

O significado do discurso de risco na área de reabilitação

Vera Lúcia Rodrigues Alves*

RESUMO

A autora busca neste artigo analisar o discurso e as intervenções governamentais na atenção à pessoa portadora de deficiência. Nesse sentido discute-se o conceito de “risco” no contexto de saúde pública e o seu significado em reabilitação.

UNITERMOS

Risco, Reabilitação, Discurso político, Deficiente

SUMMARY

In this article, the author searches to analyse the governmental's speeches and interventions which focus on the handicapped people. In this sense, it was discussed the concept of “risk” in the context of public health and its importance to the rehabilitation.

KEYWORDS

Risk, Rehabilitation, Political speech, Handicapped

O conceito de que risco é um produto social institucionalizado, ou seja, é constituído e tem uma história, leva-nos a ponderar como surgiu esta questão no que se refere à reabilitação de deficientes físicos.

Reabilitação é um processo desenvolvido por uma equipe multiprofissional de saúde, de duração limitada, cuja finalidade é de que a pessoa deficiente alcance um grau físico, mental, funcional e/ou social ótimo, de forma a alcançar as metas de vida estabelecidas no momento. Isto nos remete, primariamente, a como surgiu, dentro da área de saúde, a especialidade Reabilitação. Ela aparece, no cenário mundial, no sistema de bem-estar social (Seguro Social, Assistência Pública e Promoção Social) e, especialmente, em atividades desenvolvidas para a saúde após as Guerras Mundiais.

O contingente de pessoas com problemas especiais, seja por doenças, seja por mutilações, orfandade, abandono, etc., levou as entidades governamentais, principalmente na Europa e nos EUA, a buscar soluções para estes problemas e, mais especificamente, a viabilizar meios para atender às necessidades dos deficientes físicos (reabilitação dos jovens veteranos da Marinha e do Exército), e à premência de mão-de-obra para a reconstrução dos países “abalados” pela guerra. Estes esforços impulsionaram e possibilitaram os avanços na ciência e tecnologia e agilizaram providências de ordem prática para a busca de soluções que permitissem a integração dos deficientes a uma “vida normal” em uma sociedade produtiva.

Os primeiros Centros de Reabilitação surgiram no EUA, segundo Silva (1987) – “o desenvolvimento de atividades coordenadas

* Mestra e Doutoranda em Psicologia Social da PUC – SP, Diretora do Serviço de Psicologia da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP

que chegariam a ser genericamente reconhecidas como reabilitação acontece lentamente e sua implantação foi um tanto indecisa, quase que conseqüentemente à impotência dos médicos face à multiplicidade de problemas que afetavam diretamente as pessoas mutiladas ou portadoras de outros tipos de deficiências”.

A intervenção do Governo se fez imprescindível na assistência a este segmento da população, pois envolvia ações complexas, no desenvolvimento de conhecimentos, tecnologias e treinamento de profissionais em diversas áreas, como saúde, educação e trabalho, etc. Tudo em um nível de complexidade maior, pois os programas de reabilitação envolvem o portador de deficiência, sua família e a comunidade, que necessitam ser trabalhados simultaneamente e ter participação ativa no processo. Foram, portanto, elaborados “documentos” que nortearam as ações sociais e que, segundo Spink, “podem refletir as transformações lentas em posições, posturas institucionais assumidas pelos aparelhos simbólicos que permeiam o dia-a-dia ou no âmbito das redes sociais”.

Pensando em termos de discurso político no Brasil, a intervenção se fez presente e apresentou o discurso dos desvalidos, necessitando criar ações para resoluções, apontando para as responsabilidades coletivas, mas sempre com uma postura assistencialista, paternalista. Segundo Maior (1995), “originalmente no Brasil a atenção aos deficientes surge em instituições filantrópicas, sem proposta de participação comunitária, sem ouvir os próprios reabilitados e conduzidas à margem do Estado”. E, de acordo com a CORDE (1995), a assistência no Brasil à pessoa portadora de deficiência física apresenta um perfil de fragilidade e descontinuidade nas esferas pública e privada, embora, ao nosso ver, com avanços assistemáticos, porém relevantes para este segmento da população.

Outrossim, enfocamos o fato de que, na área de saúde, é difícil legislar, porque os riscos em termos de doenças e deficiências são mais individualizados e passam por simbolizações (significações) pessoais e culturais que interferem na percepção do que é “risco”, nas ações e diretrizes que visam atender o coletivo e a sociedade como um todo. Considerando que o ser humano está sujeito, no seu dia-a-dia, a um grande número de riscos que podem causar lesões, incapacidades e invalidez, por doenças, catástrofes e outros riscos produzidos pela vida em sociedade, como os acidentes de trânsito e a violência urbana, torna-se imprescindível localizar a área de ação governamental a que nos referimos.

O discurso governamental, no que se refere ao que o Estado o SUS (Sistema Unificado de Saúde) deve propiciar a seus usuários, inclui dar atenção integral à pessoa portadora de deficiência em ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e integração social, o que é precedido pela reflexão sobre:

- de que riscos nós estamos falando;
- quem está em risco;
- quem corre riscos;
- como os riscos podem ser prevenidos, visando dar visibilidade às ações governamentais e atender ao ideal pedido de segurança coletiva.

Faz-se necessário definir “risco” neste contexto da saúde pública:

Risco – A probabilidade de que um evento ocorra. Envolve uma variedade de medidas de probabilidades de um resultado geralmente desfavorável.

Fatores de risco – Um aspecto do comportamento pessoal ou estilo de vida, exposição ambiental, congênito ou característica inerente, que, sob a base de evidência epidemiológica, é sabido que se relaciona com a condição de saúde relatada, considerando-se importante a prevenção.

Avaliação de risco – Estimativa qualitativa ou quantitativa de probabilidade de efeitos adversos, que pode resultar da exposição a riscos específicos de saúde ou da ausência de influências benéficas (Last, *Dictionary of Epidemiology*, 1988).

Assumir as vivências numa sociedade de risco e afastá-las, na medida do possível, implica ter percepção e conhecimento da realidade. Entretanto, o que ocorre normalmente é que deparamos com uma parte da sociedade ausente e outra parte, pequena e restrita, envolvida, tanto por motivos pessoais quanto por técnicos e profissionais, o que gera interesses difusos que interferem na priorização de necessidades e na conseqüente criação de leis, diretrizes e políticas de saúde. Assim, é necessário estimular ressignificações conceituais quanto às deficiências para incrementar transformações e ações sociais, pois, segundo Spink, “a socialização é um instrumento de conservação, os processos de ressocialização e as rupturas decorrentes do enfrentamento do não-familiar possibilitam a ressignificação e a transformação social”.

Analisando os trabalhos desenvolvidos nos últimos anos no Brasil quanto à “Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência Física”, verificamos que foram feitas várias comissões, com entidades governamentais e não-governamentais (associações, escolas, ONGs, etc.) e com pessoas afins, para estudar a viabilidade de programas de prevenção de incapacidades, a reabilitação e a igualdade de oportunidades para

as pessoas portadoras de deficiências, bem como para disponibilizar informações que conscientizassem a população de que a deficiência física pode ocorrer em graus variados a qualquer um, em qualquer momento, a fim de enfatizar medidas de responsabilidades coletivas e de prevenção.

O Propad – Programa de Prevenção e Assistência às Deficiências (1994) – reitera que, segundo a ONU, “prevenção significa a adoção de medidas destinadas a impedir que se produzam deficiências físicas, mentais ou sensoriais ou ainda impedir que as deficiências, quando já se produziram, tenham conseqüências físicas, psicológicas e sociais negativas”. “No campo da prevenção das deficiências, uma palavra – previsibilidade – representa a chave das soluções. Prevenir pressupõe conhecimento aprofundado das doenças e/ou situações de risco capazes de gerar danos”.

Com esta finalidade, foram tomadas, nas últimas décadas, medidas tais como, em 1981, a PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar, através do censo realizado em 1981 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; este levantamento apontou que as principais causas da deficiência são os transtornos congênitos e perinatais, desnutrição, doenças transmissíveis, não-transmissíveis e crônicas, psiquiátricas, abusos de droga, traumas e lesões. No Brasil existem poucos estudos sobre os agentes etiológicos, porém uma pesquisa feita pela Sociedade Pestalozzi do Rio de Janeiro (1981/1990) detectou três agentes: múltiplos fatores, agentes ignorados e anoxia perinatal. Estes dados subsidiaram a colocação do Propad (1994) – “o embrião, o feto, o recém-nascido e o ser humano, em qualquer das suas fases etárias, expõem-se a riscos que os tornam deficientes”, o que ratifica a necessidade de sensibilização à prevenção.

O documento do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde (1995), segundo fonte da OMS, coloca que as principais causas da instalação de incapacidades são:

Transtornos congênitos e perinatais	}	16,6%
Retardo mental		
Defeitos somáticos hereditários		
Transtornos genéticos		
Doenças transmissíveis	}	16,8%
Poliomielite		
Tracoma		
Hanseníase, outros		
Doenças crônicas não-transmissíveis		21%
Perturbações psiquiátricas funcionais		6,6%

Abuso crônico de álcool e de drogas – 10%

Traumas/danos:	}	18%
Acidentes de trânsito		
Acidentes de trabalho		
Acidentes desportivos		

Desnutrição e outros – 11%

A constatação científica e social de que os riscos são ocorrências passíveis e imponderáveis no processo de evolução, ao mesmo tempo em que permite a visualização de fatores de riscos preponderantes nos processos de evolução das doenças e nas atividades cotidianas, dentro de cada sociedade, que predis põem a deficiências, possibilita a reflexão, a programação e o planejamento na esfera da saúde e da educação para prevenir e eliminar, na medida do possível, estes fatores previsíveis.

No que se refere à saúde, especificamente, competem às instituições governamentais a promoção de ações preventivas, a criação de rede de serviços especializados em reabilitação e a garantia de acesso a tratamentos em programas de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência (Ministério da Saúde – Portaria 827/1991). De acordo com o Decreto 3.298, de 20/12/99, sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, cabe ao Governo “assegurar o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade e de outros que propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico”.

Face ao processo de globalização que vivemos hoje, também estamos inseridos nos programas políticos de reabilitação internacional que têm como objetivo “ajudar as organizações-membros a estabelecer, levar a cabo em colaboração com organismos internacionais e autoridades governamentais, empresas privadas e organizações de pessoas incapacitadas – programas para a prevenção de incapacidades, a reabilitação e a igualdade de oportunidades para as pessoas com incapacidades”, (*Rehabilitation* 1997).

O reconhecimento de que a prevenção de incapacidades é um assunto que concerne a todos os setores da sociedade civil, assim como às comunidades e aos grupos nacionais e internacionais, se estabelece à medida que os estudos e pesquisas permitem pensar, avaliar e regulamentar os fatores de riscos e os riscos provenientes destes, nesta esfera.

O estudo mais detalhado nesta área de atuação nos mostra que muitas medidas já foram tomadas no que diz respeito a recomendações, diretrizes e leis para atender a este segmento da população, assim como medidas de prevenção primária, secundária e terciária no âmbito da saúde pública. Entretanto, ainda se faz premente um processo de educação e de repasse de informações à população em geral, para que possa haver conscientização sobre os fatores de risco existentes no dia-a-dia e sobre como se precaver. Já vemos isto em algumas iniciativas como as do Detran e do Hospital das Clínicas (Instituto de Ortopedia) sobre a relação existente entre acidentes de trânsito e bebidas alcoólicas *versus* lesões medulares, importância do cinto de segurança ou ainda sobre acidentes relacionados a mergulhos em piscinas, lagos, etc., onde a mídia tem papel relevante como propagadora de informações, pois, segundo Medrado *in* Spink (1999), “introduziu transformações substantivas nas práticas discursivas cotidianas, ou seja, nas formas como as pessoas produzem sentido sobre fenômeno sociais e se posicionam... destacando, assim, o papel da mídia não apenas na circulação de repertórios mas principalmente na ampliação dos repertórios disponíveis às pessoas em seu cotidiano, permitindo a desfamiliarização progressiva de alguns sentidos e construção de outros”, o que possibilita a quebra de alguns mitos e preconceitos quanto, por exemplo, à predestinação, à fatalidade e às incidências das deficiências.

O discurso de risco em reabilitação, como vimos, ocorre não só como medida de prevenção profilática na área de saúde, mas também na de educação e na social. Porém, apesar dos esforços institucionais para que ele seja integrado à população, por campanhas educativas ou multiplicadores de conhecimentos, ainda é um conceito “novo”, que está se firmando gradativamente, inclusive na área da saúde, face à complexidade econômica, social e cultural vigente em nosso País no momento.

Bibliografia

- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Manual de orientação à prevenção de deficiências**. Brasília, Coordenadoria de Atenção a Grupos Especiais e Programa de Prevenção e Assistência às Deficiências. 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Manual de atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde**. Planejamento, organização e serviços. Brasília, Secretaria de Assistência à Saúde. 1995.
- SILVA, O.M. – **A epopéia ignorada**. A pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: Cedas, 1986.
- SPINK, M.J. (org.) – **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.
- Last dictionary of epidemiology**. www.usp.br/sibi-Medline.