de 70, posição crítica em relação à capacidade dos serviços de reabilitação para o atendimento das demandas de pessoas com deficiência, adotada por agências da Organização das Nações Unidas, como OIT e OMS, conduziu-as à adoção do projeto "Reabilitação baseada na Comunidade" - RBC. A ausência ou inadequação dos serviços de reabilitação nos países em desenvolvimento, bem como a super-concentração de recursos no setor institucional foram argumentos extensamente apresentados, particularmente no período compreendido entre meados da década de 70 e os primeiros anos da década de 80 (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD, 1981; HELANDER, 1980; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1992).

Inicialmente, o modelo foi divulgado como forma de abordagem daquela que se considerava ser a realidade dos países em desenvolvimento: maior parte da população portadora de deficiência vivendo em zonas rurais, desprovida de assistência em reabilitação e impossibilitada de acessar serviços em regiões mais prósperas. Seu objetivo central seria o de

responder às necessidades das pessoas com deficiência através da utilização de recursos humanos e materiais presentes na própria comunidade a qual pertencessem. Preconizou-se a transferência de poder e responsabilidade às comunidades pela atenção e integração de seus membros com deficiência

CARDENAL (1990), detalhando momentos da história da RBC, refere a década de 60 como origem das discussões em relação à participação da comunidade na reabilitação. Segundo ele, já no início dessa década, a Reabilitação Internacional (organização não-governamental fundada na década de 40 nos EUA) tratava desse tema quando organizou o grupo de estudos *Action for the handicapped*, que levou contribuições à Conferência Internacional de Assistentes Sociais ocorrida em 1963 no Brasil. Em 1968 a Reabilitação Internacional apresentou estudo que concluía que as instituições de reabilitação atingiam níveis insuficientes de cobertura e custos excessivos. Foi essa associação, também, que convocou encontro internacional de especialistas que reuniu, pela primeira vez, representantes da ONU (OMS e OIT) e representantes das tradicionais organizações não-governamentais que haviam ganhado força no pós-guerra.

Na reunião, ocorrida na Irlanda em 1969, concluiu-se que não era possível formar pessoal especializado nem tampouco criar todas as instituições de reabilitação que, supostamente, seriam necessárias para atender adequadamente à demanda e a seu crescimento acelerado. Dessa

perspectiva, apontou-se a necessidade de que viessem a ser criados serviços que, com menos pessoal especializado e aplicação de procedimentos simplificados, pudessem responder às necessidades essenciais de pessoas com deficiência com menor custo. Utilizar a rede de serviços comuns à população geral e capacitar pais e professores para realizar intervenções sobre os problemas de crianças com deficiência foram, também, algumas das recomendações sugeridas aos Estados participantes da reunião (CARDENAL, 1990).

MOMM; KÖNIG (1990) vêem o surgimento da RBC relacionado a outros movimentos da história. Lembram que em meados da década de 50 já se ouvia, nos EUA, no campo da saúde mental, argumentos a favor da desinstitucionalização e que, de meados de 60 a meados de 70, o movimento *mainstreaming* atingia seu pico. Defendendo a criação de pequenas residências comunitárias (CRF - Community Residencial Facilities) para deficientes mentais, o movimento desencadeou um decréscimo de mais de 50% no número de deficientes mentais institucionalizados, segundo os autores. Para eles, a discussão acerca da segregação e de outros efeitos nocivos da instituição é um importante componente na elaboração de concepções críticas sobre a reabilitação de base institucional.

Tomando-se o contexto de críticas ao modelo hegemônico de atenção à saúde, vê-se que a Reabilitação baseada na Comunidade é

tributária da Medicina Comunitária. Esta, que é a principal proposta alternativa à medicina científica - visto sua grande extensão e o patrocínio da OMS e OPAS, segundo SILVA JUNIOR (1996) - divulgou grande parte de noções, conceitos e argumentos, cujos teores, aplicados ao campo da reabilitação, deram forma à RBC. Cuidados essenciais fundados em métodos práticos e tecnologia simplificada, de acesso universal, a um custo adequado aos diferentes estágios de desenvolvimento econômico das nações, assinala o autor, são aspectos que definem a Medicina Comunitária, que é medida indicada para estender a atenção a saúde a amplos segmentos da população. A participação popular é entendida como forma de canalizar mais recursos locais para a solução dos problemas da comunidade.

Nos Estados Unidos, a partir da década de 60, implantaram-se, através de agências do governo e das Universidades, programas de Medicina Comunitária claramente associados ao combate à pobreza. Para SILVA JUNIOR (1996), a medicina comunitária baseou-se na idéia da necessidade de integrar os marginalizados, mediante a perspectiva funcionalista. Da perspectiva de Navarro<sup>8</sup>, citado pelo mesmo autor, enquanto nos países socialistas promovia-se estratégias para que a assistência médica chegasse à toda a população através do Estado, nos países capitalistas a Medicina Comunitária surgia tendo como alvo o contingente populacional

---

<sup>8</sup> NAVARRO, V. *Lucha de clases, Estado y Medicina*. México, Editorial Nueva Imagem, 1984.

excluído do acesso à medicina científica e, nesse sentido, caracterizava-se como prática complementar à medicina flexneriana. Buscava-se, com isso, garantir a estabilidade política e combater o que se considerava serem ameaças oriundas do mundo comunista.

Maior abrangência, racionalidade econômica e participação popular formaram a base do modelo de atenção proposto pela medicina comunitária, decorrendo disso o fato de que, durante toda a década de 70, idéias acerca da ação sobre a pobreza através de "agentes comunitários", bem como sobre o envolvimento comunitário na solução de problemas, foram intensamente promovidas através da OMS e UNICEF, tendo alcançado vários continentes (SILVA JUNIOR, 1996). Os agentes comunitários são profissionais de escolaridade inferior ao pessoal de nível universitário, atuando sob orientação destes.

No mesmo período, no campo específico da reabilitação, essas agências foram responsáveis pela consolidação da idéia de que nos países em desenvolvimento existia uma alta proporção de doenças passíveis de prevenção gerando incapacidades, o que implicava no questionamento sobre os resultados da reabilitação no campo mais geral das conseqüências das doenças. De certa forma, evidenciava-se a parcialidade da proposição de re-habilitar, em relação a um campo mais complexo de problemas, no qual as

incapacidades já adquiridas, embora importantes, significavam apenas parte dele.

Estudos da OMS buscaram mostrar também que, nesses países, a pessoa com deficiência estava em desvantagem econômica e social. A interpretação de que a pessoa com deficiência é um cidadão que não tem seus direitos respeitados começou a ser melhor elaborada nessa época, impulsionada, também, pelos movimentos sociais que, nos EUA, reuniam pessoas com deficiência em torno de reivindicações ligadas ao direito de usufruir e produzir bens e valores sociais e advogavam, especialmente, o direito à autodeterminação (PEAT, 1997).

O ano de 1976 representa um marco importante para a RBC. Nele, a Assembléia Mundial de Saúde aprovou documento elaborado pelo Programa de Reabilitação da OMS, que propôs a adoção de ações de reabilitação na atenção primária, aplicando noções e conceitos como os de "mobilização de recursos locais" e "participação da comunidade". Nesse documento, intitulado "Report on disability. Prevention and Rehabilitation" e elaborado por E. Helander, privilegia-se a rede de atenção primária, defende-se a incorporação de pessoas com deficiência em serviços comuns e define-se o Centro de Reabilitação, unidade de referência com equipe especializada, como instituição voltada a desenvolver ações que se prestam a resolver

aspectos pontuais do processo de reabilitação de um sujeito, e não todos os aspectos nele implicados (PEAT, 1997).

Quando, então, no ano de 1978, em Alma-Ata, ocorreu a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, incorporou-se mais efetivamente à reabilitação noções como simplificação tecnológica e participação comunitária. Na Conferência, que definiu que a Atenção Primária é a chave para se alcançar a meta "Saúde para todos no ano 2000", a reabilitação foi afirmada como direito do cidadão ao lado de medidas de prevenção, promoção e cura. A orientação da OMS, a partir disso, foi de que a Atenção Primária deveria ser entendida como chave para prevenir incapacidades e proporcionar reabilitação (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 1981). Nessa ocasião, preconizou-se aos países em desenvolvimento a busca de fórmulas assistenciais centradas em necessidades e possibilidades locais, consagrando-se os marcos teóricos da Medicina Comunitária (SILVA JUNIOR, 1996).

Em 1979, através de equipe que reuniu representantes da OMS, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, Centro das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social e Assuntos Humanitários, UNICEF, OIT e UNESCO, sob liderança de E. Helander, deu-se o passo definitivo na conformação da RBC enquanto modelo: elaborou-se a primeira versão de

*Training Disabled people in the Community*, utilizando pela primeira vez o nome "Community-based Rehabilitation" (CARDENAL, 1990). A publicação é composta por manuais que mapeiam o processo de reabilitação em relação a diferentes deficiências (motoras, auditivas, visuais, etc), orientando formas de facilitar, viabilizar ou melhorar o desempenho funcional nas atividades domésticas, no meio social e no trabalho. Em linguagem simplificada (os manuais tratam deficientes físicos por "pessoas que não podem mover partes de seu corpo" e deficientes mentais por "pessoas com pouca inteligência", por exemplo) são apresentadas sugestões específicas para cada tipo de deficiência, com o objetivo de transferir-se, para não-profissionais, técnicas ou ações simplificadas de reabilitação.

Os manuais servem, na prática, como meio de execução do principal ponto do modelo: a capacitação da comunidade. Espera-se que, mediante esse processo, supervisores locais, líderes comunitários e professores, além das próprias pessoas com deficiência, familiares e cuidadores, desenvolvam trabalho não-remunerado na comunidade. Esses sujeitos pertencem a dois, dos três níveis descritos no modelo: o nível intermediário e o nível comunitário. O supervisor local - pertencente ao nível intermediário - deverá ser um trabalhador de saúde de nível médio ou básico<sup>9</sup>, que terá a tarefa de selecionar os participantes que atuarão com cada paciente

---

<sup>9</sup> Existem divergências entre os autores sobre a qualificação necessária ao desenvolvimento das ações atribuídas a esses agentes.

sob sua responsabilidade, instruir e supervisionar aqueles que não são profissionais - sejam eles voluntários, familiares, cuidadores ou pessoas com deficiência - avaliar os resultados e relacionar-se com os profissionais de níveis superiores ao seu. Aos líderes comunitários o manual quer mostrar a possibilidade de convivência social com pessoas com deficiência mediante relações de igualdade, bem como as formas de integrá-los e promover seu acesso às mesmas oportunidades oferecidas aos outros cidadãos da comunidade. Os professores recebem orientação de como facilitar a integração de crianças com deficiência em escolas de ensino regular.

O modelo propõe, também, a participação do nível especializado ou terciário, em estreita conexão com os outros níveis, seja no atendimento direto às pessoas com deficiência (que segundo Krol<sup>10</sup> (1982), citado por SASSAKI (1987), seria necessário para apenas 10% da população com necessidades de reabilitação), seja no processo de capacitação dos trabalhadores.

A capacitação da comunidade representa a base sobre a qual se construiria, segundo as expectativas das agências, a auto-sustentação dos programas de RBC. Espera-se que a comunidade torne-se autônoma em relação ao campo institucional, garantindo a continuidade do programa quando cessassem os estímulos externos. Pretende-se que a comunidade seja auto-

suficiente, tanto no que diz respeito ao financiamento do programa, quanto no tocante à gestão cotidiana de suas atividades.

Na década de 80, a ONU projetou internacionalmente os problemas da pessoa com deficiência. Designando o ano de 1981 como o "Ano Internacional da Pessoa com Deficiência" e o período 1983-1992 como a "Década das Nações Unidas para a Pessoa com Deficiência", envolveu os países membros em propostas de divulgação de problemas e soluções especificamente relacionadas à problemática das incapacidades em diferentes esferas da vida. Saúde, reabilitação, trabalho, barreiras arquitetônicas e atitudinais, emprego de tecnologia, escolarização e lazer foram temas tratados por um "Programa de Ação Mundial" redigido com o objetivo de *"(...) promover medidas eficazes para a prevenção da deficiência e para a reabilitação e a realização dos objetivos de 'igualdade' e 'participação plena' das pessoas deficientes na vida social e no desenvolvimento"* (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1992, p.1). Além da elaboração desse documento, que ressaltou aos países membros a necessidade de aplicação de medidas que favorecessem a participação equitativa de pessoas com deficiência nas diferentes sociedades, a ONU promoveu e apoiou várias atividades que resultaram em incremento dos debates sobre os caminhos alternativos à

---

<sup>10</sup> KROL, J. The modelo of community-based rehabilitation. In: COMMUNITY SERVICES AND LOCALLY PRODUCED TECHNICAL AIDS FOR DISABLED PERSONS, Liubliana, 1982. **Proceedings**. Liubliana, 1982. p.116-123.

instituição de reabilitação como organismo totalizador do processo de reabilitação.

Entre os encontros organizados especificamente para fomentar a implantação da RBC, foi realizado, em 1982, em Lubliana, Iugoslávia - em parceria com o governo local e contando com assessoria técnica da ONU - seminário que discutiu a formação de serviços comunitários e dispositivos localmente produzidos para pessoas com deficiência, contando com a participação de mais de 30 países (MARINCEK, 1988). SASSAKI (1987) destaca a importância desse evento pelo fato de ter gerado um grande número de manifestações e posicionamentos da OIT e OMS em relação às experiências de RBC que já se apresentavam nesse evento com essa denominação. A *Conference of World Organizations Interested in the Handicapped* (CWOIH) de 1985, atualmente *International Center on Disability* (ICOD), também foi citada pelo autor como importante evento no sentido de divulgar experiências e legitimar a RBC.

CARDENAL (1990) considera que no documento "Prevención de Incapacidades y Rehabilitación"<sup>11</sup>, de 1981, já existe um claro posicionamento da OMS em favor da RBC, à medida em que indica a necessidade de participação de pessoas com deficiência, familiares e

---

<sup>11</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos de la OMS en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación, Ginebra, 1981. Informe. Ginebra, 1981. (OMS. Série de Informes Técnicos, 668).

comunidade no planejamento e estabelecimento da atenção em reabilitação, além de recomendar que a postura reabilitadora deve estar presente na ação cotidiana do médico como uma atitude não especializada. No documento defende-se, também, que ações de reabilitação na comunidade devem compor o quadro de medidas mais gerais adotadas no plano comunitário para a utilização e desenvolvimento dos recursos da comunidade. Esse documento foi resultado de encontro de especialistas promovido pela OMS, tendo sido precedido por 2 outros: o de 1958 e o de 1969.

Outros autores, como FINKENFLÜGEL (1993), destacam a Conferência de Colombo - Sri-Lanka, realizada em 1982, como o "start" da relação oficial entre RBC e OMS. Nela, segundo o autor, a OMS abraçou definitivamente o conceito de RBC, depois de observar os resultados dos testes em campo do manual "Training Disabled in the Community"<sup>12</sup>. Alguns países, como Filipinas, Indonésia e Paquistão haviam sido selecionados para sediar projetos-piloto, sendo orientados a aplicar o manual e os princípios de RBC associados a processos de avaliação. Para a realização da tarefa, tiveram assessoria de diferentes agências da ONU e instituições de pesquisa internacionais.

Discutida em fóruns bastante favoráveis aos seus princípios, a RBC foi considerada, logo no início dos anos 80, uma estratégia

---

<sup>12</sup> HELANDER, E.; MENDIS, P.; NELSON, G. **Training Disabled People in the Community**. Geneve, World Health Organization, 1980.

*"(...) inequivocamente apropriada, efetiva, exeqüível e economicamente viável (...) em países em desenvolvimento (...) sendo seus resultados comparáveis aos da reabilitação realizada em instituição"* (WHO<sup>13</sup>, 1982, citado por O'TOOLE, 1988).

A partir de então, várias outras experiências foram desenvolvidas sob a assessoria principalmente da OMS e OIT em diferentes regiões do mundo. As experiências que se seguiram também receberam estímulo para desenvolver e aplicar procedimentos de avaliação de resultados, bem como para a manifestação de sugestões em relação ao modelo. Enfatizou-se, principalmente, o caráter flexível deste, no sentido de impelir planejadores à elaboração de mudanças e adaptações para as diferentes realidades locais. Muitas delas tiveram início através do desenvolvimento de inquéritos domiciliares ou estudos censitários, o que era recomendado pela OMS sob alegação da necessidade de obter-se informações não apenas sobre o perfil epidemiológico referente ao campo das conseqüências das doenças, mas à natureza das necessidades contextuais do segmento populacional a ser abordado. Estimulou-se a participação da comunidade na localização e identificação de pessoas com deficiência, argumentando-se o valor do conhecimento da comunidade acerca de sua própria realidade, bem como sua sensibilidade para captar necessidades dessa parcela da população. Os

---

<sup>13</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Consultation on Community-based Rehabilitation, Sri Lanka, 1982. **Report**. Geneve, 1982. (RHB/1R/82.1).

estudos de GRIMBY et al. (1988), FINKENFLÜGEL (1991b) e LUNDGREN-LINDQUIST; NORDHOLM (1993) apresentam possíveis relações entre os resultados dessas investigações e aspectos práticos das experiências que, na seqüência dos estudos, foram implantadas.

### **3 Experiências práticas de RBC: um campo de discenso**

A aplicação dos novos conceitos acerca das conseqüências das doenças, divulgados pela OMS no manual de treinamento<sup>14</sup>, afirmou a RBC como estratégia amplamente aplicável. Algumas experiências, então, desenvolveram-se junto a toda a população com deficiência, incapacidade ou desvantagem residente em uma determinada região, abrangendo sujeitos com diferentes tipos de problema, como mental, sensorial e psíquico, entre outros (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 1989; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 1992a; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 1992b). Outras, tratando de deficiências físicas, delimitaram sub-grupos quanto a faixa etária (HAI, 1993;

---

<sup>14</sup> HELANDER, E.; MENDIS, P.; NELSON, G. **Training Disabled People in the Community**. Geneve, World Health Organization, 1980.

O'TOOLE, 1988; CIERI et al., 1999) ou tipo de incapacidade (RAN et al., 1992; GERSHON; SRINIVASAN, 1992).

Parte dessas experiências foram bastante documentadas e divulgadas. Outras, não atingiram níveis mais amplos de divulgação.

De forma geral, porém, sobre aquelas nas quais as agências da ONU tiveram presença importante, são encontradas informações. Isso se deve, em grande parte, aos boletins da OMS e OIT, aos registros dos eventos promovidos por essas organizações e aos documentos e pareceres resultantes de encontros entre especialistas.

Artigos sobre RBC divulgados em periódicos científicos existem em menor quantidade, embora isso venha aumentando nos últimos anos. É principalmente através desses artigos que se pode notar a participação de pesquisadores oriundos de importantes centros de produção de conhecimento, externos ao país que sedia o programa de RBC.

Entre as experiências práticas cuja documentação tivemos acesso, encontramos resultados de estudos acerca de diferentes aspectos do modelo: avaliação sobre mudança de atitudes da comunidade em relação às pessoas com deficiência (BISCHOFF et al, 1996; MITHCELL et al, 1993; O'TOOLE, 1988), aplicação do manual da OMS na implantação e avaliação de programas de RBC (FINNSTAM et al, 1988; GRIMBY et al, 1988), análise de resultados alcançados por ações de RBC (LUNDGREN-LINQUIST;

NORDHOLM, 1996; GERSHON; SRINIVASAN, 1992; RAN, 1991; CRISHNA, 1999) e, ainda, sobre temas relacionados à capacitação comunitária e ao trabalho voluntário (FINKENFLÜGEL, 1991a; LYSAC; KREFTING, 1993; ROTTIER et al., 1993).

O quadro abaixo apresenta breve caracterização de experiências desenvolvidas junto a pessoas com deficiência física, destacando elementos que oferecem alguma idéia sobre sua dimensão.

**QUADRO 1. Experiências de RBC junto a pessoas com deficiência física em diferentes países**

PAÍS <sup>15</sup>	Início das 1 <sup>as</sup> experiências	Apoio Técnico	Âmbito do(s) projeto(s)	Órgão Proponente	Instituições ensino/pesquisa internacionais
México	1978	OPAS/OMS	Algumas comunidades rurais	Governo municipal/ Grupo de portadores	
Indonésia	1979	OIT	Nacional	Governo central	Faculdade de Terapias de Reabilitação, Queen's University - Canadá
Filipinas	1981	UNICEF/OIT	Nacional	Nacional Commission Concerning Disabled Persons (Estado)	Uppsala University, Suécia.
Paquistão	1981	OMS/UNICEF / Welfare Association	Diferentes "villages" e distritos	Ministério da Saúde	Swedich Research Council / Department of Rehabilitation Medicine, Gothenburg University, Suécia.
Índia	1982	German Leprosy Relief Assoc.- Rotary/Lions	Nacional / Diferentes cidades e distritos	National Association for the Blind / Spastics Society of Eastern India / German Leprosy Relief Association / Rehabilitation Centres for Children	
China	1984	Sun Yat-Sen University of Medical Science, China / China Rehabilitation Center	Diferentes distritos	Ministério da Saúde / Chinese Union of the Handicapped	Universidade de Sidnei, Austrália
Zimbabwe	1981	Cruz Vermelha/ OIT	Diferentes "villages"	Ministério da Saúde	Vrije Universiteit, Faculty of Human Movement Sciences, Department of Educational Sciences, Holanda
Vietnam	1987		Nacional	Ministério da Saúde	
Uruguai	1987	OPS	Povoado/Bairro	"Equipe de RBC do Uruguai"	Universidade Johns Hopkins, Baltimore

<sup>15</sup> As experiências expostas no quadro através da identificação dos seus países não estão representadas numericamente. Na Índia, por exemplo, como no Paquistão, há registros de várias experiências ocorridas em localidades distintas.

Zâmbia	1987	OIT		Ministério da Saúde e organizações não governamentais	
Peru	1989	Hellen Keller International / OPS		Ministério da Saúde Ministério da Educação	
Nicarágua	1990	OPS/OMS/ FINNIDA (Ag. de Assist. Int. da Finlândia)	Nacional	Ministério da Saúde	
Botswana	1990	Cruz Vermelha/ UNICEF/OMS	Diferentes "villages"		Faculdade de Ciências da Saúde de Gothenburg - Suécia
África do Sul	1990		Diferentes "villages"	Alexandra Health Centre Services	
Croácia	1992	OMS/UNICEF			Uppsala University (Suécia)
Argentina	1993		Bairro	Equipe de Unidade de Atenção primária	
Guyana		OPS			
Jamaica		OMS	Cidade		Universität Heidelberg- Postgraduate Studies - Alemanha
Malawi		OIT	Todo o território nacional	Governo Central	
Tanzânia		OIT	Alguns pontos da zona rural	Governo Central	
Swazilândia		OIT		Organizações governamentais associadas a organizações não governamentais	
Leshoto		OIT		Organizações governamentais associadas a organizações não governamentais	
Angola		OIT	Assentamento de refugiados		
Kenya		OIT		Governo Central	

A década de 80, como se vê através do quadro, significou um período bastante importante para a RBC, quando vários países

desenvolveram ações de reabilitação adotando essa denominação. Alguns deles, como o Paquistão, foram escolhidos pela OMS para sediar estudos a respeito do uso do manual proposto por essa organização para a orientação de projetos de RBC e, por isso, implementaram o projeto totalmente aderidos e sustentados nas recomendações da OMS, de quem, inclusive, contavam com assessoria permanente. Outros, desenvolveram por iniciativa própria um conjunto de ações que se aproximaram, mais ou menos, daquilo que vinha sendo preconizado pela OMS.

A OIT, órgão que, como mostramos no capítulo anterior, também tem influenciado decisivamente a produção de serviços de reabilitação, ocupando-se especificamente de sua vertente profissionalizante, participou ativamente da divulgação e implementação da RBC. Em 1983, novas recomendações da OIT sobre readaptação e emprego de pessoas com deficiência acrescentaram dois aspectos às indicações anteriores. Uma delas foi o acréscimo do item sobre progressão na carreira profissional, entre as afirmações sobre o direito à obtenção e conservação do emprego. Outra recomendação, como não poderia deixar de ser, diz respeito à participação comunitária, especialmente quanto à participação de representantes do patronato, dos trabalhadores e das associações de pessoas com deficiência na elaboração dos serviços que desenvolvem atividades de reabilitação profissional. Segundo REGUERA (1990), a constatação do baixo impacto dos

programas específicos de reabilitação profissional nos países em desenvolvimento, e outros argumentos já apontados aqui em relação aos serviços de reabilitação de modo geral, impulsionaram o nascimento das primeiras experiências de reabilitação na comunidade, executadas através de projetos de cooperação da OIT. Em 1979, iniciou-se experiência na Indonésia, dando seqüência a outras: Filipinas, Etiópia, África Meridional, Kenya, Leshoto, República Dominicana e Equador, entre outros. Os projetos visaram a criação de estruturas que, geridas pela comunidade, tinham o objetivo de capacitar, criar oportunidades, incluir e manter pessoas com deficiência em atividades de trabalho.

Verifica-se, portanto, a participação significativa dos países economicamente desenvolvidos nessas experiências. Seja através de consultores - da OMS ou outra agência - ou de pesquisadores, a participação de cidadãos alheios às comunidades é marcante. Nas experiências de implantação de RBC, a influência dos países desenvolvidos parece continuar existindo, embora esta tenha sido bastante criticada pelos propositores do modelo ao referirem-se ao processo de divulgação e implementação da reabilitação com base institucional. Entre os países que vêm tomando parte nessas experiências, pode-se ressaltar a Suécia. Sua participação ocorre em diferentes localidades e através de mais de uma instituição, o que concorre,

também, para que se destaque quantitativamente na produção de literatura específica.

Na América Latina, em 1987, a OPS realizou Oficinas sub-regionais, contando, em algumas delas, com a participação da UNICEF e World Rehabilitation Fund (WRF). Um ano depois, vários países que haviam presenciado essas atividades - como Argentina, Colômbia e Venezuela - desenvolveram oficinas nacionais replicando as idéias divulgadas pela OPS em relação à produção de serviços de reabilitação, o que pode ter motivado algumas experiências que, segundo registros, ocorreram após essa data (OPS,1989).

Pode-se notar que o conjunto formado pelas experiências práticas de RBC promoveu a conformação de um extenso campo crítico, no qual se verifica importante dissenso entre atores. À diversidade de composições concretas de recursos e operacionalidade do programa, associam-se divergências conceituais quanto à:

- a) papel da comunidade e das pessoas com deficiência no modelo;
- b) criação de delimitações conceituais que visam estabelecer algum nível de padronização entre as experiências e diminuir a extensão interpretativa e a aplicabilidade dos princípios gerais;
- c) papéis das estruturas de nível local, intermediário e especializado na implementação do modelo;

d) custos e sustentabilidade do modelo.

A caracterização de MILES (1993) quanto às diferentes interpretações realizadas sobre a RBC é oportuna para registrar a multiplicidade de enfoques práticos, sobre os quais ocorrem disputas e rupturas. Para ele, a RBC tem sido entendida e praticada como:

- “1. Medidas terapêuticas aplicadas por familiares aos membros com deficiência em sua própria casa, associada a alguns esforços da vizinhança para mudar atitudes e fazer os recursos locais acessíveis aos portadores de deficiência, como, por exemplo, escolas, edifícios públicos, áreas de lazer, etc;*
- 2. Projetos de auto-ajuda de natureza terapêutica, educacional, vocacional ou social, organizada por pessoas com incapacidades, seus ajudantes e amigos, nas casas ou em centros comunitários;*
- 3. Ampla ideologia na qual todos os recursos da nação para reabilitação e integração de pessoas com deficiências – sejam financeiros, habilidades, a “força” das pessoas, equipamentos, planos, atitudes – deveriam ser planejados e alocados eqüitativamente entre toda a população. Isso deveria resultar atividades dos tipos descritos em 1 e 2, que são referidas ao nível comunitário, mas não representam a totalidade da RBC;*
- 4. Projetos nos quais instituições de reabilitação ou centros de recursos para pessoas com deficiência transferem conhecimentos ou habilidades, regular ou ocasionalmente, a comunidades rurais ou carentes” (MILES, 1993, p.238).*

O autor considera que a OMS, no final da década de 70, trabalhava com o enfoque definido no item 3. O fato de nenhum país interessar-se pela implementação de RBC com essa caracterização, diz MILES (1993), gerou os projetos experimentais sob patrocínio da OMS, UNICEF e OIT, o que promoveu, positivamente, o surgimento das ações apontadas em 1 e 2. Para o autor, porém, estes geraram também uma resposta contraproducente às proposições expressas em 3. O problema central seria o

fato de que os argumentos favoráveis à RBC foram centrados no que o autor considera ser uma difamação das instituições de reabilitação: as piores delas foram tomadas como típicas e o "modelo institucional" foi contrastado com um modelo idealizado de comunidade, construindo-se uma retórica muito frágil. O modelo teria ficado, dessa forma, bastante vulnerável.

MOMM; KÖNIG (1990), ligados à Organização Internacional do Trabalho, afirmam que na história dos serviços de reabilitação raras vezes um termo teve aceitação tão unânime quanto "Reabilitação baseada na Comunidade". Essa admissão incondicional, para eles, oculta o fato de que o vocábulo é objeto de uma grande disparidade de interpretações e conseqüências práticas.

Considerando-se o conteúdo de trabalhos mais recentes, como o de PEAT (1997), as polêmicas permanecem ativas. Ao que parece, inclusive, estas parecem ocupar mais espaço no cenário da RBC dos anos 90 do que experiências práticas de peso. PEAT (1997) realça a flexibilidade do modelo como argumento para relativizar a importância da falta de consenso sobre "*(...) o que necessita ser feito, quem pode fazer e quem pode oferecer os serviços*", admitida pelo autor como problema ainda atual, ao citar a frase de Matkin proferida há mais de uma década atrás (Matkin<sup>16</sup>, 1985, citado por PEAT, 1997). Que existem tantos modelos de implementação de RBC quanto a

---

<sup>16</sup> MATKIN, R. E. Rehabilitation: an ambiguous term and an unfulfilled ideal. **Rehabilitation Literature**, v. 46, n.11/12, 1985. p.314-320.

diversidade das comunidades é afirmação correntemente utilizada, com o sentido de debelar as tentativas de normatização do programa.

Sobre esse aspecto FINKENFLÜGEL (1993) comenta que, subjacente a essas discussões, há conflitos de interesses, visto que as conseqüências do debate definem quem toma as decisões nos projetos e influenciam os geradores de fundos. Para ele, a ampla gama de interpretações ocorre porque os profissionais não aceitam que as necessidades sejam definidas pelas próprias pessoas com deficiência, porque atualmente é mais fácil conseguir fundos se qualquer proposta for chamada de RBC e porque o "estilo-caridade", embora realizando ações com objetivos distintos daqueles da RBC, também adotou o termo. Articulada ao conceito de Atenção Primária em Saúde - APS, diz FINKENFLÜGEL (1993), a RBC deixará pouca margem de especulação, pois no conceito de APS originado em Alma-Ata a comunidade aparece não como um **lugar** onde os fatos ocorrem, mas um **ator** - o principal do processo. Chegar mais perto da comunidade, saindo da instituição, não caracteriza a RBC, para ele. FINKENFLÜGEL (1993) defende que a RBC esteja integrada não apenas a programas de desenvolvimento rural e urbano, o que julga essencial, mas aos movimentos organizados de pessoas com deficiência, em concordância com WERNER (1993).

É importante ressaltar que grande parte das considerações que compõem o dissenso sobre a RBC é produzida por atores

que a realizam. Isso parece interferir no fato de que, ainda que o conjunto de argumentos apresentado revele a fragilidade da RBC enquanto modelo estruturado, as conclusões não levam ao questionamento de seus pontos essenciais. Enquanto FINKENFLÜGEL (1993) insiste, como vimos, na utilização do conceito original de Atenção Primária como baliza para a RBC, MOMM; KÖNIG (1990) propõem os "Programas de Integração Comunitária" e MILES (1993) a "Reabilitação baseada na Informação", todos com os mesmos objetivos proclamados pela RBC.

#### ***4. As particularidades das experiências mexicanas***

As experiências que aconteceram no México merecem ser aqui destacadas, tanto pelo fato de serem experiências que ganharam importante notoriedade na área de reabilitação, quanto pelo fato de terem servido como incentivo às proposições da RBC, visto que as antecederam. Além disso, apresentam um formato bastante específico, por adotarem, com ênfase, o caminho da não institucionalização.

Lerna sediou em 1978 projeto que, sob coordenação da OPAS, utilizou o treinamento de médicos, agentes sanitários recrutados entre a população não-profissional e auxiliares voluntários para identificar e avaliar

peças com deficiência, moradores nas comunidades rurais abrangidas. Nessa experiência, cita SASSAKI (1987), encontrou-se que 29% do grupo de pessoas com deficiência, localizado através de censo domiciliar, não necessitava de reabilitação e já estava integrado à comunidade, 41% deste necessitava de "serviços de reabilitação em nível comunitário", enquanto 18% necessitava de "serviços de reabilitação em nível intermediário (centros de saúde, etc)" (SASSAKI, 1987, p.13). Em outras palavras, a maior parte dos casos, segundo os resultados da pesquisa, prescindiria dos serviços especializados. Não se explicita, porém, a que conjunto de necessidades faz-se referência, ao correlacioná-lo a um determinado tipo de serviço. A necessidades não explicitadas atribui-se, ainda, um suposto grau de complexidade a respeito do qual não se pode discutir, pois não se conhece a natureza do objeto sobre o qual se realizou a inferência ou os pressupostos classificatórios utilizados.

Esta parece ter sido a origem da afirmação sobre a adequação dos serviços de atenção primária em relação a maior parte das necessidades da pessoa com deficiência, cujo teor se apresenta não apenas em vários documentos de agências da ONU e mesmo no de nosso Ministério da Saúde (BRASIL, 1995b), mas também em artigos publicados em periódicos científicos. Ao invés de referir-se às necessidades do sujeito com deficiência por sua natureza - como trabalho, escolarização e autodeterminação - toma-se

a necessidade de obter atenção em determinado nível de atenção como assertiva fundamental.

SASSAKI (1987) afirma, também, terem sido elaborados na experiência de Lerna manuais de treinamento para monitores e líderes comunitários, o que, associado a outras características, parece mostrar que esta representou um empreendimento piloto da OMS em relação à RBC, antecedendo à ampla promoção do modelo, que ocorreu definitivamente a partir de 1980.

A experiência denominada "PROJIMO" tem características distintas e tem gerado muito interesse por suas peculiaridades. É um programa desenvolvido em zona rural para atender crianças com deficiência e suas famílias. Foi iniciado em 1982 por agentes comunitários com deficiência, que integravam programa de ação comunitária – Projeto Piaxtla – anteriormente implantado na região. Ao observarem necessidades específicas de pessoas com deficiência, buscaram o auxílio temporário de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos ortopédicos e outros especialistas na confecção de próteses e equipamentos auxiliares que, através de visitas voluntárias ao programa, auxiliaram na elaboração de material de instrução experimental. Depois de testado, esse material foi colocado sob forma de manual – "Disabled

Village Children<sup>17</sup> - e publicado pela Hesperian Foundation (cujo presidente é David Werner), em 1987. O manual é estruturado em três partes:

Parte 1. Refere-se ao trabalho a ser diretamente realizado com a criança e a família, representando o segmento do manual que no qual se localizam orientações sobre técnicas simplificadas de prevenção e tratamento de deficiências, incapacidades e algumas de suas complicações. Enfatiza-se, também, o estímulo ao desenvolvimento infantil e à independência na realização de atividades de vida diária, como alimentação e vestuário.

Parte 2. Trata de temas relacionados ao trabalho com a comunidade: desde a organização e financiamento de um programa comunitário, até como abordar aspectos intracomunitários que dizem respeito à convivência com a deficiência, como a busca por oportunidades de emprego e as barreiras atitudinais.

Parte 3. Trata especificamente da orientação sobre confecção e treino do uso de aparelhos ortopédicos corretivos, cadeiras de rodas e próteses.

Segundo seu autor, o manual não foi escrito por profissionais e testado em campo. Surgiu da experiência prática da equipe de agentes comunitários de saúde, pessoas com deficiência, à medida em que buscavam informações para resolver problemas com os quais freqüentemente deparavam-se (WERNER, 1994).

---

<sup>17</sup> WERNER, D. **Guia de Deficiências e Reabilitação Simplificada; para crianças jovens portadores de deficiência, famílias, técnicos de reabilitação e agentes comunitários de saúde.** Brasília, Corde, 1994.

O programa tem recebido crianças de vários pontos do México, bem como pessoas com deficiência de todo o mundo, que pretendem reproduzir a experiência em outras localidades. Marcam o projeto aspectos como:

- a negação da incorporação permanente de profissionais especializados na equipe de trabalhadores, sendo esta composta por pessoas com deficiência capacitadas através de processos informais e com escolarização média em torno de três anos da escola primária;
- controle totalmente realizado por pessoas com deficiência da comunidade, em esquema de auto-gestão e coordenação rotativa.

WERNER (1999), que tem acompanhado o projeto desde seus primeiros anos, refere que atualmente a equipe, além de oferecer vários serviços, confecciona cadeiras de rodas, órteses leves e membros artificiais a 1/10 do custo do menos apropriado desses elementos confeccionado na cidade.

Pode-se dizer que David Werner representa uma das correntes que compõem o campo de debates sobre a RBC, defendendo sua total independência em relação às instituições e a ligação efetiva com os movimentos sociais.

## **5. O Brasil e a RBC**

No Brasil, foi na década de 90 que a RBC passou a integrar o campo de medidas oficialmente recomendadas<sup>18</sup>. Antes disso, como discurremos anteriormente, as discussões geradas pelos movimentos reivindicatórios nos anos 80, bem como todo o contexto crítico da Reforma Sanitária Brasileira, havia gerado proposições importantes no campo da reabilitação e estas haviam sido, essencialmente, construídas a partir da elaboração crítica do modelo institucional e filantrópico predominante na realidade brasileira. Essas elaborações assentaram-se, por um lado, sobre o direito de atenção integral a ser garantida pelo Estado e, por outro, sobre o direito à participação da pessoa com deficiência em instâncias de decisão - tanto nos âmbitos institucionais quanto na dimensão cotidiana da vida de cada um, o que inclui o seu próprio processo de reabilitação.

Nos documentos brasileiros, oficialmente produzidos a partir dessas idéias e entre os quais pode-se destacar por sua importância histórica o "Sistema de Atenção à Saúde e Reabilitação da Pessoa com Deficiência física e/ou sensorial da Secretaria Estadual da Saúde de São

---

<sup>18</sup> Segundo SASSAKI (1987), a necessidade de desenvolver ações de reabilitação em nível comunitário foi posicionamento adotado pela Comissão Estadual para Apoio e Estímulo ao Desenvolvimento do Ano Internacional de Pessoas com Deficiência da Casa Civil do Governo do Estado de São Paulo, já em 1981.

Paulo" de 1985<sup>19</sup>, princípios como equidade, integralidade e participação uniram-se para conformar modelo de reabilitação que valoriza a integração de pessoas com deficiência ao conjunto de recursos do sistema estadual de saúde, enfatizando aqueles da atenção primária. Embora citando documentos da OMS, não se fez menção à RBC nessa ocasião. O atendimento de pessoas com deficiência em unidades básicas - nas diferentes áreas clínicas que tradicionalmente integram essas unidades - bem como a introdução de medidas de prevenção e ações básicas de reabilitação, foram os pontos que, destacados, traduziam as estratégias para a ampliação de cobertura e resolutividade pretendidos.

Apenas em 1993, quando o Ministério da Saúde edita o documento "Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde - Planejamento e Organização de Serviços"<sup>20</sup>, a RBC é tratada como uma alternativa ao sistema convencional, entendida como uma nova modalidade de atendimento às pessoas com deficiência, "(...) cuja característica é ir ao encontro das necessidades de sua clientela" (BRASIL, 1995b, p. 18). Nesse documento consta que:

*"Compete ao Programa Nacional de Atenção à Saúde das pessoas Portadoras de Deficiência difundir e apoiar a tecnologia da RBC,*

---

<sup>19</sup> São Paulo (Estado) **Sistema de Atendimento de pessoas portadoras de deficiência física e/ou sensorial**, São Paulo, 1995.

<sup>20</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde - Planejamento e Organização de Serviços**. Brasília, 1995b.

*incluindo seus instrumentais de apoio para implementação e avaliação, junto aos Estados e Municípios. Compete aos programas estaduais e municipais, o incentivo, apoio e mobilização da comunidade, bem como a capacitação e acompanhamento dos supervisores e agentes para a implantação da RBC, como uma forma de atendimento integrada ao sistema de atenção à saúde e reabilitação das pessoas com deficiência" (BRASIL, 1995b, p.20).*

Em 1995, a RBC foi discutida em fórum nacional promovido pela CORDE - Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - que é órgão da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos e tem a responsabilidade de gerir políticas para promover a integração da pessoa com deficiência. A denominada "Câmara Técnica sobre RBC" contou com o apoio do Centro de Vida Independente do Rio de Janeiro. Além dos participantes que representavam entidades nacionais, tomaram parte das discussões membros da Handicap Internacional, David Werner, do Projeto PROJIMO, Alícia Amate, da OPAS, e outros representantes de experiências internacionais de RBC.

No encontro, reconheceu-se, mais uma vez, a atuação insuficiente do Estado na implantação de ações de reabilitação e a persistência de excessiva centralidade dos programas, associados à inexpressiva cobertura dos mesmos. Além desses aspectos, criticou-se no formato adotado pelos programas de reabilitação sua característica excessivamente biomédica, bem como sua natureza econômico-pragmática. Paternalista, assistencialista e tecnicista foram os já conhecidos adjetivos atribuídos a esses programas,

acompanhados das também conhecidas críticas em relação à fragmentação das ações, à falta de inter-relação com outros setores, à desconsideração das necessidades dos sujeitos, à falta de participação da comunidade e dos cidadãos e à falta de um sistema de referência e contra-referência, entre outros pontos.

Em outras palavras, considerou-se existir um quadro praticamente idêntico àquele detectado há quase 15 anos em relação à reabilitação. Propôs-se, então, a viabilização de programas de RBC executados em conjunto com os setores governamentais e não-governamentais, estes com papéis e responsabilidades definidas, incluindo-se unidades de educação, saúde e assistência social em sistema de referência e contra-referência (BRASIL, 1995a).

Pode-se dizer que o fórum marcou, no Brasil, um momento importante para a divulgação da RBC no país. Segundo os organizadores, tinha-se a intenção de definir princípios norteadores para o desenvolvimento de programas de RBC a ocorrerem "*(...) especialmente em regiões carentes do Brasil*" (BRASIL, 1995a, p.7). Segundo o documento pretendia-se "*(...) viabilizar serviços originados na comunidade e por ela liderados, gerenciados e controlados*" (BRASIL, 1995a, p.12). São considerados objetivos da Reabilitação baseada na Comunidade:

*"1. Valorizar o potencial da própria comunidade, concebendo a pessoa como agente de seu processo de reabilitação.*

2. *Facilitar a inclusão social de pessoas portadoras de deficiência, incentivando sua mobilização.*
3. *Apoiar a organização comunitária e viabilizar a conscientização da população a respeito da estratégia de Reabilitação Baseada na Comunidade.*
4. *Incluir a livre participação de cidadãos da comunidade no processo de levantamento das necessidades, de tomada de decisões, de execução dos serviços e de avaliação dos resultados obtidos.*
5. *Recuperar a noção de ser integral (visão holística), executando programas básicos para desenvolver a autoconfiança e a independência das pessoas portadoras de deficiência e seus familiares.*
6. *Fortalecer os indivíduos para que possam constituir grupo de pressão capaz de atuar na transformação social, incluindo as diferenças.*
7. *Mudar o modelo assistencialista para o modelo participativo, trabalhando integradamente e valorizando quem vive o processo, para definição conjunta dos objetivos a serem alcançados.*
8. *Treinar usuários de serviços, famílias, agentes comunitários, outros membros da comunidade e profissionais na perspectiva da educação continuada.*
9. *Incluir o conhecimento de Reabilitação Baseada na Comunidade na capacitação de agentes comunitários, considerando-os como um dos grupos que podem participar da Reabilitação Baseada na Comunidade.*
10. *Motivar profissionais do setor público para a proposta de Reabilitação Baseada na Comunidade.*
11. *Mudar o enfoque da relação profissional usuário, de autoritário para participativo.*
12. *Basear as ações nas potencialidade e aptidões das pessoas portadoras de deficiência e não em suas deficiências.*
13. *Incluir, entre as atividades universitárias de extensão, a participação em programas de Reabilitação Baseada na Comunidade.*
14. *Promover na comunidade campanhas de sensibilização e conscientização.*
15. *Informar a comunidade sobre recursos existentes nos conselhos e fundos oficiais.*
16. *Atender às necessidades básicas de alimentação, saúde, educação, trabalho, moradia, etc., por meio de programas de atenção integral, humanizados, que respeitem os direitos*

*assegurados em documentos oficiais pertinentes à criança e ao adolescente, à pessoa portadora de deficiência e ao idoso.*

*17. Promover ações de prevenção de deficiências.*

*18. Evitar incapacidades secundárias de pessoas portadoras de deficiência, com medidas educativas e de auto-conhecimento.*

*19. Favorecer a inclusão social de pessoas portadoras de deficiência, mediante o uso de adaptações e recursos tecnológicos.*

*20. Adequar espaços físicos, edificações e meios de transporte.*

*21. Possibilitar a acessibilidade a todos os serviços da comunidade, integrados com os serviços públicos.*

*22. Definir recursos humanos da comunidade e fora da comunidade.*

*23. Definir recursos materiais e financeiros.*

*24. Otimizar os recursos existentes” (BRASIL, 1995a, p.12, 13, 14).*

Como se vê, à RBC é atribuída a capacidade e a responsabilidade de transformar radicalmente a situação de pessoas com deficiência, seja no âmbito da assistência à saúde e reabilitação, seja no âmbito das relações mais gerais no campo social. Para isso, no entanto, nem alocação de recursos, nem medidas gerenciais a serem adotadas pelo governo estão definidas no documento. A utilização de termos genéricos impede a compreensão de quem e do quê, afinal, será remunerado na RBC. Também não se mostra qual a participação pretendida para a rede assistencial já constituída.

Ao governo federal é atribuída a função de responsabilizar os diferentes níveis pela alocação de recursos financeiros, humanos e tecnológicos para viabilizar e dar continuidade aos projetos. Porém, da sociedade civil organizada espera-se que também contribua para a captação de recursos financeiros, humanos e tecnológicos e/ou os coloque à disposição do projeto. À comunidade atribui-se, além disso, a responsabilidade

de identificar e utilizar sua riqueza para definir e orientar o desenvolvimento do projeto. Assim, sobre todas as instâncias envolvidas no projeto parece recair a responsabilidade por custos não claramente identificados.

Quanto à pessoa com deficiência, bem como sua família, o fórum considera-os como os principais recursos humanos, delimitando sua atuação, porém, enquanto agentes de seu processo de reabilitação ou de seu familiar. Não parece haver previsão de que estes assumam a função de assistir diretamente outras pessoas com deficiência, como ocorre nas proposições originais de RBC. Por fim, seria necessário questionar por que estes objetivos estão referidos especificamente à RBC e não a um outro modelo de atenção em reabilitação. Com exceção do que se considera no item 8, que expressa uma maior aproximação ao método da RBC, parece que os objetivos desenvolvidos nos itens restantes caberiam tão bem a outras proposições assistenciais quanto cabem à RBC.

As primeiras experiências de RBC, baseadas no modelo proposto pela OMS deram-se no interior do Estado de São Paulo, nas cidades de Ourinhos e Rio Claro. Segundo SASSAKI (1987), no período de 1983 a 1985 a Fundação MOBREAL foi responsável pela condução dos trabalhos no interior, cujos resultados declarados envolveram o atendimento de 332 pessoas que não vinham recebendo assistência em serviços de reabilitação. Essas

peças foram atendidas em suas residências ou vizinhança ou, ainda, foram encaminhadas para serviços de referência dentro ou fora das regiões do projeto, através de trabalho desenvolvido por 177 voluntários recrutados nas próprias comunidades.

A partir de meados da década de 80, outros projetos foram colocados em prática no Brasil, adotando a identidade da RBC. Algumas dessas experiências serão brevemente relatadas aqui, essencialmente com o objetivo de retratar o panorama geral das práticas desenvolvidas sob essa denominação, o que contextualiza aspectos que serão discutidos mais à frente. Procura-se ressaltar, especialmente, os recursos envolvidos em cada experiência por julgá-los essenciais na conformação da proposta. Para se conhecer singularidades de cada experiência, como todas as modalidades de ação colocadas em prática, ou mesmo seus resultados, há necessidade de estudo apropriado.

Os projetos têm sido conhecidos, principalmente, à partir de sua divulgação em eventos que têm por objetivo possibilitar o intercâmbio entre as distintas experiências. Provavelmente, outros programas de RBC estejam em andamento no tão vasto território brasileiro. Por serem divulgados em fóruns pouco abrangentes, podem estar sendo omitidos aqui. Além dos programas apresentados a seguir, há indicações de que experiências de RBC vêm sendo desenvolvidas pela FUNLAR, do município do Rio de Janeiro, pela

Comunidade Nova Semente, também do Rio de Janeiro, e em projeto experimental implantado pela CORDE em Peri-Peri, Pernambuco. A respeito destas, porém, não pudemos obter informações suficientes para sua descrição.

### **São Luís - Maranhão**

Prevenção de deficiências e estimulação do desenvolvimento infantil foram objetivos do programa que em 1987, sob promoção da UNICEF, a cidade de São Luís passou a sediar. Integrou-se a programa já existente realizado através da ação de profissionais de nível superior com qualificações distintas - denominados instrutores – no âmbito da atenção primária. Os instrutores foram responsáveis por identificar lideranças na comunidade que, posteriormente, transformaram-se em agentes comunitários. Estes, inicialmente receberam cestas básicas em troca do trabalho realizado e, mais tarde, a partir da organização e reivindicação do grupo, remuneração por produtividade. Mina Regen, profissional brasileira com experiência prévia em trabalho comunitário no campo das deficiências, assessorou o programa mediante convite da UNICEF. As secretarias estaduais e municipais de saúde, bem como o Ministério da Saúde e Universidade Federal do Maranhão também tiveram atuação no programa (KUNIYOSI; PERES, 1999).

## **Projeto Saúde-Alegria de Santarém - Amazonas**

Integrantes do projeto Saúde-Alegria, que atua desde 1984 junto a comunidades ribeirinhas extrativistas dos rios Amazonas, Tapajós e Arapiuns desenvolvendo ações de saúde em várias frentes - como saúde da mulher, saneamento, educação em saúde e produção agroflorestal, entre outras - iniciaram em 1995 ações voltadas às pessoas com deficiência, através de convite e apoio da OMS. A participação da comunidade parece estar organizada em núcleos comunitários, como o Clube de Mães e de jovens. Em Seminário realizado em agosto de 1999 na APAE-SP, integrantes do programa narraram aspectos da experiência de RBC, cujo enfoque principal tem sido a prevenção de incapacidades realizada em parceria com outras organizações não-governamentais.

O projeto Saúde-Alegria, depois de sua origem vinculada à Prefeitura de Santarém, passou a desenvolver-se através do financiamento de diferentes entidades. Primeiramente, consolidou-se através de recursos do FINSOCIAL do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico/BNDS, com supervisão técnica da Fundação Oswaldo Cruz -FIOCRUZ - e da Universidade Federal do Pará. A partir de 1993 começou a contar com convênios internacionais - Fundação Konrad Adenauer em co-financiamento com a União Européia, UNICEF e OMS (SCANNAVINO, E.N.; SCANNAVINO, C.N., 1995).

## Salvador - Bahia

Em Cajazeiras, zona peri-urbana da cidade de Salvador, instalou-se a partir de 1995 programa de RBC através de convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde (órgão proponente), Associação dos Amigos de Raoul Follereau - entidade não-governamental italiana de combate à hanseníase - e a Handicap Internacional - organização de origem francesa especificamente voltada à assistência de pessoas com deficiência nos países em desenvolvimento.

Iniciou-se à partir do oferecimento, pela Secretaria Estadual de Saúde, de cinco auxiliares de enfermagem e dois profissionais de nível superior para desenvolverem atividades junto às pessoas com deficiência. Segundo DUMAS (1998), o objetivo era *"(...) associar um serviço de ajuda simplificada e técnicas alternativas realizadas no domicílio do paciente, apoiando-se nos serviços oferecidos no Hospital Especializado (...)"* (DUMAS, 1998, p.6).

Durante dois anos e meio esses profissionais foram capacitados por meio de curso ministrado por pessoal de nível superior do Hospital Dom Rodrigo de Menezes – hospital especializado da região - um técnico da Handicap Internacional e outros profissionais da área de saúde provenientes de outras localidades brasileiras. Ao mesmo tempo em que isso ocorria, os profissionais desenvolviam atividades em três níveis:

1. Junto ao paciente: atendimentos domiciliares semanais, realizados pelos auxiliares de enfermagem e mensais pelo supervisor, para execução do plano de trabalho elaborado para cada paciente. Os serviços prestados foram "(...) *orientações, pequenas ajudas e adaptações técnicas, atividades de reabilitação, informação sobre seus direitos e encaminhamento e acompanhamento*" (DUMAS, 1998, p.14).
2. Familiares: reuniões mensais com familiares com o objetivo de criar uma rede de solidariedade e estimular sua organização. Os serviços envolvidos foram "(...) *apoio, orientações, informações sobre os direitos do portador de deficiência e encaminhamentos*" (DUMAS, 1998, p.14).
3. Comunidade: atividades de sensibilização e conscientização, orientação e informação.

Os supervisores locais do programa foram os profissionais da equipe do hospital.

O programa, que previa o apoio e participação de membros da Handicap Internacional durante apenas os dois anos e meio iniciais, passou, a partir de então, contar com um comitê gestor, composto por vários membros: da equipe de RBC, da direção do hospital Dom Rodrigo de Menezes, do Distrito Sanitário, da Handicap Internacional, usuários do programa e lideranças comunitárias. Entretanto, segundo relatório de outubro de 1998 sobre as ações do programa "(...) *o programa efetivamente só*

*funcionou até o mês de agosto de 1998, quando ainda contava(mos) com o apoio logístico da Handicap Internacional. Desde então o programa está quase parado" (grifos do autor) (DUMAS, 1998, p.19).*

### **São Bernardo do Campo - São Paulo**

Equipe composta por três técnicos de nível superior têm atuado desde 1997 junto aos moradores da favela Oleoduto, em São Bernardo do Campo. São profissionais contratados pela Associação para a Valorização dos Excepcionais - AVAPE, que é instituição filantrópica atuando na área de reabilitação profissional e que, nos anos 90, passou a desenvolver ações comunitárias. O trabalho é associado à Pastoral de Saúde que, além de ter os seus membros atuando diretamente junto às pessoas com deficiência e familiares, gerencia convênio com entidade sediada em Ímola, que provê parte dos fundos para o programa. Outra parte dos fundos é proveniente de doações da comunidade e realização de bazares comunitários. O atendimento tem sido oferecido através de oficinas de periodicidade semanal, dirigidas a grupo heterogêneo composto por sujeitos com deficiência mental, sensorial, física e portadores de transtornos psíquicos (KUNIYOSI; PERES, 1999)

## **São Paulo - São Paulo**

Um dos grupos que vem realizando ações de RBC na cidade de São Paulo é constituído por profissionais de uma das mais tradicionais instituições da área de reabilitação: a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE. Nesta, que é entidade de cunho filantrópico constituída por um conjunto de instituições presentes em vários municípios brasileiros, predomina o modelo hegemônico de reabilitação. As experiências de RBC têm ocorrido à partir da criação do Projeto Comunitário da APAE-SP que pode ser considerado de pequena dimensão, considerando o porte institucional e o status que goza outros segmentos da mesma. Uma equipe formada por profissionais de nível superior atua em zonas peri-urbanas da capital, realizando ações de sensibilização, assessoria, informação e orientação junto a dois grupos distintos no sentido de *"(...) instrumentalizá-los como agentes multiplicadores de ações simplificadas no atendimento ao portador de deficiência"* (PROGRAMA COMUNITÁRIO - APAE - SP, 1996, p.10). Os grupos são a) membros da comunidade, tais como voluntários, monitores, pais e pessoas com deficiência e b) equipes ou técnicos que atendam pessoas dessa comunidade, como professores, médicos e atendentes de creche. Algumas das experiências divulgadas por essa instituição são:

a) Centro de Atividades Renascer Jardim Colorado

O projeto iniciou-se a partir da reivindicação de mães de pessoas com deficiência, moradoras no bairro de mesmo nome. Em 1992, a APAE assumiu a orientação do projeto, constituindo equipe especificamente para esse fim. O trabalho foi desenvolvido junto às díades mãe-filho, estabelecendo processo através do qual as mães buscaram melhorar o desempenho dos filhos nas atividades de vida diária. Em média, participam doze díades nos encontros. Os recursos que viabilizaram o projeto foram obtidos através da venda de objetos, alguns deles arrecadados na comunidade e outros manufaturados pelas mães. Além disso, o projeto é conveniado com a Sassakawa Foundation. Originalmente esperava-se que o grupo, após algum tempo, pudesse autosustentar-se. Mais tarde, a equipe considerou a necessidade de estabelecer dinâmicas de co-gestão, mantendo-se, tecnicamente, na retaguarda do projeto.

b) Cangaíba

O projeto reúne mães de pessoas com deficiência que, organizadas em grupo denominado "Grupo de Atividades Construindo o Amanhã da Paróquia Bom Jesus de Cangaíba" e assessorado pelo Programa Comunitário da APAE, realiza ações de reabilitação junto a seus filhos. A maior

parte do integrantes é constituída por deficientes mentais. Doze famílias beneficiam-se do projeto.

c) Projeto Creche

É fruto de parceria com a Prefeitura Municipal de São Paulo. As ações ocorrem junto aos funcionários de seis creches da zona sul, com o objetivo de favorecer a inclusão e manutenção de crianças com deficiência nesses equipamentos.

d) Projeto Momento da Notícia

Visando a transmissão adequada da notícia sobre a deficiência aos pais, trabalha-se junto aos profissionais das maternidades e alunos de cursos superiores, além da preparação de grupo de apoio a pais recentes, denominado "pais-apoio".

A equipe atua, também, oferecendo palestras, cursos e discussões com grupos da comunidade, com o objetivo de desmistificar concepções acerca das deficiências e divulgar a RBC.

Além destes, realizados pela APAE, há outros projetos de RBC nas zonas peri-urbanas da cidade de São Paulo.

No Jardim Vista Alegre originou-se em 1997, a partir da iniciativa de algumas lideranças comunitárias atuantes na paróquia local. Contou com assessoria do Centro de Vida Independente Aracy Nallin e do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP, em seu período inicial. Três diferentes grupos de trabalho foram criados, principalmente a partir do trabalho voluntário dos membros da Pastoral de Saúde. Duas dessas frentes visavam a geração de renda, sendo uma delas de confecção de papel reciclado e outra, reunindo-se em local distinto, de elaboração de artesanato com materiais recicláveis. Outra frente de trabalho organizou-se, à pedido do grupo, com o objetivo de regularizar a situação civil daqueles que não tinham documentos, como carteira de identidade e título de eleitor ou, ainda, desconheciam direitos a benefícios previdenciários e outros. Depois de um período de desestruturação, com o trabalho praticamente encerrado em virtude da falta de recursos para implementar aspectos básicos, como o transporte das pessoas com deficiência até o local de reunião dos grupos, novos sujeitos da comunidade assumiram a condução dos trabalhos, estabelecendo vínculo com o grupo PARCEIROS - Projetos Alternativos em Reabilitação, que é ONG criada por profissionais com experiência em trabalhos comunitários. O nome do projeto foi alterado para Projeto UNIVIDA e, através

da assessoria do grupo PARCEIROS, redigiu proposta com o intuito de obter recursos junto a entidades financiadoras e, só assim, reiniciar suas atividades assistenciais (KUNIYOSI; PERES, 1999).

No Jardim D'Abril, zona oeste da cidade de São Paulo, a experiência de RBC ocorre desde 1998, quando lideranças comunitárias ligadas à Pastoral Social da Paróquia São José Operário solicitaram assessoria do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP para o desenvolvimento de ações de reabilitação. No projeto, além destes estão envolvidos membros do Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente do Butantã, freqüentadores da Igreja Santa Rita e técnicos da UBS, creche e Escola Municipal de Educação Infantil da região. Além de ações que objetivam a inserção e manutenção de crianças com deficiência em creches e escolas de ensino regular, realizam-se atendimentos domiciliares e atividades de geração de renda. Entre os participantes do projeto há um grupo buscando constituir-se enquanto cooperativa de trabalho, realizando atividades de marcenaria, costura e tricô (OLIVER et al., 2000).

## **6. A RBC nos países economicamente desenvolvidos**

Como vimos, as indicações da ONU têm referido a Reabilitação baseada na Comunidade como uma estratégia adequada,

principalmente, aos problemas encontrados nos países em desenvolvimento. Entretanto, reconhecendo-se problemas que persistem nos países economicamente desenvolvidos - no que diz respeito aos resultados que atingem as onerosas instituições de reabilitação quanto à inserção de pessoas com deficiência na comunidade - indica-se o seguimento de certos princípios da RBC como atitudes adequadas também a esses países:

*"Em vista de mudanças sociais que vem ocorrendo e do alto custo dos serviços de reabilitação de base institucional, (...) se explicará ao público que se a reabilitação passa da atenção institucional a um serviço de base comunitária, e se os parentes dos incapacitados se encarregam de atendê-los, pode obter-se uma assistência igualmente boa, senão melhor, a um custo muito inferior para a sociedade em seu conjunto" (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD, 1981, p.21).*

A diminuição dos custos da reabilitação, bem como a ampliação das possibilidades de autodeterminação das pessoas com deficiência são argumentos que vêm impulsionando a adoção de estratégias de deslocamento dos serviços de reabilitação da instituição especializada à comunidade, também em países economicamente desenvolvidos. Esses argumentos partem de diferentes atores: o primeiro é adotado pelos governantes em períodos de contenção das políticas de corte social; o segundo emana dos movimentos de pessoas com deficiência, preocupados com o paternalismo, autoritarismo e segregação vigentes nas práticas institucionais.

Essas idéias têm sido traduzidas em diferentes experiências práticas sem que, no entanto, possa nelas serem verificados os

aspectos essenciais do modelo preconizado por agências como OMS e OIT. A comunidade, nesses casos, em geral tem o sentido de “domicílio”, o que assemelha esse tipo de ação a programas de atenção domiciliar ou seguimento hospitalar extra-muros.

A novidade trazida por esses programas é, principalmente, o fato de incorporarem demandas decorrentes de patologias crônicas que geram algum grau de incapacidade. Sendo constantemente modificadas, quer seja em função de processos patológicos ou de transformações do próprio sujeito, essas incapacidades ficavam sem atenção e agravavam-se, gerando ônus ainda maior. Os profissionais, freqüentemente técnicos especializados, atuam, então, sobre a funcionalidade requerida à execução das atividades de vida diária, buscando criar condições para que os pacientes mantenham ou aumentem as possibilidades de conduzir a rotina doméstica de forma independente, prescindindo da instituição. No Canadá, por exemplo, essa preocupação tem sido referida principalmente em relação à população idosa, gerando ações práticas com esses objetivos (PICKLES et al., 1994).

Outras experiências, ainda no Canadá, justificam-se pelas dificuldades de acesso da população rural aos serviços especializados. Através de clínicas móveis realizam-se ações nos diferentes organismos que oferecem serviços ao paciente geriátrico: programas geriátricos regionais, hospitais-dia e

serviços de saúde gerais, além da assistência prestada em domicílio. O programa, que iniciou atividades com fundos provenientes de organização de caridade e depois tornou-se público, refere realizar atividades clínicas, educacionais, de pesquisa e jurídica (LAVALLE; CRUPI, 1992). É importante notar que o sentido atribuído ao termo "comunidade" está, essencialmente, definido pelo conjunto de recursos assistenciais locais, previamente estruturados.

A preocupação com a reabilitação da população idosa é manifestada também na Inglaterra, argumentando-se que parcela significativa desse grupo populacional é portadora de incapacidades e tem representado uma proporção cada vez mais importante a partir do pós-guerra. A. K. Clarke, em 1986, manifestava em conferência proferida em Manila que, frente à progressão da demanda, às restrições financeiras e aos tipos de deficiência encontradas na população da Grã-bretanha, os serviços baseados em Centros de Reabilitação não eram apropriados. Estes, defendia o autor, deveriam ser orientados à pessoa com deficiência em sua própria comunidade, devendo a categoria médica, e especialmente os "general practioner", assumir o comando desse processo de mudança (CLARKE, 1987).

Verifica-se que, na prática, a qualificação "baseada na comunidade" tem sido aplicada nos países economicamente desenvolvidos para designar diferentes projetos de atenção, que ocorrem em ambientes

externos à instituição, sem que, necessariamente, aconteça o envolvimento da comunidade em qualquer nível de decisão ou implementação do programa.

## **7. A RBC e suas categorias centrais**

### O público e o privado na RBC

É difícil captar com clareza a real participação do Estado nas experiências documentadas. MOMM ;KÖNIG (1990) referem que embora os Estados sempre aceitem implementar a RBC quando há recursos de origem externa, pouco acrescentam a eles. MILES (1993) o complementa, afirmando que o envolvimento do Estado deixa muito a desejar, afirmando, ainda, que até 1992 nenhum Estado havia colocado a RBC em prática como política nacional.

Mas o que se espera, realmente, que seja a participação do Estado na RBC? Esta parece ser uma interrogação fundamental.

Poucos autores demonstram o papel desempenhado pelos governos nos programas de RBC concretizados. Nos artigos em que se apresentam resultados de estudos específicos, quase nada se comenta à respeito da estrutura político-administrativa dos programas que os sediaram. Naqueles em que se relata processos de implementação, o Estado surge

sempre como um ator social secundário no que se refere à gestão desses processos, calando-se sobre suas realizações práticas.

Esse tipo de apresentação discursiva vem ao encontro da expectativa de que a comunidade desenvolva sua autonomia em relação às instituições e, notadamente, àquelas do setor público. Através das proposições da RBC, aparentemente a adesão de grupos voluntários não remunerados, assim como a otimização de recursos locais, não implicaria em investimentos financeiros, podendo, então, os programas de atividades da RBC serem geridos por qualquer comunidade.

A dotação de poder às comunidades, a gestão em processos privados (sejam estes realizados por atores coletivos ou individuais), aparece, nesse discurso, como respeito, radicalmente elaborado, à autonomia desses sujeitos. Apesar das motivações econômicas da RBC não estarem omitidas, elas surgem num contexto de "tudo ou nada", no qual a RBC se contrapõe ao vazio - representado pela impossibilidade do Estado assumir os custos dos serviços de reabilitação - ou à total inoperância institucional. A diluição da responsabilidade do Estado, representa, assim, quase que como um bem a ser conquistado pela comunidade.

Alguns autores, no entanto, têm mostrado o caráter contraditório da RBC no que diz respeito a custos. MOMM; KÖNIG (1990) relatam, em tom crítico, que a participação de fundos estatais e o envolvimento

de organismos públicos, nacionais ou locais, não vêm ocorrendo nas experiências de RBC, podendo ser considerados quase nulos, apesar da retórica de apoio dos ministérios envolvidos.

Isso ocorre, para os autores, na medida em que as propostas de RBC têm sido implementadas através da introdução de recursos externos às comunidades como fator inaugural. No tom crítico adotado, parece estar embutida a reconsideração à respeito do volume financeiro implicado na RBC. Cabe ressaltar que a OMS foi responsável, em 1980, por divulgar fórmula em que, projetados comparativamente os custos entre a reabilitação de base institucional e a RBC, chega-se à conclusão que cada pessoa com deficiência custaria menos de 20 centavos de dólar por dia, se vinculado ao segundo (SASSAKI, 1987). MOMM; KÖNIG (1990), contudo, concluem que os serviços de reabilitação com qualidade, mesmo em nível comunitário, são custosos. Para eles, a capacitação a baixo custo nunca poderá ser eficaz, considerando o que ficou demonstrado em estudo realizado na Indonésia.

Nenhuma experiência, demonstrou-se, foi realmente eficaz com recursos exclusivamente de procedência local ou nacional, prescindindo do constante estímulo e apoio externos, era o que diziam esses autores, já no início da década de 90. Quanto a esse aspecto, afirmavam:

*"Toda esperança de que a RBC constitua uma solução factível e econômica carece de fundamento. Somente quando se puder mobilizar recursos em grandes quantidades e assegurar o seguimento dos programas, haverá probabilidades realistas de que*

*os mesmos sejam verossímeis e obtenham o respaldo das comunidades locais, assim como do coletivo interessado: os próprios incapacitados" (MOMM; KÖNIG, 1990, p.16).*

CRISHNA (1999), concordando, afirma que a boa RBC é cara. Não há, também para ele, a menor possibilidade de se realizar a capacitação da comunidade a baixo custo, considerando-se a necessidade de garantir a qualidade das ações. CRISHNA (1999), quase dez anos após a manifestação de MOMM; KÖNIG (1990), ainda considera importante destacar em sua análise que a sustentabilidade do projeto exclusivamente com recursos da comunidade é impossível.

Partindo-se dessas considerações tornam-se mais claros os discursos da área. Vários autores, como já se destacou neste estudo, têm minimizado a polêmica em torno das diferentes faces com as quais a RBC vem sendo representada. Mas, embora possa ser admitido que a polêmica ocorre, fundamentalmente, condicionada às questões relativas à manutenção e distribuição de poderes e fundos, não se pode trata-la como tema irrelevante ao desenvolvimento prático da RBC. Basicamente, as diferentes experiências de RBC mostram diferentes graus de aproximação dos equipamentos públicos, principalmente os de saúde e, conseqüentemente, maior ou menor autonomia em relação ao Estado. Isso implica em operar com estruturas e possibilidades distintas de financiamento, o que pode ser decisivo para a conformação do desenho assistencial dos projetos.

A experiência Mexicana, como se viu, é aquela que representa o pólo em que as ações se encontram mais dissociadas, ou ainda, independentes, das ações estatais, representando uma experiência cujos resultados positivos, considerando-se a autosustentação financeira do programa, podem ser considerados como exceção.

A linha seguiria em direção a um pólo em que, de outra forma, respeitando-se a capacidade de grupos e sujeitos expressarem suas necessidades e produzirem saberes, as ações da RBC teriam origem nos serviços públicos. Essa possibilidade, porém, é um ponto pouco esclarecido da RBC, visto que documentos e pareceres elaborados por seus proponentes não formulam propostas sobre as possíveis relações a serem construídas com o setor público. Mesmo a defesa da relação entre Atenção Primária e RBC, a qual trata FINKENFLÜGEL (1993), diz respeito mais ao campo das elaborações conceituais do que às vinculações praticadas em experiências reais, articulações concretas referidas ao fazer cotidiano.

Se a RBC é suplementar ou não, em localidades onde existe uma rede de serviços constituída previamente, não é uma questão a ser explicada pela flexibilidade, a nosso ver. A integração com equipamentos públicos de saúde torna a questão do baixo custo algo discutível, à medida em que pode tornar o programa mais complexo, envolvendo a utilização de recursos humanos e materiais mais onerosos. Além do mais, parece-nos

cumprir função ideológica distinta, especificamente no que se refere ao papel do Estado. A autonomia da comunidade não implicaria, nesse caso, em auto-sustentação financeira. A integração ao âmbito das práticas públicas torna possível que a promoção de autonomia da comunidade venha a ser projetada sem que sobre esta recaia, como um castigo, a tarefa de obter fundos para a mais essencial das ações. A integração real da RBC no campo das políticas e equipamentos públicos pode significar, portanto, a diluição do vínculo fundamental entre gerenciamento e financiamento.

Pode-se notar também, através da referência ao Ministério da Saúde, em grande parte das experiências, que não é somente com o apoio retórico, ou com a concordância desse nível de governo, que as ações de RBC têm contado. Indiretamente, os Ministérios têm atuado nessas experiências principalmente através da liberação de recursos humanos contratados originalmente para o trabalho em instituições especializadas. Equipes técnicas dessas unidades, compostas pelos tradicionais profissionais de reabilitação e que nela atuam sob o paradigma do modelo médico, vêm sendo orientadas por agentes externos (pessoal de apoio das agências internacionais) a atuarem no planejamento e execução de programas formais de capacitação, bem como para desenvolverem atividades de supervisão do trabalho realizado por pessoal não-especializado ou voluntário. Assim, esses profissionais acabam por atuar de forma decisiva na conformação dos

programas de RBC, à medida em que, transmitindo um certo tipo de olhar sobre o problema das deficiências e a ação terapêutica correspondente, remetem os novos trabalhadores a um determinado conjunto de elaborações sobre as deficiências e a reabilitação. É preciso também ressaltar que os projetos de capacitação são processos relativamente longos, com duração de 1 a 2 anos, o que associado às possíveis supervisões ocorridas ao longo de todo o programa, coloca profissionais especializados e agentes em formação em contato bastante estreito. Além disso, dependendo do desenho assistencial, a capacitação é precedida de grandes ações de recrutamento de pessoal, no qual a participação intensa desses técnicos também vem ocorrendo.

Podemos considerar, por fim, que a proposta de RBC, no que se refere às suas motivações econômicas, vem ao encontro do processo de transferência aos cidadãos das atribuições do Estado no campo das políticas públicas. Pode ser entendida, portanto, como parte do amplo contexto de mudanças na relação Estado-sociedade pretendido pelo pensamento neoliberal. Preconizando, primordialmente, a redução de custos e a simplificação, afina-se às recomendações emitidas por agências financeiras que determinam aos países em desenvolvimento a diminuição da atuação do Estado nas questões sociais e o redirecionamento econômico para outros fatores da economia. Por outro lado, tendo sido gerada e por continuar gerando um conjunto de elaborações críticas em relação ao modelo médico e a

verticalidade de seus programas, parece vir alavancando experiências que inauguram relações mais democráticas, nas quais verificam-se interações mais produtivas entre os âmbitos público e privado, principalmente do ponto de vista das relações interpessoais. Os programas de RBC parece virem conseguindo, por exemplo, evidenciar o problema das deficiências, bem como situá-lo no âmbito dos problemas da coletividade, em oposição ao âmbito privativo.

#### Participação social na RBC: a comunidade no comando?

Desde a década de 70, a participação social tem sido apontada nas recomendações da OMS como aspecto fundamental a ser promovido pelos governos. A criação de canais de participação de usuários junto a instâncias decisórias de planejamento e execução da política de saúde, bem como o decorrente controle social exercido por esses grupos, têm sido colocados como pontos estratégicos contra a inadequação assistencial. Consequentemente, traz também maior probabilidade de que haja adesão e colaboração com o programa proposto. No que se refere às pessoas com deficiência, o Estado tem sido chamado a *"(...) incrementar a sua assistência às organizações de pessoas deficientes, ajudando-as a coordenar a*

*representação dos seus interesses e preocupações", bem como a "(...) proporcionar-lhes canais para que possam influir nas políticas e decisões governamentais em todas as esferas que lhe dizem respeito" (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1992, p.35). A RBC, para seus idealizadores, representaria uma adesão radical ao princípio de democratização das decisões, colocando a comunidade mais imediatamente interessada - entendendo-se comunidade por coletivos organizados - como principal agente do planejamento, elaboração e execução do programa assistencial.*

Quanto a isso, MOMM; KÖNIG (1990) discorrem criticamente, alegando que a fundamentação da RBC ocorre sobre idealizações acerca de conceitos e realidades fundamentais da vida comunitária. Os autores consideram que parte-se de uma visão ingênua de comunidade, desconsiderando-se a existência de dinâmicas próprias, mobilizadas através da interação entre forças sociais internas e destas com as de origem externa. Crenças, movimentos gerados por imposições econômicas que causam perda de coesão comunitária, estratégias próprias de convivência com pessoas com deficiência, necessidades e exigências causadas por ingerências externas são exemplos citados pelos autores como aspectos pouco conhecidos pelos planejadores de RBC.

Segundo esses autores, há duas grandes linhas de pensamento entre os adeptos da RBC, ambas com expectativas impróprias em

relação à comunidade. Uma, é aquela que encarrega os membros da família e a comunidade da tarefa de executar as funções da reabilitação, baseados no programa de saúde comunitária, através de extrema simplificação que permite que mesmo pessoas analfabetas possam realizar exercícios terapêuticos e produzir e usar equipamentos simples. O programa, nesses casos, pode ser totalmente não-institucional.

Outra linha, ou escola, como referem os autores, concebe a RBC como uma extensão de outros serviços, baseada no objetivo de oferecer reabilitação profissional a um grande número de pessoas com deficiência, especialmente nas áreas rurais, e encaminhar os que necessitam a centros de reabilitação mais sofisticados. Nesse sentido, dizem, é possível verificar que a comunidade ideal para a RBC defendida pela primeira linha de pensamento é aquela que dispõe, ainda que moderadamente, de fundos e meios necessários à sua aplicação, bem como pessoas interessadas e aptas a entender e adotar suas técnicas, dispostas a mudar suas próprias atitudes negativas em relação às pessoas com deficiência e desejosas de prestar ajuda sem remuneração. Mais ainda, essa população deve ter cultura geral razoável e seus membros devem estar familiarizados com valores distintos aos do sistema comunitário em que vivem, para poder gerar um dos aspectos fundamentais da RBC: a mudança de atitudes.

No segundo enfoque, mesmo que as atividades de reabilitação e reinserção partam de uma instituição, implicam, também, no cumprimento de uma série de requisitos, tais como a existência de uma infraestrutura de serviços que permita a implantação da RBC, sistemas de comunicação com espaços exteriores à comunidade, presença de organizações que implementem a participação comunitária e, principalmente, vínculo da comunidade com projetos de desenvolvimento comunitário que ofereçam oportunidades de inserção às pessoas com deficiência.

Essas comunidades, para os autores, são pré-requisitos idealizados. Não são encontradas na realidade objetiva, e esse seria um nó crítico da RBC.

Embora reconhecendo a procedência de tais afirmações, considerando-se as experiências estudadas, não nos parece que o maior problema da RBC seja trabalhar à partir de idealizações, mas o fato de buscar produzi-las. Por que complexidades e particularidades não previstas tornam-se problemas, se o modelo parte, como indica, da necessidade de adequação às necessidades e recursos locais? Se o pré-requisito à ação profissional é a escuta à demanda, onde estaria o problema? Na medida em que se revelassem as particularidades da comunidade, os profissionais trabalhariam com elas, pois seria impossível prever comunidades. De outra forma, parece que o que não se ressalta, mas frustra, é o projeto que se pretende para as

comunidades, gerado *a priori* em gabinetes. As afirmações de MOMM; KÖNIG (1990), nesse sentido, estão imbuídas da percepção da impossibilidade da RBC produzir o projeto de vida comunitária sugerido: a comunidade auto-sustentável. Nesse sentido, o que as experiências concretizadas colocam em questão é, principalmente, essa idealização. A idealização de uma comunidade com poucos recursos, vivendo com um mínimo de ações estatais, solucionando por conta própria seus problemas, com prazer e eficácia.

Como já se apontou aqui, embora sendo um dos pilares sobre os quais ocorrem as proposições, não há consenso conceitual ou prático sobre a comunidade nos programas de RBC. Através da literatura disponível, verifica-se que, freqüentemente, a atuação da comunidade tem se definido de acordo com a orientação dos coordenadores dos programas de RBC, podendo ser atribuídos a ela papéis distintos no que se refere aos níveis de decisão. Tem sido mais comum que a atuação aconteça, essencialmente, quanto aos cuidados prestados às pessoas com deficiência, o que tem ocorrido pela ação de pais ou outras pessoas já implicadas, diretamente, nesses cuidados. A participação em níveis de decisão que envolvem julgamentos mais complexos e sobre âmbitos mais abrangentes é bem menos citada.

Há autores que, como MILES (1993), tentam rever alguns aspectos da proposta de RBC no que diz respeito à participação da comunidade. Esse autor faz considerações sobre a necessidade de

desmistificar a noção de comunidade como uma ilha harmônica, receptiva e bem dotada de lideranças, o que parece bastante compreensível, visto que, a partir das experiências práticas dos anos 80, essas foram idéias bastante contestadas. Entretanto, ao fazer isso e propor o enfoque central da reabilitação num amplo processo de transmissão de conhecimento - que segundo ele quem produz e detém são as instituições - acaba por transmitir uma outra noção de comunidade, segundo a qual não há papel ativo desse coletivo no sentido de produzir conhecimentos.

As associações ou organizações de pessoas com deficiência representam, no modelo proposto pela OMS, atores fundamentais. Os relatos indicam que principalmente nos casos em que os projetos são iniciados através de decisões estatais, essas associações são chamadas à participar no início dos trabalhos. Podem integrar comissões nacionais e/ou comissões locais, formadas com o objetivo de representar diferentes grupos e interesses no campo da reabilitação. Estrategicamente, são considerados um grupo de apoio às idéias da RBC, visto que a ampliação da cobertura assistencial e a participação em níveis qualificados de decisão são reivindicações históricas desses grupos. Operativamente, porém, podem ter lugar idêntico ao dos representantes de organizações tradicionalmente ligadas a abordagens assistencialistas da pessoa com deficiência, que atuam nessas comissões. Suas idéias não têm maior peso.

De outra forma, há experiências que, partindo de iniciativas da própria comunidade, vão, ao longo do tempo, gerando associações ou outras formas de organização entre os membros do grupo, ganhando, a prática, contorno semelhante à experiência ocorrida no México (WERNER, 1999). Esses grupos compõem-se de membros que partilham os ideais da RBC, atuando tanto em realizações cotidianas quanto de sua manutenção no plano político. Esses membros também são, em grande parte, pessoas diretamente relacionadas aos problemas vividos pelas pessoas com deficiência: familiares, cuidadores e vizinhos, além das pessoas com deficiência. Há participantes que não se encaixam nessa classificação, é claro, mas são numericamente inferiores. São pessoas que já mostravam preocupação com outros aspectos da vida comunitária e que, sensibilizados, envolvem-se e dedicam parte de seu tempo a vários e diferentes trabalhos na comunidade (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1992b, BISCHOFF et al., 1996).

Os programas de RBC, ao que nos parece, vêm conseguindo ampliar os níveis de consciência dos envolvidos, tanto no que diz respeito aos problemas enfrentados pela pessoa com deficiência, especialmente aqueles situados no âmbito social e pouco aparentes à sociedade de forma geral - como a falta de transporte adaptado e as barreiras arquitetônicas - quanto dos condicionantes sócio-políticos das práticas de

saúde. O contato social recolocado, orientado por ideais de equidade e respeito, têm promovido novos vínculos. Novas maneiras de conviver com a pessoa com deficiência são elaboradas pela comunidade que, a partir das experiências de maior êxito, sente-se revigorada, renovada (MITHCELL et al., 1993).

Por outro lado, deve-se reconhecer, a RBC não representa, por si, a superação do modelo hegemônico. Incorporar o poder da comunidade, embora aspecto inovador, no sentido de que rompe com a lógica de domínio absoluto dos técnicos, não é suficiente para se concretizar ou ainda promover novos paradigmas da ação assistencial. Como já apontamos, grande parte das instituições tradicionais de reabilitação que atuam de forma segregadora ou paternalista, seja nos países economicamente desenvolvidos ou não, também surgiram à partir de iniciativas de organização da sociedade civil. Em um primeiro momento romperam com o silêncio e a apatia para, na seqüência, institucionalizarem-se. Para CRISHNA (1999), aliás, esse é um ponto crítico do programa de RBC. Segundo o autor, a RBC tem sido pouco "baseada na Comunidade". Com freqüência ocorre a criação de novos "serviços" de reabilitação partindo-se da organização comunitária. Isso decorre do fato de que a população que mais precisa do projeto é também a mais apática. Não cria nem RBC nem outra coisa qualquer. Por estar isolada e desassistida, não se encontra em condição de exercer liderança.

CRISHNA (1999) ressalta, também, que o desenho de um programa de RBC não se dá apenas em função das necessidades da comunidade, mas, principalmente, dos recursos, inclusive financeiros, que se dispõe. O projeto, portanto, pode não atender necessidades fundamentais dessa comunidade, mas sim as possíveis (CRISHNA, 1999).

As considerações desses autores têm relevância fundamental para a reflexão acerca de qualquer proposta que pretenda aumentar os níveis de participação dos sujeitos, não apenas sobre a RBC. Outros aspectos poderiam ser acrescentados a estes, no sentido de apontar que a participação da comunidade não é mercadoria que se compre ou não, dependendo da vontade dos profissionais de saúde e que, pelo contrário, deve ser construída em processo de trabalho. Entretanto, antes de mais nada é necessário reconhecer que, entre os técnicos de reabilitação, de forma geral, predominam incontáveis interpretações sobre o termo "trabalho comunitário". Além de haver a idéia de que, como referiu FINKENFLÜGEL (1993), qualquer trabalho realizado fora da instituição - enquanto estrutura física localizável - é trabalho comunitário, observa-se também a aplicação desse termo a práticas cujo ponto destacado é o fato de envolverem outros sujeitos além da pessoa com deficiência, independentemente de qual a natureza do trabalho realizado. Assim, é possível que encontremos serviços que, por atuarem junto à família, realizarem alguns atendimentos domiciliares ou ainda em escolas ou outros

equipamentos sociais freqüentados pela pessoa com deficiência, considerem-se realizando trabalho comunitário. Embora a multiplicidade de interpretações sobre o trabalho em comunidade não ocorra com exclusividade na reabilitação, refletindo questões polêmicas e, na prática, abrangendo desde ações assistencialistas até as voltadas ao fortalecimento da capacidade política desses coletivos, pensamos ser necessário que se adote alguma referência para que se avance nas discussões. Na reabilitação, a adoção de alguns pontos norteadores são fundamentais para a geração de conhecimentos sobre esse tema.

#### O trabalho na RBC: objeto, responsabilidade e papel dos trabalhadores

Entre as experiências de RBC nos países em desenvolvimento, as equipes técnicas diferem significativamente, tanto qualitativa quanto quantitativamente, no que se refere à composição. Frequentemente, observa-se que as equipes de RBC contam com a participação de outros profissionais, além daqueles que compõem, convencionalmente, o campo prático da reabilitação. Sanitaristas e professores de 1º. grau são exemplos. Na qualidade de recursos humanos locais

incorporados à assistência, esses profissionais tendem a manter suas especificidades técnicas.

De outra forma, os novos trabalhadores – não-profissionais capacitados - integram programas de RBC realizando, individualmente, uma gama variada de procedimentos que, quando são realizados no âmbito institucional, estão sob responsabilidade de profissionais de diferentes especialidades.

A composição e qualificação da equipe, evidentemente, guarda relação com o fato de que as atividades realizadas nos programas de RBC não são distintas, significativamente, daquelas desenvolvidas na reabilitação de base institucional. Ao mesmo tempo, refletem tanto a simplificação pretendida, quanto o que poderia ser entendido como a intenção de complementar a reabilitação através de ações que pretendem abranger novos objetos, estes relacionados aos aspectos preventivos e à vida social de pessoas com deficiência. Todavia, a composição das equipes ainda é testemunha do caráter excessivamente biomédico dos programas, apontado por O'TOOLE (1988) como uma característica que tem-se mantido.

A reprodução do paradigma biomédico, como se viu, não é uma ocorrência pouco notável. Ocorre mesmo através do processo de capacitação formal da comunidade. Porém, o fato dos profissionais de instituições especializadas ocuparem o lugar de formadores e supervisores do

trabalho realizado por pessoal de nível não-universitário ou de pessoal não-profissional na RBC, não parece vir gerando reflexões, como poderia. Se recursos humanos integrados ao paradigma vigente nas instituições médicas apresentam perfil adequado a empreender a capacitação e orientação de outros sujeitos em direção não apenas diversa, mas também crítica ao seu próprio modelo de trabalho - como se apresenta a RBC - é questão que não parece vir incomodando gestores e adeptos desse modelo de atenção. Em nosso estudo não encontramos menção a esse problema, sendo que, ao que parece, o maior foco de preocupações, no campo dos recursos humanos, tem recaído sobre a atuação do pessoal voluntário, e não sobre seu processo de capacitação.

O estudo de LYSAC; KREFTING (1993), realizado na Indonésia, é um exemplo dessa preocupação. Nele expõem-se, além do perfil do grupo de voluntários atuante no projeto, algumas de suas características quanto ao engajamento nas ações. O grupo é composto, majoritariamente, por mulheres (90%), casadas e com filhos (70%), com idades entre 30 e 44 anos (50%). Os autores notam, principalmente, que há grande variação nos níveis de atividades dos voluntários. Há quadros classificados como "mais ativos", que fazem de duas a três visitas domiciliares semanais a pessoas com deficiência sob sua responsabilidade, enquanto outros, "menos ativos", fazem apenas uma. Menos de 1/3 do corpo de voluntários da Indonésia é considerado

“mais ativo” pelas autoras. A duração de cada visita pode ter também grande variação: entre 15 minutos e 2 horas e 30 minutos.

Às preocupações das autoras em relação às implicações de variação tão importante nas atividades dos voluntários em programas de RBC, podem ser associados outros aspectos relevantes à discussão.

Ao que nos parece, a adoção de diretriz que preconiza a simplificação das ações de reabilitação poderia favorecer a diluição das fronteiras entre as diferentes especialidades técnicas, o que poderia gerar novas e mais completas aproximações dos problemas de pessoas com deficiência. De outra forma, porém, a geração de conhecimento e tecnologia não acontece quando se limita o pensamento e ação dos voluntários ao seguimento de um receituário do tipo problema-solução, restrito ao que se encontra nos manuais. A criatividade da comunidade, dessa forma, desenvolve-se no sentido de solucionar problemas relacionados à aceitação do projeto pela comunidade, mas não àqueles enfrentados pelas pessoas com deficiência, pois as respostas a estes, quase sempre são previamente elaboradas por profissionais de nível superior.

Em alguns programas estudados, mediante a aplicação dessa lógica de organização, consagrou-se claramente a cisão entre planejamento e ação técnica, ficando o primeiro sob responsabilidade de

técnicos especializados e, o segundo, a cargo da “comunidade”, o que é contrário às proposições da RBC.

Por outro lado, considerando-se a grande diversidade das práticas atualmente denominadas RBC no tocante à autonomia dos atores frente aos métodos e instrumentos previamente concebidos, pode-se considerar a possibilidade de que a incorporação de sujeitos não especificamente qualificados para abordar pessoas com deficiência gere a experimentação e criação de novas respostas a necessidades não atingidas pelas técnicas tradicionais. Supervisores locais são, dessa perspectiva, atores extremamente importantes no sentido de promover ou inviabilizar a produção e aplicação de saberes localmente produzidos.

Assim, a composição da equipe não representaria um problema em si, localizando-se na dinâmica que comporta as relações da equipe um foco de contradições. Em sua forma original, como se viu, os diferentes grupos de recursos humanos implicados na RBC, mantêm, entre-si, relações bastante hierarquizadas. Mantém-se a verticalidade do programa, independentemente da postura mais, ou menos, democrática de quem está no topo da hierarquia. Importa, neste caso, que o seu saber é considerado enquanto “o” verdadeiro e, possivelmente, único a gerar mudanças na condição experimentada por pessoas com deficiência. Não encontramos relatos detalhados sobre discussões de caso, ou mesmo reuniões temáticas, que

pudessem elucidar aspectos mais específicos dessas relações. Outrossim, encontramos descrições pormenorizadas do conteúdo administrado em processos de capacitação da comunidade, mostrando existir pouca diferença em relação aos conteúdos tradicionalmente oferecidos aos profissionais da área, ocasiões em que o saber-poder médicos não são questionados.

Há, ainda, em parte das experiências, a presença de profissionais estrangeiros, chamados a compor o projeto. Nesses casos, pode-se perceber com alguma clareza, ainda que nem sempre seja especificamente relatada, a participação desses profissionais em postos de gestão. A experiência no Zimbábwe, por exemplo, mostra profissionais recrutados em países do oeste europeu para integrar o que se denomina “níveis centrais” do projeto. A falta ou escassez de técnicos de determinadas categorias profissionais, no país onde se dá a experiência, justifica a busca por recursos humanos em outros países, visto que a proposta de RBC pressupõe a aplicação de conhecimentos que pertencem ao universo específico de técnicas de reabilitação. FINKENFLÜGEL (1991b) porém, demonstra a existência de importantes problemas de integração dos profissionais estrangeiros ao território. Dificuldades no campo da comunicação e na convivência com valores e culturas distintas são citadas pelo autor como problemas fundamentais.

MOMM; KÖNIG (1990), avaliando as experiências da OIT, referem outro tipo de problema na condução dos trabalhos das equipes de

RBC: os governos raramente criaram postos como o de coordenador nacional para a RBC ou designaram supervisores de programas com atribuições adequadas, gerando desintegração entre as diferentes experiências realizadas em um mesmo território. Além disso, comentam os autores, nas experiências em que a proximidade com as equipes institucionais não foi efetiva, os assistentes locais sentiram-se abandonados, sem meios de transporte adequado e sem recursos de apoio.

#### Resolutividade

É comum que se encontre, na bibliografia específica, manifestações bastante entusiasmadas sobre o impacto da RBC nos problemas da população com deficiência. Na maior parte das vezes, porém, essas afirmações não se sustentam em argumentos observáveis e deixam à mostra a existência de posicionamentos muito mais apaixonados do que fundamentados. Afirmações desse tipo têm levado, mesmo autores favoráveis à implementação da RBC, como O'TOOLE (1988) e CRISHNA (1999), a criticar o clima ufanista e a tentativa de transformar a RBC em panacéia.

Partindo de pressupostos contrários à RBC, emitem-se juízos não menos emocionados. Atores que defendem a instituição enquanto

espaço único para a produção de ações de reabilitação vêem a RBC como nada mais do que uma reabilitação incompleta e ineficaz, desfalcada, pobre. O trabalho comunitário, dessa perspectiva, deveria ter apenas a função de identificar e encaminhar pessoas com deficiência aos Centros de Reabilitação. Poder-se-ia, também, atuar na manutenção de alguns objetivos alcançados através da atuação especializada precedente, como a independência nos autocuidados ou a inserção em escola, remetendo à instituição os casos em que se verificasse problemas.

Existe também, em verdade, um conjunto de críticas mais elaborado cuja origem é o grupo de atores que vem se empenhando na implementação e avaliação de impacto do modelo. Considerando-o composto por dois segmentos, pode-se dizer que um deles tem mostrado que a realidade objetiva de algumas comunidades coloca obstáculos importantes para a implantação da RBC. Aponta-se a falta de coordenação entre os vários organismos envolvidos no projeto, o baixo nível de escolaridade da população local e a falta de unidades de referência entre os mais importantes empecilhos para o êxito da RBC. A crítica, nesses casos, recai sobre fatores alheios ao modelo de atenção.

O outro segmento, embora também centrado em aspectos que transcendem ao modelo, em sua maior parte, lança dúvidas sobre a adequação de alguns de seus pontos específicos. Aponta-se:

- a metodologia de censo não é efetiva para a detecção de deficiências (OPS,.1992a);
- o programa não é bom para identificar crianças com deficiência (LAGERKVIST, 1992);
- os supervisores locais são flutuantes, pois o compromisso com o trabalho é relativo (OPS, 1992b);
- a falta de remuneração dos supervisores locais prejudica a dedicação ao trabalho (OPS,1992b);
- a falta de prevenção a doenças infecciosas através de imunização, da melhora da higiene e da nutrição limitam o impacto da RBC (FINNSTAM et al., 1988);
- nem sempre os pais querem ter um papel ativo no processo de reabilitação dos filhos. Isso não significa que não queiram ajudar. Deve haver maior flexibilidade do programa nesse ponto (O'TOOLE, 1988).

Entre os autores mais produtivos sobre a RBC, O'TOOLE (1988) ganha destaque ao afirmar, com simplicidade e clareza, que a RBC não é relevante para qualquer lugar. O autor aponta a necessidade de se investigar para quais problemas e comunidades serve a RBC, o que o distingue dos demais críticos por tratar a proposta em sua totalidade, enquanto um modelo de atenção.

A nosso ver, é importante, ainda, discutir a questão da resolutividade associada aos ideais da simplificação. A simplificação é ponto fundamental da RBC, tanto que esta, em alguns pontos de sua trajetória no tempo e no espaço, é tratada, também, por "Reabilitação Simplificada". Mas afinal, cabe indagar, simplificar-se o quê?

A proposta de simplificação deriva, na RBC, da crítica ao fato de que a tecnologia tornou a reabilitação ainda mais cara e inacessível do que já era em sua origem, afirmação esta que, na realidade, aplica-se à toda a medicina de base flexneriana, da qual a reabilitação de base institucional compartilha princípios e racionalidade. Na RBC, observa-se, a simplificação pode ser identificada em três campos distintos do modelo:

a) Há simplificação ao considerar-se os recursos humanos envolvidos no processo, tomando-se que grande parte do trabalho é realizado por agentes não-profissionais. Em sua origem, como se viu, construíram-se críticas quanto ao custo exigido na formação de profissionais especializados, o que conduziu à proposição de transformar cidadãos comuns, considerados como recursos locais, em trabalhadores de reabilitação, através de processo de ensino que implicasse em poucos gastos. Na maior parte das experiências concretizadas isso é realizado através do aproveitamento de parte das horas de trabalho das equipes de reabilitação instaladas em instituições especializadas, utilizando-se o critério de aproximação espacial do local onde realiza-se a RBC. As equipes

atuam, assim, como educadoras. Quando isso não é possível, são transferidos profissionais especializados de outros centros, às vezes estrangeiros, para cumprir essa tarefa. Simplifica-se, portanto, o processo através do qual adquire-se saberes aplicáveis ao campo da reabilitação.

b) Propõe-se a simplificação de ações envolvidas na atenção direta à pessoa com deficiência. Considerou-se existir um conjunto de ações qualificadas, *a priori*, como "simples" ou "simplificáveis", tais como mobilização ativa e passiva, estimulação do desenvolvimento neuro-psico-motor, promoção da realização de atividades da vida diária e criação de oportunidades e conseqüente promoção da inclusão de pessoas com deficiência em atividades de ensino e trabalho, entre outros. Criticou-se a presença, no tratamento, de aparelhos elétricos e magnéticos cujas ações foram questionadas quanto à eficácia e, por fim, afirmou-se obter, através de ações simples, o mesmo grau de resolutividade daquele alcançado através das ações promovidas em programas institucionais.

c) Objetivou-se a simplificação tecnológica, caracterizando-a como a criação de produtos que utilizam instrumentos, matéria e saberes já disponíveis na comunidade. Partiu-se da crítica à dependência de tecnologias sofisticadas envolvidas no processo de elaboração e/ou no produto final de equipamentos que melhoram ou otimizam a funcionalidade da pessoa com deficiência, como cadeiras de rodas e muletas, bem como daqueles que, incorporados ao

ambiente e, conseqüentemente, modificando-o - como rampas e corrimãos - cumprem também essa função.

Um primeiro aspecto a se considerar é a introdução de mão de obra não remunerada como *parte essencial* do trabalho. Aquilo que não se remunera não é trabalho e, nessa condição, a organização do processo que resultaria na realização da tarefa pretendida fica sujeita a relações imponderáveis. LYSAC; KREFTING (1993), ao discutirem as motivações do grupo composto por trabalhadores voluntários, mostram que vários sujeitos são mobilizados por necessidades afetivas primárias. Aumento da auto-estima, reconhecimento social e oportunidades de acesso a pessoas e objetos valorizados socialmente são estímulos importantes para esse tipo de trabalho. Estas motivações, embora evidentemente não sejam desabonadoras, são extremamente flutuantes, em grau de relevância, para os sujeitos. Podem ser facilmente descartadas à medida em que outras necessidades, prementes, interpõem-se no cotidiano, como mostram LYSAC; KREFTING (1993). Além disso, no plano dos valores, a não remuneração está associada à não qualificação. Seria prudente, portanto, investigar como se sentem os voluntários em relação à sua própria capacidade de trabalho.

Um segundo ponto que nos parece um equívoco, e que ao primeiro se articula, é qualificar como "simples" as ações requeridas para a integração de pessoas com deficiência em espaços de convivência

comunitária. Projetos terapêuticos que priorizam a inclusão requerem análise e respostas simultâneas às várias faces e conexões de um determinado problema. Muitos aspectos que requerem ação, porém, nem sequer tornam-se evidentes em "settings" terapêuticos fechados e protegidos, sobre os quais se tem estudado e elaborado as indicações de conduta nas práticas convencionais de reabilitação. Nesse sentido, parece ser um engano bastante grande imaginar-se que a exigência, no que se refere a aplicação de conhecimento, pode ser menos intensa quando se propõe o contato direto com os problemas e contradições cotidianas de pessoas com deficiência. De outra forma, o contato com a complexidade das situações exige a busca de novos referenciais de análise e de ação que, ainda que não neguem o conhecimento biomédico, não o superestime. Essa, que consideramos ser a base de construção de respostas mais impactantes nos problemas gerados pelas deficiências, não comporta tarefas simples.

Após as diversas experiências de RBC, parece estar atualmente mais claro que projetos terapêuticos voltados a concretização da participação social, diferentemente de quando esta é apenas mais uma figura de retórica em programações institucionais inflexíveis, são bastante complexos, diversificados e pouco padronizáveis, visto a singularidade das situações vivenciadas por pessoas com deficiência. O campo de elaborações teóricas a esse respeito, contudo, ainda está por ser construído na reabilitação. Da

mesma forma, o reconhecimento dos resultados alcançados por esse tipo de ação ainda não se afirmou. As palavras de Marie Chuberre da Handicap Internacional, em DUMAS (1998), refletem bem esse problema:

*"Para quem se dá a pena de entrar neste programa, de discutir com a equipe, de escutar as histórias, de descer as ladeiras das favelas, este projeto, ainda que não seja capaz de ostentar resultados ofuscantes (do tipo: quantas pessoas reintegradas profissionalmente a curto prazo!!!) responde a uma necessidade real, obtém resultados (como quantificar, valorizar o fato de uma família aceitar não mais deixar o jovem deficiente mental o dia inteiro trancado no quarto???, resultados confidenciais pouco comunicáveis que não correspondem a critérios de produtividade mas oh! tão importantes no plano individual e para a equipe que, somente ela conhece a soma de energia e trabalho que estes resultados representam (...)" (DUMAS, 1998, p.16).*

Alguns autores, principalmente aqueles preocupados com o impacto das ações de RBC, buscam obter informações sobre os resultados fazendo uso dos mesmos instrumentos de avaliação utilizados nas instituições. Através deles, tem-se verificado a possibilidade de que a RBC possa melhorar o desempenho dos sujeitos nas atividades de vida diária, particularmente aquelas relacionadas ao auto-cuidado (FINKENFLÜGEL, 1991a; LAGERKVIST, 1992; PERIQUET, 1989). Outros, observam haver bons resultados quanto à inclusão em escolas e trabalho (GERSHON; SRINIVASAN, 1992; O'TOOLE, 1988). Dada a fundamentação dos instrumentos utilizados, não se discorre, porém, sobre relações que poderiam caracterizar maiores níveis de contratualidade social dos grupos estudados.

Cabe, finalmente, levantar algumas questões quanto à resolutividade dos programas. Dado que, freqüentemente, esses resultados são obtidos em localidades desassistidas, poderiam ser atribuídos especificamente ao modelo de atenção adotado? Outro modelo não produziria resultados semelhantes? A utilização isolada de instrumentos criados para uso institucional não produziria distorções na avaliação dos resultados da RBC? Como incorporar à avaliação resultados pouco convencionais, como os citados por Marie Chuberri?

Esses são alguns pontos que consideramos essenciais para o desenvolvimento de uma discussão mais produtiva, não apenas sobre a resolutividade da RBC, mas sobre a potência transformadora de alguns de seus elementos, essencialmente aqueles que fundamentam-se no deslocamento do paradigma biomédico. De outra forma, esses elementos poderão ser despotencializados enquanto força criativa.

## **CAPÍTULO 4-**

### **REPENSAR A REABILITAÇÃO - ELEMENTOS PARA DISCUSSÃO**

#### ***1. Algumas considerações finais, para começar***

Através do estudo realizado, notou-se que os modelos de produção de serviços de reabilitação abordados apresentam problemas importantes e, especialmente em relação à realidade brasileira, têm respondido apenas parcialmente às necessidades do segmento representado pelos portadores de deficiência física.

O modelo hegemônico, com sua alta seletividade e soluções pouco criativas, entre outros limites, tem se mostrado incapaz de constituir-se enquanto suporte assistencial para promover saúde e reabilitação integral desse segmento da população e, menos ainda, para atuar como alavanca de sua cidadania.

Embora a RBC venha promovendo a divulgação de princípios e diretrizes ampliadas para o campo da reabilitação, incorporando a ele problemas desconsiderados pelas práticas convencionais, o modelo não

tem conseguido fugir das imposições da lógica neoliberal, que subordina a crítica do modelo institucional ao problema econômico. Assim, a necessidade de priorizar-se a redução de custos produz um engessamento de tal ordem que a desejada ampliação da assistência e do objeto da reabilitação acaba tendo que adaptar-se à falta de recursos. Associar essa ampliação a mecanismos criados para reduzir a intervenção do Estado nos problemas sociais tem produzido efeitos de uma cilada.

Também os Centros de Vida Independente, que propõem mudanças importantes nas formas de pensar e produzir reabilitação, não conseguiram impô-las. No contexto brasileiro, os CVIs tingem a questão das deficiências com um tom inovador, à medida em que se mostram dotados de capacidade de elaboração e ação, independentemente da ação técnica e/ou institucional. Para uma realidade em que toda e qualquer realização de pessoas com deficiência é divulgada como resultado do trabalho desta ou daquela instituição, promovendo mais a unidade assistencial do que uma visão menos preconceituosa da deficiência, essa afirmação é, sem dúvida, um grande avanço. No campo da atenção à saúde, no entanto, embora sendo necessário basear-se em maiores informações, pode-se dizer que os CVIs não conseguiram ainda estruturar-se da mesma forma que os internacionais, nos quais o reconhecimento oficial e a conseqüente política de repasse direto ao consumidor colocam-nos em outro patamar no sistema de saúde e previdência. A possibilidade de que venham a atingir essa posição na realidade brasileira,

sendo bastante questionável, projeta sua importância para outros aspectos da problemática das deficiências.

Através das experiências de RBC implementadas, verifica-se que diminuiu-se o acesso - possivelmente desnecessário - à instituição de maior complexidade e ofereceu-se aos sujeitos os mesmos procedimentos institucionais, simplificados. Diferiu-se do modelo baseado na instituição em relação a quem os realiza, onde os realiza e com quais recursos os realiza. Atuar na comunidade pode favorecer ao modelo a construção de relações democráticas, de novos saberes, de nova lógica de interação com os sujeitos e seus problemas. Mas a comunidade pode, também, ser tratada exclusivamente como insumo. A lógica da organização institucional, sua hierarquia, seus saberes, os paradigmas enfim, podem se manter os mesmos do modelo hegemônico em práticas de RBC.

Por outro lado, notou-se a existência de experiências de RBC que rompem, ou procuram romper, com o perfil de simplificação proposto pelos organismos internacionais e buscam, não tanto a extensão, mas saltos de qualidade na relação pessoa com deficiência/comunidade. Estas, distanciam-se de tal forma das proposições da RBC que consideramos necessário questionar se são, realmente, experiências que devem ser chamadas por esse nome. O distanciamento das metodologias de ação fixadas no projeto político que orienta a RBC, descaracteriza-as enquanto tal.

Em relação a uma parte das experiências brasileiras, por exemplo, a utilização da denominação "RBC" pode estar associada à necessidade de reconhecimento social. Grupos que criticam a centralidade do Centro de Reabilitação no campo assistencial, têm necessidade de filiar-se a proposições alternativas, que possibilitam novas experiências e ações fora do contexto institucional. Chamar-se RBC, portanto, além de dotar a experiência de certo grau de liberdade de ação, pode ter função estratégica, pois ao menos conta-se com a legitimação de organismos como a OMS e OPAS. Mesmo que do modelo RBC mantenha-se apenas o respeito e a participação da comunidade enquanto elementos essenciais para a definição e localização das ações.

Experimentados no Brasil em pequena escala e de forma praticamente desarticulada do setor público, com raras exceções, os programas de RBC podem ser considerados mais como um contraponto, uma referência de resistência àquilo que está instituído. Sem recursos, sem referências institucionais, sem apoios que qualifiquem sensivelmente o trabalho, o conjunto dessas experiências, no Brasil, não alcança o status de contra-hegemonia enquanto projeto político.

Enquanto isso, as desvantagens sociais dos portadores de deficiência, espalhadas pelos mais diferentes setores da vida social - do trabalho às relações afetivas - aprofundam-se, à despeito das conquistas verificadas no campo da institucionalidade jurídico-constitucional. A maior parte

dos portadores de deficiência ainda não consegue acesso a serviços de saúde e reabilitação adequados às suas necessidades.

Quanto ao Sistema Único de Saúde brasileiro, pode-se dizer que, ainda que a universalização promovida tenha logrado efeitos positivos junto a segmentos anteriormente impossibilitados de acesso à atenção em saúde, ao se considerar pessoas com deficiência física esse é resultado a ser construído.

Nas disputas políticas no campo da Saúde, têm vencido as grandes instituições do setor privado. O setor que poderíamos chamar alternativo, composto por portadores de deficiência organizados e profissionais comprometidos com a ampliação da atenção à saúde e reabilitação desse segmento no SUS, tem perdido a batalha pela aplicação do princípio de universalização nos serviços públicos em relação aos portadores de deficiência física, bem como pela tradução desse princípio em um conjunto organizado de ações de maior impacto sobre o problema das deficiências e incapacidades. Isso ocorre mesmo em contextos favoráveis à construção do SUS, nos quais verificam-se vitórias no tocante ao reconhecimento das necessidades desse grupo e da responsabilidade de diferentes equipamentos de saúde sobre o campo das conseqüências das doenças.

Compreender esse panorama implica situá-lo na análise das contradições presentes no modo como se dá a produção do conjunto de serviços de saúde no Brasil. Importa lembrar que esse, ao mesmo tempo em

que se mantém orientado pelo modelo neoliberal, permite o surgimento e a sobrevivência de políticas reformistas, como afirmou CAMPOS (1992). Não tendo sido esse o objeto específico deste estudo, convém, contudo, considerar as elaborações produzidas pelo autor sobre esse tema em relação ao campo da Saúde de forma geral, para afirmar a crença na possibilidade de construção de um projeto público para o específico segmento da reabilitação, com viabilidade de instituir-se enquanto política contra-hegemônica.

## ***2. A atenção à saúde e reabilitação de pessoas com deficiência e o Sistema Único de Saúde - SUS***

Nos últimos 20 anos, como se viu, não se conseguiu alterar o modelo vigente, sua lógica, seu padrão de reprodução. Mas produziu-se mudanças importantes. Os organismos internacionais vinculados à ONU e, especialmente a OMS, divulgaram suas posições críticas em relação à ultraespecialização médica predominante na reabilitação e trouxeram à tona a necessidade de que a reabilitação fosse tratada através de políticas promovidas por diferentes áreas, como educação, esporte, lazer, entre outras, formando um conjunto coerente no sentido de promover a participação social desse grupo.

Em relação à política de saúde e reabilitação, houve esforços dessas organizações no sentido de promover o modelo RBC,

divulgado inicialmente como estratégia capaz de responder, simultaneamente, à escassez de recursos e a princípios de igualdade. Não sendo hegemônica no campo político da própria organização e sendo citada como uma das alternativas possíveis, a RBC conviveu com recomendações para incluir-se pessoas com deficiência nas orientações mais gerais para as políticas de saúde, o que em outras palavras significa, essencialmente, o atendimento desse grupo na rede de atenção primária. No entanto, embora a RBC seja compatível com o conjunto dessas recomendações, fato que a organização procurou mostrar através da introdução de itens sobre RBC em grande parte dos documentos sobre atenção à saúde e reabilitação de pessoas com deficiência, não se elaborou as possibilidades de concretização desse vínculo, principalmente em situações em que a rede de atenção primária já está constituída, como ocorre em grandes centros urbanos. Essa construção também não foi encontrada entre as experiências práticas divulgadas. Em algumas delas, a RBC surge como modelo com caráter substitutivo em relação aos serviços de atenção primária; em outras, quando propõe-se “suplementar”, não se pode distinguir quais as atribuições delimitadas entre as partes, nem suas interseções. De outra forma, mostrou-se mais claramente os vínculos entre programas de RBC e instituições especializadas.

De qualquer forma, mesmo mantendo lacunas importantes no que diz respeito às estratégias de viabilização prática de novos princípios como equidade e participação popular nas políticas para pessoas com

deficiência, as novas temáticas mexeram nos alicerces da forma de pensar os processos de saúde e reabilitação desse grupo. Situando-os no campo dos direitos sociais, realçaram a necessidade de criação de novas diretrizes políticas e assistenciais.

No Brasil, essas mudanças consubstanciaram-se em proposições políticas importantes, e a elaboração do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde (1995), adotando como objetivo a atenção integral da pessoa com deficiência no SUS, incluindo ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e integração social, é relevante. OLIVER (1998) mostra que o programa representa a assunção do projeto da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, elaborado em 1992, enquanto proposta da Coordenação de Atenção a Grupos Especiais do Ministério da Saúde. Ao texto original, elaborado pelo município na gestão de Luíza Erundina, foram agregadas informações sobre concepções de reabilitação, incluindo-se a RBC. A descrição do modelo assistencial foi melhor organizada no que diz respeito aos níveis de assistência. Segundo a autora, os pressupostos básicos da proposta do Ministério vem redimensionando as reflexões e experiências, mesmo que pontuais, realizadas no âmbito do serviço público e das instituições de reabilitação que querem aproximar-se da comunidade.

São pontos programáticos do Ministério:

- Implantar uma rede de atendimento, mediante relações de complementariedade entre os diferentes recursos existentes em uma região determinada (regionalizados), organizados coordenadamente em níveis crescentes de complexidade - sendo esta dissociada do grau ou tipo de deficiência. Isso não deve significar a criação de serviços específicos, mas a inclusão nas rotinas de todas as unidades do Sistema de Saúde de medidas de atenção à saúde da pessoa deficiente, segundo suas particularidades. Em muitas regiões, porém, pode ser necessária a criação de Centros de Reabilitação regionais, considerando a densidade populacional e a inexistência desse recurso.

- As unidades básicas, assim como os serviços de pronto atendimento ou de emergência, devem ser a porta de entrada no sistema. As UBSs, porém, devem ser o "local por excelência" do atendimento às pessoas com deficiência, o que exige que estejam aptas a possibilitar o atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades apresentados por esse segmento. Nela, a pessoa com deficiência deve ser acolhida como população geral e adequadamente encaminhada, considerando a totalidade do cardápio de ações de saúde realizadas pela unidade.

- Sendo o objetivo maior a reintegração da pessoa no meio social, bem como a melhoria de seu estado de saúde, o usuário deve ser atendido em sua totalidade e não apenas em sua deficiência específica. A intervenção, nesse sentido, deve ocorrer não apenas sobre o sujeito, mas também no seu

ambiente imediato e na sociedade, de acordo com a compreensão das determinações sociais do processo saúde-doença.

- Definem-se 3 diferentes níveis de ação no sistema, assim caracterizados:

**Nível 1:** deve *"(...) fornecer atenção em reabilitação, incluindo a prevenção e detecção precoce da incapacidade, mediante recursos existentes não especializados em reabilitação, usando tecnologia apropriada e para alcançar 100% de cobertura"* (BRASIL, 1995b, p.25)

**Nível 2:** tem o objetivo de *"(...) fornecer tratamento em reabilitação, para os casos referendados, mediante recurso de profissional especializado, atuando com critério e base epidemiológica e utilizando tecnologia apropriada para o desenvolvimento das ações"* (BRASIL, 1995b, p.29).

**Nível 3:** nele, deve ser fornecida *"(...) atenção em reabilitação e atenção em saúde às pessoas deficientes, mediante a utilização de recursos humanos e materiais estruturados em diversos graus de complexidade, dentro da unidade de saúde aparelhada com tecnologia apropriada"* (BRASIL, 1995, p.32).

Os níveis apresentados não fazem referência direta a diferentes unidades sanitárias. As ações de nível 1, por exemplo, podem ser desenvolvidas em unidades de diferentes níveis de complexidade, como os centros de saúde e as maternidades ou hospitais. Entretanto para as de nível 3, o Ministério recomenda a criação de Serviços Regionais de Reabilitação com suporte hospitalar, à medida em que discrimina as ações deste nível como sendo aquelas que tradicionalmente são realizadas pelos Centros de

Reabilitação, as "ações complexas de reabilitação". Estas seriam necessárias em momento específico do processo de reabilitação do sujeito, ou seja, logo após a aquisição da deficiência, no qual seriam exigidos cuidados intensivos de duração relativamente curta.

Como se vê, a formulação de um projeto de atenção afinado aos princípios do SUS já se estruturou. É verdade que encerra contradições importantes, entre as quais poderíamos citar o fato de que embora tenha orientado a não associação de níveis de complexidade ao grau ou tipo de deficiência, ao definir ações a serem estabelecidas no nível 2 orienta a formação de "(...) *grupos de orientação e acompanhamento de usuários com incapacidade instalada leve ou moderada*" (BRASIL, 1995b, p.29).

Em verdade, as questões que envolvem o tema da complexidade das ações de reabilitação exigem urgentes elaborações do conjunto dos envolvidos com o problema. Voltaremos à ele mais à frente.

Importa ressaltar, por ora, a existência de projeto que adota parte das proposições inicialmente formuladas pelo movimento de pessoas com deficiência e que vem buscando consolidar-se no contexto de construção do SUS. Esse fato exige que, ao buscar-se caminhos de superação do instituído, tenha-se em conta alguns elementos que derivam da existência objetiva desse projeto, embora sua aplicação venha sendo representada por experiências pontuais e não enquanto política dominante.

As considerações de OLIVER (1998) são extremamente importantes para isso, visto que resulta de análise sobre a experiência concreta do Município de São Paulo que, como vimos, originou, ideal e essencialmente, o programa do Ministério. Entendendo o processo de incorporação da assistência em saúde mental e saúde da pessoa com deficiência nos serviços do município de São Paulo como concretização da universalização da assistência proposta pelo SUS, a autora enfocou, principalmente, o papel desempenhado pelos técnicos e pelo movimento social na construção da assistência a esses grupos, na região de São Miguel Paulista.

Quanto à assistência à saúde da pessoa com deficiência, particularmente, a autora detectou problemas ao nível da implementação concreta do modelo que serão tomados como referências a serem superadas no prosseguimento da discussão.

### **2.1. A universalização do acesso aos serviços de saúde e reabilitação - desafios para a ampliação dos serviços e incorporação de demandas**

Um dos pontos sobre os quais importa refletir é relativo aos custos da reabilitação. É necessário admitir que a reabilitação, ou qualquer intervenção que incida sobre o problema das deficiências e incapacidades é, por natureza, onerosa. Pode-se, obviamente, utilizar mais racionalmente os

recursos disponíveis, bem como trabalhar com tecnologias menos custosas e, ainda, promover a prevenção a tal ponto que a incidência de deficiências e incapacidades reduza sensivelmente. Programas de prevenção nesta área, assim como em outras, poupariam muito dinheiro e sofrimento. Mas a própria natureza do problema quando já instalado, sua cronicidade e a complexidade que envolve a vida com uma deficiência, implica em cuidados prolongados, senão constantes ou, no mínimo, regulares, o que gera a necessidade de que os serviços cumpram uma agenda, por um lado muito cuidadosa em termos de vigilância a agravos e intercorrências ao se tratar de coletivos e, por outro, extremamente individualizada, ao atender sujeitos que apresentam problemas sempre singulares ao viver em determinado contexto com seqüelas muito específicas.

Não parece ser por acaso que os serviços mais disseminados no campo das conseqüências das doenças, mesmo situados no setor privado, são caracterizados por oferecer intervenções sobre as incapacidades transitórias. Embora os custos das intervenções sejam altos, estas ocorrem em tempo e objeto mais claramente delimitados, bem como em condições sócio-afetivas mais favoráveis, no sentido de que o retorno ao curso anterior da vida é mais provável e dispensa esforços e recursos para empreender-se grandes mudanças na vida do sujeito assistido. Ao tratarmos com deficiências ou incapacidades permanentes, em que se objetiva a reestruturação de vários aspectos da vida de um sujeito e/ou das pessoas que

o cercam, para a convivência com possibilidades e limites novos, a previsibilidade é fator que se pode contar muito parcialmente. Os custos podem ser bastante variados, à medida em que os problemas surgidos na relação com o conjunto de elementos que compõe o contexto do sujeito com deficiência também o são.

Poder-se-ia acenar, como contra-argumentação em relação aos valores financeiros implicados na reabilitação, que o custo social de pessoas com deficiência não tratadas, ou mesmo institucionalizadas, é muito maior. Esse, no entanto, parece ser argumento mais apropriado para contextos de Estado de Bem-Estar Social (se é que ainda os podemos encontrar atualmente), em que outros tantos tipos de atenção e benefícios serão, cedo ou tarde, providos pelo Estado ao sujeito nessa condição. No Brasil, o ônus gerado por incapacidades não prevenidas, não tratadas e a exclusão de setores populacionais do meio produtivo, embora não se possa dizer que seja insignificante, parece não produzir preocupações. Desde meus primeiros anos na faculdade conheço a afirmação de que o poder público só se preocupa com a pessoa com deficiência quando nos postos de mando estão pessoas que têm filhos ou parentes próximos nessa condição. Infelizmente, observação mais rigorosa talvez a comprovasse.

Mas, embora possa parecer leviana a afirmação acima, é preciso deter-se sobre ela. A experiência da deficiência, na sociedade brasileira, é evitada, ainda, por noções que pouco representam a realidade, bem

como por preconceitos de toda ordem. De tão excluída da vida social, parece fazer-se notar apenas quando sua proximidade é quase doméstica. Assim, vimos que os movimentos sociais cujos componentes são pessoas com deficiência ou sujeitos que com eles convivem, têm sido atores decisivos para a conquista de políticas de atenção, seja na saúde ou em outros campos. No campo das elaborações teóricas e práticas sobre o tema, destacam-se, mais uma vez, pessoas com deficiência, como são exemplos David Werner, Aracy Nallin, Carolyn Vash, Hellen Keller, Ratzka e Michael Oliver, entre outros. Também em postos de coordenação ou gestão de serviços, bem como em assessorias técnicas e políticas, freqüentemente encontramos pessoas com deficiência. Tudo isso seria apenas positivo se não estivesse contraposto a certo desinteresse de outros grupos pela problemática da deficiência. Seria, ademais, um bom tema para estudo, o processo através do qual sujeitos com deficiência tornam-se, freqüentemente, os mais importantes expoentes de novos padrões de convivência com a deficiência.

Apesar desses fatos, no que diz respeito à área da saúde, portadores, familiares e profissionais que desejam mudanças nas políticas de saúde e reabilitação não têm formado um bloco permanentemente produtivo e ativo politicamente, a ponto de colocar no cenário das disputas projetos que façam frente ao que se consolidou hegemonicamente enquanto modo de se produzir serviços. Após o salto qualitativo verificado na década de 80, houve uma evidente diminuição da atividade política desses grupos. Para alterar essa

situação seria necessário reunir os atores, hoje dispersos, para a elaboração de projeto realmente alternativo ao hegemônico. Conformar-se com a conhecida alegação de falta de recursos e com modelos assistenciais que transferem para os próprios demandantes a responsabilidade por sua situação, pode significar a perda definitiva de conquistas que são ainda parciais, mas abertas à expansão e consolidação generalizada, como a integração da reabilitação em unidades sanitárias menos complexas que os Centros de Reabilitação. A cartilha neoliberal já disse a que veio e não poupará qualquer segmento de maiores níveis de abandono e da falta de garantias mínimas de sobrevivência se não encontrar resistências. É nesse sentido que uma nova articulação aos setores da saúde que atuam, ainda que com evidentes dificuldades, na luta pela construção de um sistema público de saúde no Brasil, com forte oposição à lógica neoliberal, é essencial. Não vemos possibilidade de que se promovam transformações mais efetivas na reabilitação na ausência de atuação que, através de composição de forças, ocorra em relação à saúde da população de forma geral.

## **2.2. Hierarquização e definição de objetos: complexidade da vida e complexidade dos serviços**

Um dos mais relevantes temas a ser discutido na elaboração de um modelo assistencial para a reabilitação de pessoas com deficiência física concerne à complexidade das ações. No estudo de OLIVER (1998) apontou-se o fato de que houve sérias dificuldades dos técnicos para definir o papel de uma equipe de reabilitação em Unidades Básicas de Saúde, considerando-se a relação entre recursos e ações. Essas dificuldades acabaram por promover o exercício clínico individual, geralmente em condições adversas - no que diz respeito a recursos materiais, principalmente - que não se modificaram por contrapartida institucional. Quando conseguiam estruturação, as ações, de forma geral, tinham natureza semelhante às praticadas nos Centros de Reabilitação ou unidades especializadas e dirigiram-se apenas às demandas espontâneas e deficiências consideradas leves.

A questão dos recursos para o trabalho com pessoas com deficiência em unidades básicas é, ao nosso ver, apenas a ponta do "iceberg". Não é possível refletir sobre ela sem que se questione sobre as atribuições das unidades básicas, não apenas no que diz respeito à pessoa com deficiência, mas enquanto equipamento de saúde voltada a atenção à saúde da população em geral. Implica em repensar tanto a organização de trabalho interna à

unidade, quanto o conjunto de elementos do sistema de saúde que devem ser articulados para compor uma nova resposta aos problemas de saúde e reabilitação desse grupo.

Discutir esses aspectos, porém, não teria sentido respeitando-se os limites da realidade. A baixa resolutividade verificada nos serviços de atenção primária brasileiros certamente nos conduziria à descrença. Assim, deve-se tomar como pano de fundo as utopias de transformação da vida social. A possibilidade de construir-se uma via política e ideológica através da articulação entre usuários e profissionais de saúde, também é ponto essencial.

O esforço que resultou na constituição de níveis de complexidade para a abordagem do problema das deficiências trouxe à tona o fato de que o Centro de Reabilitação não pode responder integralmente ao conjunto de problemas do campo das conseqüências das doenças. Tendo demonstrado diferentes faces do problema e atribuído a estas diferentes modalidades assistenciais, indicando os recursos necessários para sua realização, o programa do Ministério inaugurou, no âmbito do planejamento, no SUS, uma concepção de reabilitação na qual agregam-se vários elementos. Esta, implica na execução de ações levadas à termo em várias unidades do sistema – mais simples e mais complexas. Diretrizes operacionais orientadas pela concepção de atenção integral à saúde e reabilitação entraram em cena, também, em escala nacional.

Mas como poderia prever-se, essas definições, mesmo representando conquistas importantes, não têm sido suficientes para gerar alterações significativas no modo de produção dos serviços de reabilitação no Brasil.

Em primeiro lugar, isso se deve ao fato de que elementos de planificação não podem, por si só, alterar o modo concreto como se produzem as ações cotidianas dos profissionais de saúde. Ademais, se essa afirmação é aplicável às ações de saúde já estruturadas e conhecidas do dia-a-dia dos trabalhadores, com maior força impõe-se ao tratarmos de problema praticamente desconhecido de grande parte destes. A inserção de pessoas com deficiência nas diferentes unidades assistenciais do sistema requer elaboração e implementação tática que trate especificamente das barreiras conhecidas, como o despreparo dos profissionais - não exclusivamente técnico - e as dificuldades que cercam o reconhecimento, por parte das pessoas com deficiência, de que outras unidades podem ser referências assistenciais importantes. A legitimação social do Centro de Reabilitação como entidade reabilitadora também é predominante nesse segmento da população.

O poder do planejamento para alterar substancialmente a dimensão cotidiana do trabalho das unidades de saúde torna-se ainda menos provável, à medida em que se observa o predomínio, entre gestores e planejadores, da concepção de que a assistência às pessoas com deficiência deve ser realizada pelas instituições filantrópicas que têm tradição na área,

como detectou OLIVER (1998) no discurso desses sujeitos. Embora essa afirmação possa ter sido baseada, em sua origem, em interesses corporativos, ou na resistência à distribuição de poder e recursos na área de reabilitação, sua difusão e persistência encontra nas precárias condições de funcionamento das unidades básicas um poderoso argumento. Isso pode contribuir para sua presença, mesmo entre aqueles que acreditam e trabalham na consolidação de um sistema público de saúde. Além de denunciar um aspecto contraditório da universalidade do SUS, esse fato mostra, também, que o projeto de fortalecimento de entidades filantrópicas deve ser considerado como um componente particularmente importante no campo das disputas políticas, dado os atores que aglutina.

Tal projeto seria colocado em cheque em situações nas quais houvesse vontade e disposição política de tornar as unidades básicas não apenas mais dotadas de recursos, mas também mais resolutivas do que atualmente são, e de assumir todas as implicações que decorrem dessa decisão no âmbito da reorganização de seu processo de trabalho, em novas formas de relacionamento entre profissionais e entre estes e a clientela.

Assim, em todas as unidades que comporiam um sistema de atendimento regionalizado a definição de recursos poderia ser construída em processo de elaboração de novas práticas, voltadas à atuação sobre a **unidade sujeito-contexto**, conforme descreve SARACENO (1999). O saber clínico, neste caso, cederia lugar à importância de outros saberes que pudessem

promover a compreensão e ação sobre objeto que, assim definido, realmente transcende a deficiência que se vê no corpo biológico. Não é suficiente apontar a necessidade de que se atue para “além da deficiência” ou “não apenas sobre a deficiência” quando não se mostra caminho alternativo à racionalidade clínica - mecanicista, biologicista e moralizante - instituída na reabilitação convencional.

A definição dessa unidade, também, não seria dada como exclusividade de unidades menos complexas. Organizações preparadas para o tratamento de questões que exigem densidade tecnológica importante, como Centros de Reabilitação regionais, não seriam eximidas de ampliar seu objeto de ação terapêutica, flexibilizar suas estratégias e colocar-se, com eficácia, à serviço das necessidades de pessoas com deficiência.

No modelo assistencial hegemônico, como vimos, o contexto, ou, mais exatamente, o campo real de interação social da pessoa com deficiência, é representado, essencialmente, pela dimensão familiar e profissional da existência humana. NALLIN (1991) mostrou, ainda, que a categoria “social” é traduzida por “problemas sociais”, compreendendo desestruturação familiar, desemprego, barreiras arquitetônicas e precariedades diversas no que concerne às condições de vida, como moradia e acesso à educação, entre outros. Estes, são tratados como problemas externos à reabilitação, embora localize-se, nesse conjunto, o empecilho para a resolutividade da reabilitação. A realização do trabalho em “settings” isolados

dessa realidade parece garantir a manutenção dessa situação de forma que a distância entre o pretendido e o realizado não se materialize em contradição aparente aos profissionais.

Diferentemente do que instituiu-se, a ampliação do objeto da reabilitação implicaria no acolhimento de novos problemas, inclusive os acima citados, que poderiam ser base de reflexões criadoras de novas práticas. A consciência política dos trabalhadores da área de reabilitação, considerando a necessidade de que o problema das deficiências seja reelaborado politicamente por esses atores, possivelmente não produziria apenas frustrações importantes – dada a percepção dos limites de alcance das técnicas convencionais - mas novas formas de interagir com o sofrimento dos sujeitos.

Seria essencial, para isso, que outros saberes povoassem o campo, no sentido de ampliar a compreensão sobre distintas dimensões da vida com deficiência e de como construir respostas para evitar, diminuir ou abolir o sofrimento que pode encerrar. Haveria que se abrir espaço para saberes da comunidade, acessíveis e, algumas vezes, construídos somente na interação com ela através de prática cotidiana, mas também para saberes constituídos academicamente, principalmente aqueles situados no campo das ciências sociais e humanas. Na reabilitação, construir-se espaços de diálogo e prática conjunta entre disciplinas distintas poderia gerar avanços importantes.

O encontro e produção de novos saberes pode trazer implicações para todo o conjunto das unidades relacionadas à saúde. Em

relação às UBSs, contudo, disso depende sua sobrevivência enquanto unidade de assistência às pessoas com deficiência. A exigência da delimitação de novos objetos, novos instrumentos terapêuticos e esquemas de avaliação de resultados é urgente. Se isso não ocorrer, essas unidades estarão predestinadas a permanecer no lugar da falta, da não resolutividade, das derivações inoperantes. Nunca poderá fazer reabilitação, e contar com recursos para tanto, se por "reabilitação" entender o que é praticado nas grandes instituições.

Ao colocar-se o uso do termo sujeito-contexto algumas considerações são importantes. É necessário, inicialmente, ressaltar que não se fala da ação sobre um e outro. A ação sobre o ambiente, tanto quanto sobre o sujeito, já é conhecida da reabilitação, e pode ser notada através de suas incursões no ambiente doméstico ou de trabalho para adaptá-los às novas condições físicas de seu ocupante. Pensar a díade sujeito-contexto como unidade implica em colocar a participação social em lugar distinto do que vem ocupando até então. Nele, ela deixaria de ser **produto** a ser alcançado ao fim de um **processo** para ser objeto de ação terapêutica. Expressando a relação entre os dois termos da díade não poderia ser concebida ausente, visto que sem ela não haveria sobre o que atuar. A reabilitação seria, então, **na** participação e não **para** a participação. O território de ação do sujeito, significando não apenas elementos isolados mas articulação de processos e

produtos humanos e naturais, seria onde se realiza o processo e produto da reabilitação: a existência da pessoa com deficiência enquanto cidadão.

Poder-se-ia, contudo, haver situações em que o grau de exclusão social é tão importante que até mesmo uma pequena participação pode ser uma grande meta, referida, portanto, ao futuro. Ampliar níveis de participação é sempre possível. Mas nos parece um equívoco pensar que, por piores que sejam as condições, promover participação poderia ocorrer de outro modo, senão através do seu exercício.

A partir da responsabilização sobre essa dimensão da existência definir-se-ia, então, projetos terapêuticos individuais que envolvessem diferentes modalidades de cuidado, situadas em diferentes níveis de atenção que, por sua vez, comportariam diferentes graus de suporte tecnológico. Todas as modalidades de cuidado, dessa forma, seriam dotadas de sentido terapêutico a partir de sua função nos diferentes projetos. Estariam mais investidas desse significado quanto mais imbricados, mais interdependentes, estivessem os técnicos/trabalhadores dos diferentes níveis. Seriam instrumentos a favorecer não apenas a reaquisição de uma habilidade, mas um determinado projeto de vida. A reaquisição de uma habilidade poderia estar presente, evidentemente, mas não como um *fim* e sim como um *meio*.

Nesse sentido, não seria necessário, embora pudesse ocorrer, que os vínculos ativos com os diferentes equipamentos fossem excludentes entre si. Na teia de elaboração e execução do projeto terapêutico

estariam em ação técnicos de diferentes níveis de complexidade, representando modalidades de cuidados distintos mas concorrentes. Todavia, seria necessário instituir a figura de um profissional responsável pela coordenação dessas ações. Preferencialmente, essa função deveria ser cumprida por um profissional da atenção primária, que é a unidade cuja caracterização implicaria em vínculo permanente com a população adscrita, respeitando as diretrizes da atenção integral em saúde. Esse vínculo poderia ter o sentido que se discutiu até agora, implicando em relação intensiva, elaboração de projetos e articulação de ações, mas poderia também ser de outra natureza. Poderia significar apenas a responsabilidade de um profissional por garantir que um usuário com deficiência seja atendido, por exemplo, na clínica ginecológica. Se o caso implicasse em utilização de recursos não disponíveis na unidade, este profissional responsabilizar-se-ia por **garantir** esse atendimento (e não simplesmente encaminhar o paciente), seja através da indicação e acompanhamento para outra unidade do sistema, seja através da modificação das condições da unidade em que atua. Como a inserção das demandas da pessoa com deficiência nas UBSs é realidade a ser construída, seria essencial que pudesse ser problematizada no cotidiano dos serviços e dimensionada levando-se em conta a realidade da região de saúde delimitada por certa articulação de equipamentos. O profissional, nesse caso, seria responsável também por isso. Seria sua tarefa problematizar,

responsavelmente, e trabalhar na construção de um modelo assistencial adequado.

A coordenação de caso poderia estar sob responsabilidade de qualquer um dos profissionais da equipe no que diz respeito à sua especificidade técnica, sendo também essencial que haja provisão de recursos, tempo e avaliação de resultados dessa modalidade de ação, como aconteceria para qualquer outra considerada “trabalho”.

Caberia, ainda, afirmar a compatibilidade entre ações baseadas na participação social e outras, definidas como prevenção primária e secundária, como detecção precoce de deficiências, acompanhamento de desenvolvimento neuro-psico-motor de crianças nascidas de gestações de risco ou prevenção de incapacidades em hansenianos. Profissionais com experiência de trabalho importante nessas ações, atuantes em unidades básicas, poderiam elaborar métodos para integrá-las em procedimentos já instituídos ou criar algumas inovações, qualificando outros profissionais para executá-las e/ou ingressando ou assessorando equipes com essa finalidade. O que não se desejaria, porém, é uma atuação desses técnicos restrita a essas ações, utilizando-se do argumento que a missão da UBS é prevenir. Observa-se que profissionais que tradicionalmente compõem a equipe de reabilitação em grandes instituições, ao serem incorporados às unidades de atenção primária passam a atuar exclusivamente em grupos de controle de diabetes, hipertensão, gestantes e outros grupos de risco, deixando de atender

deficiências ou incapacidades instaladas. Esse fato parece estar condicionado por vários aspectos da viabilização de um modelo de atenção, desde as estratégias para sua operacionalização até concepções e recursos implicados. É necessário, contudo, que, em certa medida, seja também tratado como um problema ético. O que justificaria o não aproveitamento de saberes especializados em benefício da população necessitada? Qual o compromisso que assume a unidade de saúde ao incorporar esses técnicos?

Embora devesse haver flexibilidade para incorporar novos problemas, seria necessário haver, por parte das equipes das UBSs, razoável clareza quanto à natureza dos problemas sobre os quais atuar. Diferentes espaços sociais da comunidade adscrita, como escolas, igrejas, centros de lazer e organizações comunitárias poderiam ser trabalhados com o sentido de promover e divulgar as possibilidades de atenção às pessoas com deficiência nas unidades básicas. Esse primeiro contato seria também uma boa oportunidade para começar a trilhar o caminho que levaria à participação efetiva desse segmento nos espaços sociais. Considerando as proposições anteriormente apresentadas, acerca de um processo de reabilitação com participação, não haveria como realizá-lo sem um mínimo de receptividade desses equipamentos a pessoas com deficiência.

O contato domiciliar poderia ser uma estratégia importante para se chegar à localização dessas pessoas, visto que não são usuários regulares das UBSs. A reclusão domiciliar e as dificuldades representadas por

barreiras arquitetônicas e falta de meios para o deslocamento até a unidade de saúde, podem implicar que, em parte significativa dos casos, o contato domiciliar represente a única forma de se iniciar uma interação. Os inquéritos domiciliares, como os que vem sendo realizados em projetos de RBC, poderiam ser efetivos em localidades com essa caracterização.

Outra modalidade de cuidado, o atendimento domiciliar, regular e contínuo, poderia compor as UBSs de forma privilegiada. Ampliando-se ainda mais o espaço do domicílio, teríamos os espaços sociais circundantes, continentes a negociações e trocas sociais, como *settings* importantes para a realização da reabilitação.

Atendendo ao objetivo de atuar sobre a relação sujeito-contexto, a atenção domiciliar – da maneira como caracterizou-se acima – poderia ser aplicada com vários objetivos específicos. Auxiliar no estabelecimento de rotinas familiares das quais tome parte como membro ativo a pessoa com deficiência, promover o respeito de outros membros quanto ao seu direito à autodeterminação, estender as possibilidades de autodeterminação para dimensões da vida cotidiana em que isso ainda não aconteça e descobrir ou criar novos espaços de trocas sociais são alguns objetivos que poderiam ser melhor alcançados através da atenção em domicílio.

Para que isso pudesse acontecer, com responsabilidade e compromisso, haveria que se tratar o domicílio em sua materialidade, mas também para além dela. Há, por exemplo, a dimensão simbólica dessa

entidade, do mundo privado, que é necessário conhecer, respeitar e integrar à ação técnica. Esse é apenas um entre tantos outros elementos que transcendem à materialidade do ambiente e ao caráter repetitivo e monótono do cotidiano, que deveriam ser subsidiados por conhecimento produzido fora do campo biológico.

A atenção domiciliar, assim pensada, embora possa encerrar uma grande possibilidade de rompimento com assimetrias da relação terapeuta-paciente, promovidas pela hierarquia do saber presentes no espaço institucional, tornando, ao menos, mais fluidas e menos formais essas relações, não deve ser entendida como menos complexa ou menos técnica. Pelo contrário, deveria ser tomada como objeto de reflexão, de estudo, de problematização teórica. Se estiver restrita a solucionar os problemas de acesso da pessoa com deficiência à unidade sanitária, estará sendo subutilizada enquanto estratégia de abordagem de problemas extremamente relevantes no universo de questões que compõem as condições concretas de existência desse sujeito.

Em nossa experiência na área ao longo dos últimos anos, chamou-nos especialmente a atenção uma das expressões das dificuldades encontradas para delimitar as funções entre unidades básicas e Centros de Reabilitação. Vários profissionais passaram a referir a identidade das estruturas especializadas baseados em um único aspecto da sua organização de trabalho: a constituição da equipe multiprofissional. O argumento técnico do trabalho em

equipe passou a ser usado para justificar a tal “complexidade” não bem esclarecida.

Sabe-se que não tem sido tradição nas unidades básicas o trabalho em equipe, inversamente ao que tem ocorrido predominantemente nos centros, setores ou instituições especializadas em reabilitação. Como já discutimos, essa característica instalou-se nas origens das práticas de reabilitação guardando relação com a emergente cientificidade daquele período e tem se mantido presente, seguindo as tendências ditadas pela medicina científica. Em grande parte dessas equipes, portanto, vigora o entendimento de que cada profissional é responsável apenas por determinada parte do sujeito, cujo exemplo mais clássico é a tradicional e persistente divisão de responsabilidades entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, designando aos primeiros os membros inferiores e aos segundos os membros superiores. A fragmentação das ações de saúde, bem como sua referência à ciência moderna, já foi amplamente refletida por vários autores, como apontou-se anteriormente. Esse tema segue, contudo, sendo pouco discutido ou discutido com superficialidade na reabilitação. Isso permite que mesmo práticas que expressam claramente a idéia, tão refutada, de que a totalidade do sujeito pode ser atingida através da atuação sobre compartimentos rigidamente delimitados, ainda sejam divulgadas como uma realização inovadora, conferindo distinção a determinados trabalhos. Supomos, entretanto, que ao se referir à especificidade do Centro de Reabilitação pelo fato de trabalhar-se em equipe, há o equívoco

de evocar a equipe como um mito, mas há também a sugestão de que essa instituição faz um trabalho “melhor”, dado ser mais “completo”.

De outra forma, consideramos que trabalho em equipe tem, para a reabilitação, um valor extremamente importante, mas não diferente do que tem para as ações de saúde de forma geral. Isso significa dizer que seu potencial reside na convergência, e não na fragmentação em territórios que a cada dia são reduzidos e levam à perda do contato com a realidade humana.

Na reabilitação, estamos, ainda, muito longe de experimentar as contradições apontadas por CAMPOS (1997) no que diz respeito à diluição das atribuições dos técnicos. Evitando-se a desresponsabilização por responder às demandas, conforme apontou o autor ao problematizar sobre o rompimento das delimitações profissionais – quando todos podem responder e ninguém efetivamente responde - a reabilitação teria muito a ganhar com experiências de intercâmbio prático entre os técnicos, através das quais poderiam ser inaugurados processos de desconstrução das fronteiras acadêmicas e corporativas erigidas entre os profissionais. Essa seria uma forma de oposição prática aos limites das trocas de informações técnicas, que configuram momentos em que nada é realmente debatido e a complexidade da vida é omitida.

### 3. A Reabilitação em tese: conceitos, mitos e utopias

A divulgação e experimentação, embora tímida, de modelos assistenciais alternativos, trouxeram à tona noções inovadoras. Entretanto, é necessário denunciar a sua utilização por setores conservadores, que as aplicam mais como estratégia de marketing político. A idéia de "inclusão social" é uma delas.

Embora seja aplicada até por instituições segregadoras, o conceito tem sido relatado como sucedâneo ao de "integração social", que agora é entendido como aquele que representa somente a adaptação do sujeito ao meio, colocando exclusivamente sobre o indivíduo a responsabilidade por sua participação social. Assim, a integração social é entendida como uma realidade que vem cedendo lugar para a inclusão, que é a "(...) *modificação da sociedade como pré-requisito para a pessoa com necessidades especiais buscar seu desenvolvimento e exercer a cidadania*" (SASSAKI, p.43, 1997) (destaques nossos).

O conceito de inclusão social está vinculado às elaborações de teor ecológico sobre as deficiências promovidas pela ONU e OMS, tratando de ressaltar a necessidade de haver oportunidades idênticas, no ambiente físico e social, para a participação social de todos os membros de

uma sociedade. Tem, no entanto, sofrido interpretações distintas<sup>1</sup>. A inclusão escolar, por exemplo, originalmente representou a idéia de que crianças com deficiência devem partilhar ambientes escolares comuns, construindo-se, para tanto, condições necessárias para a convivência entre portadores e não portadores de deficiência. Atualmente, não se pode ter certeza de que quando se aplica o conceito inclusão escolar, não esteja referindo-se, por exemplo, a classes especiais criadas dentro de unidades escolares comuns. Em programas de reabilitação, mesmo profissionais que jamais desenvolveram qualquer ação técnica em ambientes externos às suas unidades de trabalho, que sequer conhecem o ambiente domiciliar dos sujeitos que assistem, consideram estar realizando trabalho de inclusão social.

O mesmo tem acontecido com o termo "autonomia".

Diferentemente da literatura americana - na qual o termo significa a capacidade de manutenção de determinados níveis de *performance* muscular para garantir

---

<sup>1</sup> SASSAKI (1997) traduz para as palavras "impairment", "disability" e "handicap" - anteriormente citadas neste trabalho respectivamente como "deficiências", "incapacidades" e "desvantagens", conforme vem sendo utilizado na língua portuguesa de Portugal - como "impedimentos", "deficiências" e "incapacidades". As diferenças na tradução dessas palavras, embora freqüente, não tem gerado, a nosso ver, grandes conseqüências práticas, porquanto um balizamento inicial nas discussões seja sempre necessário. Na maior parte das vezes em que são citadas, também, aparecem associadas às suas definições, permitindo que o leitor logo estabeleça as devidas correlações. No entanto, interpretações distintas sobre outros conceitos parecem-nos mais polêmicas. Esse é o caso, por exemplo, do entendimento de SASSAKI (1997) de que esses conceitos comporiam um "modelo social" de compreensão das deficiências, estabelecendo, por conseqüência, uma relação entre o modelo médico e a integração social e entre o modelo social e a inclusão social. "De nosso ponto de vista o esquema conceitual proposto pela OMS incorpora apenas o ambiente imediato, deixando de fora determinações sociais mais amplas, o que tornaria inadequado qualificá-lo de "social". Além disso, pensamos que não é possível considerar que conceitos tão plurais possam refletir a realidade deste ou daquele modelo. O próprio autor atenta para o fato de que mesmo a ONU, promotora do que ele denominou "modelo social", vem utilizando indistintamente os termos integração social e inclusão social.

a execução de um tarefa até o fim - numa das versões aplicadas ao termo contrapõe-se aos limites do termo independência. Este, aplicado tradicionalmente em escalas que classificam os sujeitos como "dependentes", "semi-dependentes" e "independentes", a partir da avaliação de como executam atividades da vida diária e outras, restringe o universo de possibilidades de exercício da liberdade ao contexto das performances corporais. O termo autonomia, por sua vez, tem sido empregado em associação aos ideais de cidadania, consciência e emancipação, querendo resignificar a reabilitação enquanto prática social, voltando-a à construção de sujeitos capazes de produzir transformações sobre sua realidade, ou seja, com o mesmo sentido que vem sendo empregado por alguns autores da saúde coletiva.

SASSAKI (1997), porém, faz distinção entre "autonomia física" e "autonomia social", para mostrar que o conceito significa a posse de controle nos vários ambientes físicos e sociais freqüentados por um sujeito. Com esse sentido, graus de autonomia resultam "*(...) da relação entre o nível de prontidão físico-social do portador de deficiência e a realidade de um determinado ambiente físico-social*", deixando claro que mantém certa identificação com o conceito anteriormente citado de independência, à medida em que situa a necessidade de ajuda de outras pessoas, por exemplo, enquanto redutor do grau de autonomia de um sujeito (SASSAKI, p. 36, 1997).

Poderíamos citar outros conceitos e suas polissemias, sem que se esgotasse a mobilidade de aplicação conceitual verificada na área

de reabilitação. Deseja-se, contudo, através dos exemplos citados, apenas chamar a atenção para o fato de que conceitos surgidos em contextos críticos, com potencial para gerar inovações, têm sido incorporados pelos setores conservadores e perderam seu caráter perturbador. Há, portanto, a necessidade de que atores comprometidos com novas práticas, detenham-se sobre essa questão.

Alguns conceitos e noções podem ser eleitos para expressar, com rigor, considerações sobre um projeto assistencial desejado compatível com a defesa da vida e o direito à diferença. É preciso partir-se para a definição precisa dos eixos sobre os quais deve-se construir o aumento da capacidade contratual de pessoas com deficiência.

## **SUMMARY**

The study approaches politics and assistencial models in people's rehabilitation with physical disability instituted in the Brazilian assistencial milieu in the last 20 years. They are studied the hegemonic model and the Community-based Rehabilitation - CBR. The first, introduced in Brazil in the 50' it accomplishes specialized medical actions and is an institutional-based model. The Rehabilitation Centers is taken as central elements in the way of production of services for disabled people. The second - CBR - was constituted as critical construction to that model, taking the community as one of its central categories. It was defined as strategy of providing appropriate health care to a greater percentage of the disabled population with low cost. Is based on simplified methods of rehabilitation and training of local resources (no-professionals). Is reconstructed the theoretical and practical courses of those models adopted the historical perspective. The collection of data felt on different supports of the written language, as books, papers, reports, technical recommendations and other. They were interviewed persons that played the recent history of the

rehabilitation in Brazil. They were directors, coordinators or planners in some services related to the studied models. The analysis of the data stops on the following operative categories: a) knowledges in interaction in the conception and delimitation of the object to therapeutic action; b) access to the services, therapeutic linkage and responsibility; c) organization of the work process and the workers' paper; d) participation of the disabled/community; e) approaches on the subject of the resolutivity. From elaborations regarding the limits of those practices about the social participation of the disabled the need of social actors' articulation for the formulation of a new political project is discussed. The project should represent and to make possible the superation of what is instituted. It is considered that the radical defense of the adoption of new objects to therapeutic action in rehabilitation - and not only the indication of political and operational guidelines - is essential condition to building a new assistencial model - essentially public - that contemplates the disabled's complexity condition.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.C. **A pessoa portadora de deficiência física em seu cotidiano: reflexos e reflexões sobre a reabilitação.** São Paulo, 1993. 117p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa, Edições 70, 1979.
- BATTISTELLA, L.R. **Competência em Medicina Física e Reabilitação.** *Acta Fisiátrica*, v.1, n.1, p.3-6, 1994.
- BISCHOFF, R.; THORBURN, M.J.; REITMAIER, P. **Neighbourhood support to families with a disabled child: observations on a coping strategy of caregivers in a jamaican community-based rehabilitation programme.** *Child Care Health and Development*, v.22, n.6, p.397-410, 1996.
- BOULANGER, Y.L.; PEZZI, L. **Evaluation of the quality of medical practice in rehabilitation medicine.** *Disability and Rehabilitation*, v.15, n.3, p.155-9, 1993.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria dos Direitos da Cidadania. **Câmara Técnica sobre Reabilitação baseada na Comunidade (RBC): resultados de sistematização.** Brasília, Corde, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços.** Brasília, 1995. Reimpressão.
- CAMPOS, G.W.S. **A Reforma da Reforma: Repensando a Saúde.** São Paulo, HUCITEC, 1992. 220p.

- \_\_\_\_\_ Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O.(org) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1994. p.29-116.
- \_\_\_\_\_ Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde. In: ONOCKO, R.; MERHY, E. (org.) **Agir em saúde – um desafio para o público**. São Paulo/Buenos Aires, HUCITEC/Lugar Editorial, 1997. p.229-66.
- CARDENAL, F. Rehabilitación en el seño de la comunidad – Resumenes de documentos que marcam la evolución de las ideas. In: REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS COM MINUSVALIA. **Alternativas Institucionales en Rehabilitación**. Madrid, 1990. Documento 23. p.163-73.
- CAVIEDES, A. H. Concepto Actual de la rehabilitacion. In: LINDEMANN, K. **Tratado de Rehabilitación**. Madrid, Editorial labor, 1970. p.406-11.
- CENTRO DE VIDA INDEPENDENTE-R.J. Quem somos? [On line]. <http://www.alternex.com.br/~cvirj/historic.htm> . Obtido em 07/07/1999a.
- CENTRO DE VIDA INDEPENDENTE-R.J. Setores. [On line]. <http://www.alternex.com.br/~cvirj/setores/htm> . Obtido em 07/07/1999b.
- CIERI, P.; FIORENTINO, A. RUIZ, O.; SIEDE, L.V. Rehabilitación com base en la comunidad. In: MANGHI, M; NARVAEZ, S.; REYNO, P. (ed) **Terapia Ocupacional - Trabajo y comunidad**. Buenos Aires, COLTOA Grupo Editor, 1999. p.25-40.
- CLARK, A.K. Community-based rehabilitation in England. **International Disability Studies**, v.9, n.1, p.18-21, 1987.
- COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.R.; KARSCH, U.S. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo, Cortez, 1991. 164p.
- COOK, A.M.; HUSSEY, S.M. Introduction and Overview. In: \_\_\_\_\_ **Assistive Technologies: principles and practices**. St. Louis, Mosby, 1995. p.5-45.
- COZENS, J.A. ; CHAMBERLAIN, M.A., Rehabilitation Medicine. **Postgraduation Medicine Journal**, v.71, n.841, p.665-73, 1995.
- CRISHNA, B. What is community- based rehabilitation? A view from experience. **Child Care Health and Development**, v.25, n.1, p.27-35, 1999.

- DE AGUERRO, D.S. **El lisiado a través de la historia**. Nova Iorque, Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados, 1956. 108p.
- DE JONG, G. Defining and implementing Independent Living concept. In: CREWE, N.M.; ZOLA, I.K. **Independent Living for physically disabled people: developing, implementing, and evaluating self-help rehabilitation programs**. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1989. p.4-27.
- DE LA BELLACASA, R.P. Concepciones, Paradigmas y Evolución de las Mentalidades sobre la Discapacidad. In: REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS COM MINUSVALIA. **Discapacidad y Información**., Madrid, 1990. Documento 11. p.27-61.
- DE LISA, J.A.; LEONARD JR, J.A.; SMITH, B.S.; KIRSHBLUM, S. Common questions asked by medical students about physiatry – Brief Report. **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**. v.74, n.2, p.145-54, 1995.
- DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo, Pioneira, 1975. 174p.
- DONNANGELO, M.C.F.; FERREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1976. 174p.
- DRAIBE, S.M.; HENRIQUE, W. "Welfare State", crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 3, n.6, p.53-78, 1988.
- DRAIBE, S.M. As políticas Sociais Brasileiras: Diagnóstico e Perspectivas. In: DRAIBE et al. **Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas**. Brasília, IPEA/IPLAN, 1990. 42p.
- \_\_\_\_\_ As políticas Sociais e o Neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. **Revista da USP**, v.3, n.17, p.86-101, 1991.
- DUMAS, S. **Programa de Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC no bairro de Cajazeiras na periferia de Salvador. Relato de uma experiência piloto no Estado da Bahia**. Bahia, 1998. [mimeo].
- FINKENFLÜGEL, H.J.M. Help for the disabled in hospital and at home. **World Health Forum**, v.12, p.325-30, 1991a.
- \_\_\_\_\_ Identifying people in need of rehabilitation in rural Zimbabwe. **Central African Journal of Medicine**, v.37, p105-10, 1991b.

- \_\_\_\_\_ed **The handicapped Community. The relation between primary health care and community based rehabilitation.** VU Unmiversity Press, Amsterdam, 1993. 150p.
- FINNSTAM, J.; GRIMBY, G.; NELSON, G.; RASHID, S. Evaluation of community-based rehabilitation in Punjab, Pakistan: I - use of the WHO manual, "training disabled people in the community". **International Disability Studies**, v.10, p.54-58, 1988.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro, Graal, 1982. 295p.
- \_\_\_\_\_ **Vigiar e Punir.** Petrópolis, Vozes, 1983. 277p.
- FUNDO SOCIAL DE SOLIDARIEDADE **Atenção às pessoas portadoras de deficiência e ações de prevenção. Situação no Estado de São Paulo. Pesquisa sobre recursos nos municípios.** São Paulo, 1993. 140p.
- GERSHON, W.; SRINIVASAN, G.R. Community-based rehabilitation: an evaluation study. **Lepr. Rev.**, v.63, n1, p.51-9, 1992.
- GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico.** São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. 354p.
- \_\_\_\_\_ **Práticas de Saúde. Processos de Trabalho e Necessidades.** São Paulo, CEFOR, 1992. 53p.
- \_\_\_\_\_ **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo.** São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1994. 278p.
- GRIMBY, G.; FINNSTAM, J.; NELSON, G.; RASHID, S. Evaluation of community-based rehabilitation in Punjab, Pakistan (II). Prevalence of diseases, impairments and handicaps. **International Disability Studies**, v.10, p.59-60, 1988.
- GUTMANN, A.Z. Planificación y estructuración del personal. In: \_\_\_\_\_ **Estudio sobre centros de rehabilitación y curhoteles.** Barcelona, Editorial Jims, 1975. p.23-29.
- HAI, T. T. Community-based rehabilitation programme. **Tropical and geographical Medicine**, v.45, n.5, p.216-7, 1993.

- HELANDER, E. ; MENDIS, P.; NELSON, G. **Training Disabled People in the Community**. Geneve, World Health Organization, 1980.
- KENNEDY, C. Community integration and Well-being: toward the goals of community care. **Journal of Social Issues**, v.45, n.3, p.65-77, 1989.
- KRUSEN, F.H. The scope of physical medicine and rehabilitation. In: KRUSEN, F.H.; KOTTKE, F.J.; ELLWOOD, P.M. **Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation**. 2ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1971. p.1-13.
- KUNIYOSI, M. M.; PERES, T. O. **Reabilitação Baseada na Comunidade: o desenvolvimento de algumas experiências no Brasil**. Monografia, 1999. [mimeo].
- LABRA, M.E.; BUSS, P.M. Introdução. In: \_\_\_\_\_(org). **Sistemas de Saúde – continuidades e mudanças**. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC/Fiocruz, 1995. 258p.
- LAGERKVIST, B. Community-based rehabilitation - outcome for the disabled in the Philippines and Zimbabwe. **Disability and Rehabilitation**, v.14, n.1, p.44-50, 1992.
- LAVALLE, D.J. ; CRUPI, C.D. Rehabilitation takes to the road. **Holistic Nurse Practice**, v.6, n.2, p.60-6, 1992.
- LIANZA, S.; BATTISTELLA, L.R. A situação da reabilitação no Estado de São Paulo. Análise crítica e propostas de solução. **Revista Medicina de Reabilitação**, v. 3737/38, p.3-6, 1994.
- LIANZA, S.; FONSECA, G.A. Medicina de Reabilitação. In: LIANZA, S. (org.) **Medicina de Reabilitação**. 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1995. p.1-10.
- LOPES, R.E. **Cidadania, Políticas Públicas e Terapia Ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no município de São Paulo**. Campinas, 1999. Tese (Doutorado). 539p. Faculdade de Educação, UNICAMP.
- LOURENÇO, C.; MIYAZAKI M.H.; BATTISTELLA, L.R. O Centro de Reabilitação. In: LIANZA, S. (org.) **Medicina de Reabilitação**. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1995. p.437-446.

LUNDGREN-LINDQUIST, B.; NORDHOLM, L.A. Community-based rehabilitation - a survey of disabled in a village in Botswana. **Disability and Rehabilitation**, v.15, n.2, p.83-89, 1993.

---

\_\_\_\_\_ The impact of community-based rehabilitation as perceived by people in a village in Botswana. **Disability and Rehabilitation**, v.7,n.18, p.329-334, 1996.

LUZ, M.T. **Natural, Racional, Social – Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna**. Campus, Rio de Janeiro, 1988. 152p.

---

\_\_\_\_\_ Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80. **Physis**, v.1, p.76-96, 1991.

LYSACK, C. ; KREFTING, L. Community-based rehabilitation cadres: their motivation for volunteerism. **International Journal of Rehabilitation Research**, v.16, p.133-141, 1993.

MARCONDES, R. O maior centro de reabilitação da América Latina. In: \_\_\_\_\_ **No silêncio do sexo**. São Paulo, Record, 1994. 85-94.

MARINCEK, C.R.T. Community-based rehabilitation - the challenge and opportunity. **International Disability Studies**, v.10, p.87-88, 1988.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA F<sup>o</sup>., R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**. v.33, p.83-9, 1991.

MERHY, E.E. **A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo, HUCITEC, 1992.

---

\_\_\_\_\_ Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta-aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O.(org) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1994. p.117-85.

---

\_\_\_\_\_ Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ONOKO, R.; MERHY, E. E. (org) **Agir em saúde – um desafio para o público**. São Paulo, HUCITEC, 1997. p.71-112.

MILES, M. Different ways of community-based rehabilitation. **Tropical and Geographical Medicine**, v.45, n5, p.238-41, 1993.

- MINAIRE, P.** Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. **Bulletin of the World Health Organization**, v.70, n.3, p.373-79, 1992.
- MINAYO, M.C.S.** **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo, HUCITEC, 1996. 269p.
- MITHCELL, R.A. ; ZHOU, D.; Lu, Y.; WATTS, G.** Community-based Rehabilitation: does it change community attitudes towards people with disability? **Disability and Rehabilitation**, v.15, n.4, p.179-183, 1993.
- MOMM, W.; KÖNIG, A.** **De la rehabilitación basada en la comunidad a los programas de integración comunitaria. Nuevo concepto de servicios para personas incapacitadas: experiencias y reflexiones.** Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1990. 23p.
- NALLIN, A.** **A reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos. Análise de representação no discurso.** São Paulo, 1992. Dissertação (Mestrado). 282p. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- O'TOOLE, B.** A community-based rehabilitation programme for pre-school disabled children in Guyana. **International Journal Rehabilitation Reserch**, v.11, n.4, p.323-334, 1988.
- OLIVEIRA, J.A.; TEIXEIRA, S.M.F.** **(Im)Previdência Social: 60 anos de História da Previdência no Brasil.** Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1985. 357p.
- OLIVER, F.C.** **Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema de Saúde no Município de São Paulo: Uma Questão de Cidadania.** São Paulo, 1990. Dissertação (Mestrado). 143p. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- 
- Contribuições para o estudo da população institucionalizada nas Casas André Luiz.** São Paulo, 1993. [mimeo].
- 
- Saúde Mental e Saúde da Pessoa com deficiência: estudo do processo de incorporação de assistência pelos serviços municipais de saúde numa região do município de São Paulo (1989-1995).** São Paulo, 1998. Tese (Doutorado). 194p. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- OLIVER, F.C.; TISSI, M.C.; CASTRO, L.H.** **Reabilitação Baseada na Comunidade – produzindo ações no contexto sociocultural.** Apresentado ao Congresso da Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial, Paris, 2000.

**ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS Programa de Ação Mundial para as pessoas com deficiência.** São Paulo, CEDIPOD, 1992. 67p.

---

**Normas sobre equiparação de oportunidades para pessoas com deficiência.** São Paulo, APADE/CVI-AN, 1996. 49p.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps).** Lisboa, Secretariado Nacional de Reabilitação, 1989. 204p.

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Comité de Expertos de la OMS en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación, Ginebra, 1981. Informe.** (OMS. Serie de Informes Técnicos, 668).

---

**Rehabilitación Basada en la Comunidad.** Washington D.C., Enero-junio, 1989. (Guías técnicas,1).

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD La Experiencia de RBC en Uruguay.** Washington, D.C, Enero-Junio, 1992a. (Guías Técnicas,5).

---

**La Experiencia de Nicaragua.** Washington D.C., Junio-Dieciembre, 1992b. (Guías Técnicas,7).

---

**Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Los Servicios de Rehabilitación.** Washington, 1993. 26p.

---

**La rehabilitación por discapacidad en América Latina y el Caribe. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana.** v.120, n.4, p. 358-61, 1996.

**PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais.** In: ROUQUAYROL, M.Z. (org) **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro, MEDSI, 1993. p. 455-66.

**PEAT M. Community Based Rehabilitation .** London, WB Saunders Company Ltd , 1997. 165p.

**PERIQUET, A .O Community-based rehabilitation in the Philippines. International Disability Studies, 11:95-96, 1989.**

- PICKLES, B.; TOPPING, A.U.; WOODS, K.A. Community care for Canadian seniors: an exercise in educational planning. **Disability and Rehabilitation**, v.16, n.3, p.181-89, 1994.
- PROGRAMA COMUNITÁRIO APAE-SP Parceria com a comunidade na busca de soluções alternativas. **Mensagem da APAE**, v. XXXIV, n.82, p.9-11, 1996.
- RAN, C.; WEN, S.; YONGHE, W.; HONGLU, M. - A glimpse of community-based rehabilitation in China. **Disability and Rehabilitation**, v.14, n.2, p.103-107, 1992.
- RAO, P.H., VENKATESAN, S., VEPURI, V.G.D. Community-based rehabilitation services for people with disabilities: an experimental study. **Internacional Journal of Rehabilitation Research**, v.16, p.245-250, 1993.
- RATZKA, A. Introduction to direct payments for personal assistance. [On line]. <http://www.independentliving.org/LibArt/IntroDirectPayments.html>. Obtido em 11/08//1999.
- REGUERA, L. Reflexiones sobre la rehabilitación de la comunidad a la luz de las experiencias de la OIT. In: REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS COM MINUSVALIA. **Alternativas Institucionales en Rehabilitación**. (Documento 23). Espanha, 1990.
- ROCHA, E.F. **Corpo deficiente: em busca da reabilitação? Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiência física**. São Paulo, 1990. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 310p.
- RONEN, R., BRAUN, P.E., ELDAR, R. A community-oriented programme for rehabilitation of persons with arthritis. **Disability and Rehabilitation**, v.18, n.9, p.476-481, 1996.
- ROTTIER, M.J.N.; BROER, R.W.; VERMEER, A.; FINKENFLÜGEL, H.J.M. A study of follow up the clients in community- based rehabilitation projects in Zimbabwe: the functioning of rehabilitation technicians, local supervisors and caregivers. **Journal of Rehabilitation Sciences**, v.6, p.35-41, 1993.
- RUSK, H.A. The philosophy and need of rehabilitation. In: **Rehabilitation Medicine. A textbook on physical medicine and rehabilitation**. 2 ed. St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1964. p. 19-26.

- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema de Atendimento à Saúde e Reabilitação da pessoa portadora de deficiência física e/ou sensorial.** São Paulo, 1985.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Organização de Atenção à Saúde. **Proposta de Atenção à Saúde da Pessoa Deficiente.** São Paulo, 1991.
- SARACENO, B. **Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Belo Horizonte/ Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999. 175p.
- SASSAKI, R.L. **Reabilitação em nível comunitário.** In: CURSO SOBRE RBC. São Paulo, 1987. São Paulo, Organização dos Estados Americanos e Fundação LBA, 1987.
- SASSAKI, R.L. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos.** Rio de Janeiro, WVA, 1997. 174 p.
- SCANNAVINO, E.N.; SCANNAVINO, C.N. Projeto Saúde e Alegria. Uma experiência comunitária na Amazônia. CEAPS, 1995. [mimeo].
- SCHLAEPFER-PEDRAZZINI, L.; INFANTE-CASTAÑEDA, C. La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. **Salud Publica de México.** v. 32, n.2, p.141-53, 1990.
- SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos Tecno-assistenciais em Saúde. O Debate no Campo da Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 1996. 151p. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ.
- SOARES, L.T.B. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou trabalho? Retrospectiva da profissão no Estado Brasileiro de 1950 à 1980.** São Carlos, 1987. 234p. Dissertação (mestrado). Centro de Educação e Ciências Humanas. Universidade Federal de São Carlos.
- VIEIRA, E. **Democracia e Política Social.** São Paulo, Cortez/Autores Associados, 1992. 102p.
- VIGARELLO, G. Panóplias Corretoras: Balizas para uma história. In: SANT'ANNA, D.B. (org). **Políticas do Corpo. Elementos para uma história das práticas corporais.** São Paulo, Estação Liberdade, 1995. 21-38p.

WERNER, D. **Guia de Deficiências e reabilitação Simplificada; para crianças e jovens portadores de deficiência, famílias, técnicos de reabilitação e agentes comunitários de saúde.** Brasília, Corde, 1994. 654p.

\_\_\_\_\_. Preface. In: FINKENFLÜGEL, H. (org.) **The handicapped Community. The relation between primary health care and community based rehabilitation.** Amsterdam, VU Unmiversity Press, 1993. p.vii-xi.

\_\_\_\_\_. **Project PROJIMO: A program for and by disabled people.** [On line] <http://www.independentliving.org.br> . Obtido em 10/08/1999.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

Referências: 114

## ANEXO

### ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Discorra sobre sua trajetória profissional na área de reabilitação.
2. Quais acontecimentos considera serem os mais importantes na história da reabilitação no Brasil? Por que?
3. Comente sua participação nesses fatos, se tiver havido.
4. Identifique as principais mudanças conceituais na área de reabilitação.
5. Identifique as principais mudanças nas práticas de reabilitação, considerando a realidade brasileira.
6. Quais são suas considerações a respeito do que se produz, atualmente, no campo da reabilitação, no Brasil, tanto no que se refere ao campo assistencial quanto no de produção de conhecimentos?
7. Quais são suas principais preocupações profissionais, atualmente? Por que?
8. Quais são suas considerações a respeito do futuro da reabilitação no Brasil?