

ASSISTÊNCIA EM REABILITAÇÃO: UM PROCESSO MARCADO POR DEFICIÊNCIAS*

Assistance in rehabilitation: a process characterized by deficiencies

Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos¹
 Ana Maria Kazue Miyadahira²
 Miako Kimura¹

RESUMO

Este estudo busca caracterizar o perfil diagnóstico de algumas entidades de reabilitação da Grande São Paulo. Dos resultados obtidos destacam-se: reduzido número de entidades, mal distribuídas e particulares em sua grande maioria, com prestação de serviços variados. Apenas duas entidades contam com serviço de enfermagem. A clientela predominante corresponde a crianças e adolescentes de ambos os sexos. Diante do perfil traçado é fundamental que se faça uma reflexão sobre os recursos oferecidos ao deficiente, as suas implicações na qualidade da assistência prestada bem como a participação efetiva do enfermeiro nesse processo.

Unitermos: reabilitação, serviços de reabilitação, assistência em reabilitação

ABSTRACT

This study characterizes some rehabilitation's agencies which provid assistance to deficient from Grande São Paulo. Analysis of data showed: the inadequate number and geographic distribution of theses institutions; the predominance of private agencies which promote variable services; just two agencies offered nursing services; the major group of patients was childrens and adolescents of both sexes. The authors believe that it's fundamental to make a reflexion about the resources to assist the deficient patients, the quality of the assistance and the effective participation of the nurse in this process.

Key words: rehabilitation, rehabilitation's agencies, assistance in rehabilitation

1 INTRODUÇÃO

"Reabilitação" é um termo que foi empregado pela primeira vez por LAW em sua publicação "Problems of rehabilitation of the war victims", em 1922, no J. Florida Med., substituindo a palavra "recuperação" até então empregada e de expressão muito limitada (Trueta, 1975).

Segundo Itoh e Lee (1986), a reabilitação refere-se a um processo de "restauração final dos incapacitados à máxima capacidade física, emocional e vocacional" ou, em um conceito menos radical (Kottke et al., 1986), "a restauração ao paciente de seu ótimo nível de atuação na sociedade, objetivando seu regresso a ela, com ótimo nível funcional, independentemente da origem do problema". A Organización Mundial de la Salud (1981), por sua vez, a define como "um processo que compreende todas as medidas destina-

das a reduzir os efeitos das afecções que produzem incapacidades e permitir ao incapacitado que realize sua integração social".

Todos esses conceitos referem-se, portanto, a um aproveitamento máximo das chamadas capacidades residuais do indivíduo para que possa voltar a integrar-se ao seu meio, ou seja, àquelas coisas fundamentais necessárias para que ele possa viver como ser social que é (Granger, In: Kottke, 1986).

Em Medicina, a reabilitação tem sido incluída conceitualmente no nível terciário de prevenção, segundo os trabalhos de Salleras Sanmarti (1985), Leavel e Clark e da Universidade de Columbia (ambos citados por Itoh, Lee 1986). Itoh e Lee (1986), no entanto, consideram-na como inserida no nível secundário de prevenção, o que restringe a amplitude ou intensidade de uma incapacidade. Há concordância de que a reabilitação deve ser iniciada no momento em que o diagnóstico da enfermidade, seja ele qual for, é efetuado (Trueta, 1975, Itoh, Lee, 1986).

Um aspecto importante da reabilitação é a filosofia da responsabilidade que suscita o tratamento do paciente crônico. A evolução tecnológica da Medicina moderna tem possibilitado o aumento da sobrevivência dos indivíduos, além da cura de muitas doenças. Porém, tem também aumentado o número de incapacitados crônicos. Este paciente não é, portanto, o mais "atrativo", por demonstrar resultados a um prazo nem

* Trabalho apresentado no 41.º Congresso Brasileiro de Enfermagem — Florianópolis — Santa Catarina, 1989.

¹ Assistentes do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. COREN-SP 11412 e 1611, respectivamente.

² Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. COREN-SP 2624.

sempre curto ou imediato, sendo um desafio constante. Daí a necessidade do desenvolvimento de uma atitude otimista e responsável dos profissionais que trabalham na área da saúde. Essa atitude requer uma visão do paciente como centro do processo de assistência e um trabalho interdisciplinar harmonioso (Basmajian, 1984, Kottke et al., 1986).

O envolvimento da família no processo terapêutico como elemento integrante da equipe assistencial é fundamental, desde que todos se embasem em uma filosofia de otimização e desenvolvimento das habilidades residuais do indivíduo, associadas à prevenção de complicações secundárias (Basmajian, 1984, Kottke et al., 1986). Isto certamente vai ao encontro do que nos mencionam Itohe Lee (1986) no seguinte trecho: "o objetivo da Medicina não é tornar o indivíduo imortal, mas sim mantê-lo em um estado ótimo de saúde".

Para se falar em reabilitação, é necessário que, antes, nos reportemos à doença. Segundo Wood (1984), o processo evolutivo da doença segue a seguinte representação: doença ou desordem — deficiência — incapacidade — invalidez, onde:

- deficiência: é a perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, anatômica ou fisiológica;

- incapacidade: é a restrição ou perda da capacidade para desenvolver uma atividade dentro dos limites considerados normais: é a "performance" da atividade; distúrbio ao nível pessoal;

- invalidez: é a disfunção ao nível social, com uma desvantagem em relação aos outros, que limita ou impede o desempenho de uma função tida como normal para esse indivíduo. É influenciada pela idade, pelo sexo e por fatores sociais e culturais.

Para cada nível de disfunção, o processo assistencial exigido é específico: respectivamente, serviço médico convencional, de reabilitação e de uma política social de bem-estar (Wood, 1984).

É necessário ressaltar ainda que a deficiência, como termo genericamente aceito para todos os níveis de disfunção, em seu aspecto social não resulta simplesmente de fatores biomédicos, mas também da interação destes com os atributos pessoais do indivíduo, ambiente específico e recursos naturais e familiares disponíveis (Wood, 1984).

A reabilitação como processo complexo que é, exige custos para sua implementação e manutenção. Estes custos podem revelar-se elevados a curto prazo; contudo, a médio e longo prazos, eles podem ser justificados através da obtenção da redução da dependência e conseqüente reintegração social do indivíduo com a melhora da sua produtividade. A situação mundial, porém, quanto aos investimentos em programas de saúde voltados para a reabilitação, ainda é muito precária.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 500 milhões de indivíduos, ou 10% da população de qualquer país em tempo de paz, ou a proporção de 1:10 indivíduos, são afetados por incapacidades no mundo (organización mundial de la sa-

lud, 1981, São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, s. d. (b)). Segundo Kottke et al. (1986), somente nos Estados Unidos da América (EUA) existem cerca de 21 milhões de pessoas portadoras de limitações de vida diária e de autocuidado, com doenças dos sistemas músculo-esquelético, circulatório e nervoso.

No Brasil, tais estatísticas aproximam-se dos 15 milhões de indivíduos com algum nível de deficiência e toda sua problemática — e repercussão familiar, social, econômica e política.

Mais assustador do que estes números, no entanto, é que, segundo a Organização Pan-americana de Saúde (São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, s. d. (b)), somente 10% da população deficiente nos países em desenvolvimento como o Brasil recebem serviços de reabilitação, devido ao seu alto custo e à inexistência de uma política nacional planejadora, organizadora e coordenadora dessa assistência.

Assim, toda essa problemática nacional dos serviços de assistência especializada acrescida às precárias condições pré-existentis do indivíduo deficiente, só tendem a agravar mais a sua situação.

O panorama da realidade da assistência em reabilitação no Brasil vem nos preocupando enquanto docentes de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) já há alguns anos. Acreditamos que este processo deve ser iniciado em uma fase muito precoce, ao nível primário de assistência, através da resolução ou, pelo menos, da minimização dos problemas sociais e econômicos que afligem o país. Como essas soluções são visualizadas em um prazo muito distante, o processo reabilitatório deve ser implementado a partir do estabelecimento do diagnóstico da afecção, em uma fase prévia ou intra-hospitalar, a partir do momento da internação do indivíduo. Com isto, espera-se que medidas preventivas a complicações ou seqüelas possam ser realizadas, evitando-se o comprometimento das capacidades funcionais residuais, que devem então ser avaliadas adequadamente para um planejamento recuperador ou potencializador específico.

Estas preocupações têm feito com que o tema reabilitação venha sendo foco de ensino e investigação no desenvolvimento dos conteúdos programáticos da disciplina EMC, dentre os quais incluímos este estudo.

2 OBJETIVO

O presente estudo teve por objetivo caracterizar o perfil diagnóstico de algumas entidades de reabilitação da Grande São Paulo quanto a:

- finalidades;
- fonte mantenedora;
- regime e capacidade de atendimento;
- serviços prestados;
- faixa etária, sexo e diagnóstico da clientela assistida.

3 METODOLOGIA

3.1 População

Foram pesquisadas 44 entidades da Grande São

Paulo, prestadoras de atendimento a pessoas portadoras de deficiências, distribuídas em áreas de atendimento mental (26), física (8) e mental e física (10). Cabe lembrar que, neste estudo, excluímos as entidades que assistem deficientes visuais, auditivos e vocais.

3.2 Métodos para coleta de dados

3.2.1 — Procedimento

A coleta de dados foi efetuada a partir do catálogo de entidades para atendimento de pessoas portadoras de deficiência (São Paulo, Secretaria de Estado da Promoção Social, s. d. (a)), elaborado pelo Conselho Estadual para Assuntos da Pessoa Deficiente e de informações obtidas diretamente das instituições mediante contato telefônico.

O total de 44 entidades que participaram deste estudo referiu-se àquelas de que foi possível obter todos os dados necessários através do procedimento de coleta.

3.2.2 — Instrumento para a coleta de dados

Para a coleta de dados utilizamos um questionário contendo sete questões relacionadas a: identificação da entidade; finalidades; fonte mantenedora; regime de atendimento; capacidade de atendimento; caracterização da clientela assistida quanto à faixa etária, sexo e diagnósticos mais frequentes e serviços prestados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados sob a forma de quadros e tabelas, com discussão concomitante.

TABELA 1

Distribuição das entidades de reabilitação governamentais e particulares, segundo a área geográfica. Brasil, 1984.

Entidades de reabilitação \ Área geográfica	Brasil	São Paulo	Capital
Governamental	590	117	27
Particular	2.016	684	271
Total	2.606	801	298

Fonte: Estatísticas de saúde. Assistência Médico-sanitária. IBGE, 1986.

Verificamos, pela Tabela 1, que, do total de 2.606 entidades de reabilitação do país, aproximadamente (801) e (298) estão situadas, respectivamente, no Estado e na Cidade de São Paulo, o que indica uma má distribuição destes recursos institucionais ao nível nacional haja vista a acentuada concentração nestes centros.

Observamos, também, que existe um grande predomínio das entidades particulares, quando comparadas às governamentais, nos âmbitos nacional (4:1), estadual (6:1) e local (10:1).

Vale ressaltar que a concentração de entidades

de reabilitação constada no Estado e na Cidade de São Paulo não caracteriza necessariamente uma adequação quantitativa e mesmo qualitativa de assistência à população de deficientes, respectivamente calculada em cerca de 2,5 milhões e 1,5 milhões com acréscimo da demanda externa conseqüente dessa má distribuição. Se, por um lado, o acesso a esses serviços torna-se difícil pela causa apontada (baixa oferta e alta procura), por outro lado, esse problema agrava-se na medida em que o custo da assistência em reabilitação é geralmente elevado, seja por suas próprias características, seja pela predominância das entidades particulares.

Um outro ponto a ser investigado é a possibilidade de inadequação do atendimento prestado ao indivíduo deficiente em relação às suas reais condições de vida cotidiana, analisada também como reflexo da má distribuição dos recursos assistenciais e da inexistência, ou mau aproveitamento, dos recursos comunitários locais.

Das 801 e 298 entidades existentes, respectivamente, no Estado e na Cidade de São Paulo, este estudo limitou-se a 44, localizadas na região da Grande São Paulo, trabalhando a maioria delas (26) com a deficiência mental. Neste sentido, gostaríamos de ressaltar que tal predomínio pode ser devido à maior incidência de deficientes mentais ou então às menores exigências estruturais de recursos humanos e materiais (área física, equipamentos, etc.), necessários para a instalação desse tipo de serviço, comparativamente às exigidas para a assistência de deficiente físico ou físico-mental.

TABELA 2

Finalidades das entidades para atendimento de pessoas portadoras de deficiências nas áreas mental e física. São Paulo, 1988.

Área Mental	
Educação, proteção e integração social	17
Treinamento, profissionalização e integração de trabalho	14
Orientação psicológica familiar	3
Pesquisa, atendimento e informação	2
Treinamento de profissionais	2
Defesa de direitos e interesses	1
Atividades esportivas e culturais	1
Caridade, evangelização e educação	1
Subtotal	41
Área Física	
Reabilitação física e reorientação social	8
Pesquisa	1
Subtotal	9
Área Mental e Física	
Reabilitação e integração social	6
Atividades de lazer	2
Defesa de direitos e interesses	2
Pesquisa	1
Evangelização e integração social	1
Subtotal	12
Total	62

Os dados da Tabela 2 indicam que, nas três áreas de atendimento (mental, física e mental e física), as finalidades mais freqüentemente citadas relacionam-se à inserção ou reinserção da pessoa deficiente na vida social através da educação e treinamento, o que vai ao encontro dos princípios filosóficos fundamentais que norteiam o processo de reabilitação (Organización Mundial de la Salud, 1981, Granger, 1986, Itoh, Lee, 1986, Kottke et al., 1986).

Apesar da preocupação com a reinserção social do deficiente e, como parte desta, com sua reintegração ao trabalho, a maior parte das entidades não desenvolvem atividades de caráter profissionalizante, provavelmente pelo acréscimo dos custos que significaria a instalação e a manutenção de oficinas. Além disto, existem ainda as dificuldades de estabelecimento de convênios com indústrias, como solução alternativa ou complementar, não só pelo preconceito social, como também pela própria competitividade da pessoa deficiente, muitas vezes diminuída no mercado de trabalho.

Cumprir mencionar que, em grande parte das entidades que possuem oficinas para a profissionalização, o treinamento é, algumas vezes, confinado a um ambiente irreal, o que pode dificultar a absorção do indivíduo deficiente no campo de trabalho.

Uma outra forma de integração social desenvolvida por alguns dos serviços pesquisados são as atividades culturais, esportivas e recreativas, o que consideramos imprescindíveis, desde que não restritas à comunidade dos próprios deficientes, uma vez que isto poderia favorecer a marginalização, contrariamente aos objetivos delineados.

Outras finalidades verificadas, se bem que em um reduzido número de entidades, são o desenvolvimento de pesquisa e o treinamento de recursos humanos, o que denota uma preocupação com a melhoria da qualidade assistencial prestada e consonância com as recomendações da OMS aos governos dos países em desenvolvimento para a organização de programas coordenados e integrados de saúde (Organización Mundial de la Salud, 1981, São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, s.d. (b)).

Apesar da relevância da defesa de direitos e interesses dos indivíduos deficientes abrangendo a assistência jurídica e a remoção de barreiras arquitetônicas e atitudinais, este tipo de finalidade é citado apenas por duas entidades.

A participação da família no processo de reabilitação é fundamental na medida em que esta não só é considerada um elemento da equipe assistencial (Basmajian, 1984, Kottke et al., 1986), como também representa o núcleo social primário no qual o deficiente está incluído e onde ocorrem reciprocamente repercussões importantes aos níveis biopsicossociais. Esta participação na reabilitação do deficiente deveria estender-se aos demais elementos e segmentos da comunidade, além da família.

TABELA 3

Distribuição das entidades para atendimento de pessoas portadoras de deficiências nas áreas mental e física, segundo a fonte mantenedora. São Paulo, 1988.

Área	Fonte mantenedora	Particular			Governamental	Total
		Convênio	Sem Convênio	Mista		
Mental		7	4	15	—	26
Física		1	—	4	3	8
Mental e Física		1	2	3	1	7
Total		9	6	22	4	41*

* 3 das 44 entidades foram excluídas da Tabela 3 por não se enquadrarem nas categorizações feitas.

Pela Tabela 3, verificamos que, das 44 entidades estudadas, 37 são particulares, cujo predomínio já constatamos anteriormente na Tabela 1.

Das 37 entidades particulares, a maioria (22) presta atendimento misto, isto é, com e sem convênio; 9 atendem exclusivamente por convênio, e 6 são totalmente financiadas diretamente pelo usuário (sem convênio).

Os convênios mencionados são, em sua maioria, estabelecidos com entidades públicas das esferas municipal, estadual e federal. Isto retrata que o governo contribui para o provimento de recursos nas instituições privadas de assistência. Segundo a OMS, esta é uma situação adequada para os países em desenvolvimento, desde que haja uma articulação efetiva entre os dois organismos, acarretando um maior aproveitamento dos recursos já existentes e redução de custos (Organización Mundial de la Salud, 1981, São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde s.d. (b)).

As entidades governamentais, conforme os dados da Tabela 3, aparecem somente em número de 4, mostrando, mais uma vez, a carência dos recursos públicos ao nível da saúde.

O panorama que se apresenta pelos resultados expostos leva-nos a alguns questionamentos relacionados principalmente à garantia do encaminhamento e do atendimento dos clientes, à natureza dos convênios estabelecidos em termos de custo-benefício final e à qualidade da assistência oferecida.

TABELA 4

Distribuição das entidades prestadoras de assistência às pessoas portadoras de deficiências nas áreas mental e física, segundo regime de atendimento. São Paulo, 1988.

Áreas	Regime de Atendimento		
	Externato	Semi-internato	Internato
Mental	18	7	9
Física	11	2	1
Mental e Física	4	1	1
Total	33	10	11

Os dados da Tabela 4 mostram que a maioria das entidades investigadas (33) mantém regime de aten-

dimento do tipo externato nas 3 áreas (mental, física e mental e física), provavelmente devido ao menor custo quer para a entidade, quer para o deficiente e família, quando comparado ao regime de internato.

A predominância do regime de externato facilita a participação da família no processo de reabilitação do cliente, completando o treinamento recebido na instituição para sua compatibilização com as condições domésticas reais e, conseqüentemente, para a habilitação do deficiente em sua própria residência.

Qualquer um dos três tipos de regime de atendimento possui, como fator limitante, o fato do treinamento das atividades de vida diária ser efetuado em unidades fechadas, portanto, em condições muitas vezes incompatíveis com a realidade cotidiana do indivíduo deficiente. Daí a participação da família mostrar-se fundamental para a minimização desse problema, uma vez que a situação ideal do treinamento executado por pessoal especializado na própria residência do deficiente é altamente custoso e, assim, impraticável em nossas atuais condições políticas, sociais e econômicas.

Além disso, acreditamos que um levantamento prévio da situação de habitação e de vida diária do cliente poderia construir mais uma estratégia alternativa de minimização do problema da incompatibilidade do treinamento.

QUADRO 1

Capacidade de atendimento das entidades prestadoras de assistência às pessoas portadoras de deficiência nas áreas mental e física. São Paulo, 1988.

Área	Capacidade de atendimento
Mental	15 – 1.200
Física	30 – 400 – demanda
Física e Mental	20 – 200 – ilimitada

Observamos, pelos dados do Quadro 1, uma variação acentuada na capacidade de atendimento das entidades de reabilitação, o que nos leva a supor que os números apresentados referem-se aos atendimentos, e não necessariamente ao número de clientes atendidos.

De qualquer maneira, verificamos uma sobrecarga de atendimento quando os relacionamos ao pequeno número de entidades existentes. Neste sentido, é válido novamente questionar a qualidade da assistência prestada, somada aos outros fatores já levantados, como o elevado número de instituições particulares, o acesso aos serviços e os custos do tratamento.

Os dados da Tabela 5 mostram que existe certa homogeneidade nos serviços prestados pelas entidades das diversas áreas de atendimento.

TABELA 5

Serviços prestados pelas entidades para atendimento de pessoas portadoras de deficiências nas áreas mental e física. São Paulo, 1988.

Área Mental	
Psicologia	22
Pedagogia	21
Fonoaudiologia	16
Terapia Ocupacional	16
Fisioterapia	13
Medicina	11
Assistência Social	10
Educação Física	8
Recreação e Arte	6
Odontologia	4
Subtotal	127
Área Física	
Medicina	10
Fisioterapia	8
Terapia Ocupacional*	7
Psicologia	6
Fonoaudiologia	5
Assistência Social	3
Ensino (Escola)	1
Enfermagem	1
Odontologia	1
Nutrição	1
Recreação Infantil	1
Subtotal	44
Área Mental e Física	
Psicologia	6
Fonoaudiologia	5
Pedagogia e Educação Especial	4
Assistência Social	4
Fisioterapia	4
Terapia Ocupacional	4
Medicina	3
Recreação e Artes	3
Enfermagem	1
Nutrição	1
Assistência jurídica	1
Subtotal	36
Total	237

* Excluídas atividades de orientação profissional em oficinas abrigadas.

Na área mental, há um predomínio dos serviços de Psicologia e Pedagogia, enquanto na área física predominam os serviços médicos de fisioterapia ocupacional; na física e mental, apesar de uma distribuição não equitativa, os serviços de Psicologia e Fonoaudiologia foram os mais citados.

Estes resultados levam-nos a constatar a existência de uma equipe multiprofissional relativamente estabelecida nas instituições das três áreas composta por psicólogo, fonoaudiólogo, médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e assistente social. Causa-nos preocupação o fato de somente duas entidades informarem prestar serviços de enfermagem sob a coordenação do enfermeiro. Considerando-se que o

processo reabilitatório está presente em todos os aspectos do "cuidar", atividade básica do enfermeiro, cabe-nos questionar quem estaria realizando este papel nas entidades pesquisadas.

Paralelamente a isto, novamente questionamos a qualidade da assistência prestada nessas entidades através de uma equipe multiprofissional defasada em sua composição.

produtiva de vida (adulto e jovem), objetivando a sua reintegração social, especialmente no trabalho, através do desenvolvimento de suas potencialidades residuais.

Cumprе ressaltar que a totalidade das entidades pesquisadas presta atendimento a clientes de ambos os sexos, indiscriminadamente.

TABELA 6

Distribuição das entidades para atendimento de pessoas portadoras de deficiências nas áreas mental e física, segundo o tipo de clientela atendida. São Paulo, 1988.

Área	Tipo de clientela					
	crianças (2 a 13 anos)	crianças e adolescentes (0 a 18 anos)	adolescentes e adultos (a partir de 14 anos)	crianças, ado- lescentes e adultos (a partir de 3 anos)	adultos (a partir de 18 anos)	total
Mental	3	15	2	6	—	26
Física	1	1	2	3	1	8
Mental e Física	—	2	2	4	2	10
Total	4	18	6	13	3	44

Conforme os dados da Tabela 6, verificamos que a maior parte das entidades pesquisadas presta assistência a crianças e adolescentes, estando estes concentrados na área mental.

A reabilitação de crianças e adolescentes é fundamental, se considerarmos que a precocidade da instauração desse processo é uma das bases da filosofia de prevenção de incapacidades.

Por outro lado, segundo a OMS 6,9, 70% dos casos de incapacidades registradas nos países em desenvolvimento são causados pelos problemas congênitos e neonatais (desnutrição, doenças transmissíveis, baixa qualidade de assistência perinatal), e traumas (acidentes e violências) (Organización Mundial de la Salud, 1981, São Paulo, Secretaria de Saúde do Estado, s.d. (b)). Portanto, em função de tais causas, presumimos que a maior incidência recaia sobre as faixas etárias inferiores, acarretando sua maior demanda aos serviços de reabilitação investigados.

Um outro aspecto que pode caracterizar esta grande demanda da população infanto-juvenil é o seu grau de dependência em relação aos adultos. Estes sentem-se responsáveis pelo encaminhamento e seguimento das crianças e adolescentes sob sua guarda no processo reabilitatório. Ocorre o contrário com adulto deficiente, principalmente nas situações de incapacidade aguda, pois além deste não contar obrigatoriamente com o auxílio de um outro adulto, normalmente ele é marginalizado do processo institucionalizado de reabilitação, passando a constituir um "peso" para a família, por todas as conseqüências psicológicas, físicas, sociais e econômicas que acarreta.

De qualquer forma, enfatizamos a importância da reabilitação precoce e o significativo número de serviços que assistem indivíduos deficientes na fase

TABELA 7

Diagnósticos dos clientes atendidos nas entidades prestadoras de assistência em deficiência física e mental. São Paulo, 1988.

Área Mental	
Deficiência mental*	28
Psicose e neurose	4
Problemas psicológicos	4
Autismo	3
Retardo psicomotor	1
Epilepsia	1
Subtotal	41
Área Física **	
Doenças neurológicas	30
Doenças ortopédicas	9
Malformações	5
Amputação	5
Lesão medular	5
Traumas	3
Subtotal	57
Área Mental e Física	
Deficiência mental	9
Doenças ortopédicas	8
Doenças neurológicas	8
Retardo psicomotor	8
Malformações	7
Traumas	6
Problemas psicológicos	5
Psicose e neurose	4
Autismo	2
Epilepsia	2
Amputação	1
Subtotal	60
Total	158

* Os diversos graus de deficiência mental foram agrupados nesta categorização única.

** Estes não apareceram explicitados.

Observamos, pela Tabela 7, que uma grande diversidade de itens caracterizam a clientela assistida nas entidades de reabilitação quanto aos diagnósticos mais frequentes.

Na área mental, o diagnóstico mais citado é a deficiência mental (28), totalizando mais da metade do total de citações (41). O mesmo ocorre com as doenças neurológicas (30) na área física. Quanto ao 3º tipo de entidades (área física e mental), não há predomínio acentuado de uma ou outra área, embora os diagnósticos de deficiência mental e doenças neurológicas novamente apareçam com as maiores frequências (9 e 8, respectivamente). Neste tipo, temos ainda as doenças ortopédicas e o retardo psicomotor com igual distribuição absoluta (8).

Segundo Vash (1988), muitos dos problemas psicológicos experimentados pelo deficiente mental não são somente devidos à própria afecção em si, mas também a estímulos anormais (como, por exemplo, a própria desvalorização e inaceitação pelos outros). Esta assertiva pode e deve ser extrapolada para qualquer tipo de deficiência, trazendo à tona, mais uma vez, o papel fundamental da reabilitação não só junto ao indivíduo e família como também a comunidade em geral, para a qual será devolvido o deficiente. Acreditamos, contudo, que esta influência na sociedade quanto ao conceito e à aceitação desse indivíduo só poderá ser efetiva uma vez pautada em um programa coordenado e integrado ao nível de uma Política Nacional de Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama da assistência em reabilitação, não só no país como no mundo, ainda se caracteriza por ser um processo marcado por deficiências.

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, esta situação apresenta-se muito mais agravada pelas condições sociais, políticas e econômicas específicas em que se encontra. A ausência absoluta de prioridade para a implementação dos Programas de Saúde, que tem sido a tônica nos discursos dos últimos governos, acarretou a realidade caótica e quase irreversível com que nos defrontamos atualmente.

Neste estudo, buscamos enfocar somente alguns aspectos de uma parcela do processo de assistência à saúde, ou seja, a reabilitação.

Resultados como o reduzido número de entidades prestadoras de assistência nessa área frente à elevada demanda e à má distribuição; a concentração desses serviços nas regiões mais desenvolvidas do país, especialmente no estado e na cidade de São Paulo; o monopólio das entidades particulares e a predominância na área mental de atendimento, com um regime de externato e sobrecarga do número de atendimentos diários, constituem fatores que nos induzem a questionar a qualidade da assistência prestada.

É certo que outros dados obtidos, como as finalidades dos serviços estarem voltadas para a reintegração social do deficiente e a predominância do atendimento a infância e adolescência, estão concordes com alguns dos princípios filosóficos dos conceitos de reabilitação.

Para nós, enfermeiras, um fato de extrema im-

portância é a quase ausência do profissional enfermeiro ou de sua atuação enquanto serviços prestados, na grande maioria das entidades pesquisadas. Este fato leva-nos, mais uma vez, a refletir sobre nosso papel e, principalmente, nosso compromisso em assumir efetivamente os espaços que são nossos por direito e, fundamentalmente, por dever.

Indubitavelmente, havemos de considerar a exclusão do enfermeiro nos níveis decisórios ou planejadores de saúde em todos os níveis do poder público, o que nos parece não só constituir uma causa, como também uma consequência dessa situação presente.

Finalizando, gostaríamos de ressaltar que, diante do perfil traçado de algumas entidades de reabilitação da Grande São Paulo, é necessário realizarmos uma reflexão e uma análise sobre a atual Política de Saúde, sobre a articulação entre todos os níveis de assistência, os sobre os recursos oferecidos à pessoa com deficiências, sobre as suas implicações na qualidade de assistência prestada, bem como sobre a participação efetiva, neste processo, não só do enfermeiro como de todos os elementos profissionais da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BASMAJIAN, J.V. Medical rehabilitation and the student. In: —, KIRBY, R.L. **Medical rehabilitation**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984. cap.1, p.2-6.
- 2 FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro: 1986. v.9.
- 3 GRANGER, C.V. Atención de la salud: valoración funcional del paciente crónico. In: KOTTKE, F.J. et al. **Medicina física y rehabilitación**. Madrid: Panamericana, 1986. cap. 12, p.285-307.
- 4 ITOH, M, LEE, M.H.M. Epidemiología de la incapacidad en relación con la rehabilitación. In: KOTTKE, F.J. et al. **Medicina física y rehabilitación**. Madrid: Panamericana, 1986. cap. 19, p.228-47.
- 5 KOTTKE, F.J. et al. **Medicina física y rehabilitación**. Madrid: Panamericana, 1986. p.15-24.
- 6 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Prevención de incapacidades y rehabilitación**. Ginebra: 1981. 43p. (Serie de Informes Técnicos, n: 668)
- 7 SALLERAS SANMARTI, L. **Educación sanitaria: principios, metodos y aplicaciones**. Madrid: Diaz Santos, 1985.
- 8 SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Promoção Social. Conselho Estadual para Assuntos de Pessoas Deficientes. **Catálogo de entidades para atendimento de pessoas portadoras de deficiências**. São Paulo, s.d. (a) v.1
- 9 SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Grupo de Estudo de Programas. Saúde do Deficiente. **Sistema de atendimento de saúde e reabilitação às pessoas com deficiência**. São Paulo. s.d. (b) 19p.
- 10 TRUETA, J. **La estructura del cuerpo humano: estudios sobre su desarrollo y decadencia**. Barcelona: Labor, 1975. cap.45, p.451-452
- 11 VASH, C.L. **Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação**. São Paulo: Pioneira, 1988. 283p.
- 12 WOOD, P.H.N. The magnitude and scope of the problem. In: BASMAJIAN, J.V., KIRBY, R.L. **Medical rehabilitation**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984. p.6-13.

Endereço do autor:

Author's address:

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos

Escola de Enfermagem da USP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Caixa Postal, 5751 – CEP 05.403 – São Paulo – SP.