FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MACHADO DE ASSIS
FACULDADES INTEGRADAS MACHADO DE ASSIS
Curso de Serviço Social, 5º Ano – I Semestre

SERVIÇO SOCIAL, REABILITAÇÃO DO LESADO MEDULAR E FAMILIA: A EXPERIENCIA DO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO FISICA DE GIRUÁ

MONOGRAFIA

TEREZINHA APARECIDA DE SOUZA ALMEIDA

ORIENTADORA: MARILÉIA GOIN

SANTA ROSA, RS, BRASIL
2010

SERVIÇO SOCIAL, REABILITAÇÃO DO LESADO MEDULAR E FAMILIA: A EXPERIENCIA DO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO FISICA DE GIRUÁ

Por

TEREZINHA APARECIDA DE SOUZA ALMEIDA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Fundação Educacional Machado de Assis/Faculdades Integradas Machado de Assis como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social.

SANTA ROSA, RS, BRASIL
2010

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MACHADO DE ASSIS
FACULDADES INTEGRADAS MACHADO DE ASSIS
Curso de Serviço Social, 5º Ano – I Semestre

A COMISSÃO EXAMINADORA, ABAIXO ASSINADA, APROVA A MONOGRAFIA

SERVIÇO SOCIAL, REABILITAÇÃO DO LESADO MEDULAR E FAMILIA: A EXPERIENCIA DO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO FISICA DE GIRUÁ

ELABORADO POR

TEREZINHA APARECIDA DE SOUZA ALMEIDA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE BACHAREL EM SERVIÇO SOCIAL

COMISSÃO EXAMINADORA:

_____
Mariléia Goin - Orientadora

_____
Mário Puhl

_____
Diana Ceolin

SANTA ROSA, 07 DE JULHO DE 2010.

DEDICATÓRIA

A minha família em especial meu marido Joceli Balke por me incentivar a cursar esta faculdade e que soube ser paciente e companheiro em todos os dias, sabendo compreender a importância desta, me auxiliando nos trabalhos e dedicando muitos de seus finais de semana para que eu pudesse estudar; á minha filha Rafaela por compreender a minha ausência em todas as noites em que eu estava na faculdade; ao meu irmão Luciano por ser incentivador para eu chegar onde cheguei, por me fornecer livro (CF) para que eu tivesse meus conhecimentos amparados; á minha família, em especial ao meu pai Sr. Altivo um grande herói, batalhador, que com muito sofrimento criou seus oito filhos, dedicando a cada um, o carinho especial de pai, á minha mãe Loraci, mulher guerreira, com seu jeito simples de demonstrar o seu carinho a cada um de seus filhos, e a todos meus irmãos e amigos(a) que entenderam a minha ausência em muitas festas e comemorações.

E a todos os que não acreditaram em mim um agradecimento em especial por terem me lançado este desafio que hoje me torna uma profissional, que entende que, não devemos jamais desistir no primeiro obstáculo que aparecer em nosso caminho e que não devemos julgar sem ter total conhecimento sobre a capacidade e desempenho das pessoas.

AGRADECIMENTOS

Á Deus Pai, eterno e criador de todas as maravilhas do mundo; a Nossa senhora de Fátima santa protetora que sempre esteve ao meu lado nas horas difíceis; as Faculdades Integradas Machado de Assis e sua equipe de funcionário, onde sempre fui muito bem recebida, aos professores que dedicaram seu tempo para com os alunos.

A todos meus familiares, amigos e colegas que acompanharam meu processo de formação e que, de alguma forma, contribuíram para que eu pudesse concretizar este objetivo. A uma filha do coração Caroline Balke, que me ajudou, incentivou e fez com que este sonho se tornasse realidade: a ela um obrigado em especial.

Aos professores e professoras do Curso de Serviço Social, que enriqueceram meus conhecimentos com as suas sabedorias; a minha orientadora, a professora Mariléia Goin, que caminhou junto me orientando para que este sonho se realizasse; ao Hospital São José Centro Regional de Reabilitação Física onde me aceitaram com carinho para que eu pudesse por na pratica meus conhecimento, exercendo meu estágio obrigatório, em especial a assistente social Simone Bonfanti, que é esta pessoa maravilhosa que sempre foi uma profissional muito competente impondo – me desafios a cada novo dia de estagio para o crescimento de meus conhecimento; a ela meus eternos agradecimentos; a equipe de profissionais que de alguma forma sempre contribuiu para meu crescimento profissional, um agradecimento a Daiane Ochulaki que sempre me ajudou quando as duvida surgiam; a todos os paciente do CRRF que me despertaram interesses ao conhecimento de suas patologias, aos familiares de pacientes que contribuíram para esclarecimento de muitas dúvidas, a todos, muito obrigado.

A pluralidade é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos,isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha existir.

Hannah Arendt.

RESUMO

A reabilitação vem sendo norte de inúmeras reflexões nos últimos anos, tendo em vista que propicia “um novo olhar” para com os direitos dos deficientes físicos. Em face disto a presente pesquisa tem como objetivo de analisar a relação entre a reabilitação do lesado medular e a família com base na percepção do sujeito. Busca - se entender, com isto a realidade da reabilitação como é seu funcionamento, suas evoluções sua aceitação pelo paciente e, como a família recebe este no momento em que este se torna lesado medular.A metodologia adotada caracteriza-se pela bibliografia empírica, com abordagem qualitativa, do tipo exploratório, com pacientes lesados medulares do Centro Regional de Reabilitação Física no município de Giruá/RS. O resultado da pesquisa demonstra que a família é o eixo central, a base nodal do processo de reabilitação e o serviço social o mediador na medida em que orienta e estimula a participação constante do grupo familiar no tratamento e o fortalecimento de vínculos familiares.

Palavras chaves: Lesado Medular. Reabilitação. Família, Serviço Social.

ABSTRCT

The rehabilitation has been north of several ideas in recent years, with a view that provides a "new look" for the rights of disabled people. In the face of it this research aims to examine the relationship between the rehabilitation of injured individuals and families based on the perception of the subject. Search - to understand, with this the reality of rehabilitation as its operation, its evolution and its acceptance by the patient, as the family gets this when it becomes injured medular. A methodology is characterized by the empirical literature, with qualitative approach, exploratory, patients with spinal cord injuries of the Regional Centre of Physical Rehabilitation in the city of Giruá / RS. The search result shows that the family is the central axis, the nodal basis of the process of rehabilitation and social service mediator in that it guides and encourages the continuing involvement of the family in treatment and strengthening family ties.

Key-words: Spinal Cord injured - Rehabilitation - Family - Social Service.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS ----------11

INTRODUÇÃO ----------12

1 CONTEXTUALIZANDO A DEFICIÊNCIA FÍSICA: HISTÓRIA E CONCEITOS ---------- 14

1.1 BREVE CONCEITUALIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA: COMPREENDENDO AS TIPOLOGIAS ---------- 19

1.1.1 Lesão Medular ---------- 20

2 DEFICIÊNCIA E REABILITAÇÃO: QUESTÕES HISTÓRICAS, ATUAIS E A EXPERIÊNCIA REGIONAL ---------- 24

2.1 O HOSPITAL SÃO JOSÉ: A EXPERIÊNCIA REGIONAL NA REABILITAÇÃO FÍSICA ---------- 27

2.2.1 O Centro Regional de Reabilitação Física: refletindo acerca da prática profissional do Assistente Social ---------- 28

3 FAMÍLIA E REABILITAÇÃO: A PERCEPÇÃO DO LESADO MEDULAR 35

3.1 A METODOLOGIA DA PESQUISA ---------- 36

3.2 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS ---------- 38

CONCLUSÃO ---------- 44

REFERÊNCIAS ---------- 46

ANEXOS ---------- 48

LISTA DE SIGLAS

AAC - Associação de Assistência a Criança Deficiente

AABS - Associação de Assistência a Criança Deficiente

CF – Constituição Federal

CRRF- Centro Regional de Reabilitação Física

FFSJ - Filhas do Sagrado Coração de Jesus

HSJ - Hospital São José

INES - Instituto Nacional de Educação de Surdos

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

LBA - Legião Brasileira de Assistência

RPG - Reeducação Postural Global

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

INTRODUÇÃO

A lesão medular trata-se de uma deformação na medula, a qual faz parte do sistema nervoso central e transporta as informações do cérebro ao resto do corpo e do corpo para o cérebro sendo uma parte sensível, a qual tem a coordenação do nosso corpo interligando membros inferiores e superiores.

A lesão resulta, na maioria das vezes, em limitação, deve ser trabalhada nos meios da reabilitação, que é um tratamento na área da saúde, envolvendo aspectos físicos e psicológicos.

De acordo com SILVA (1986) antigamente os atendimentos de reabilitação eram direcionados apenas a crianças e adolescentes, pois desacreditava-se que a reabilitação pudesse ter resultados em pessoas adultas. Porém, com o passar do tempo, foi possível perceber que este pensamento empírico não era correto, sendo que através de estudos foi possível compreender que a reabilitação não tinha idade definida para seu desenvolvimento.

Em face destas mudanças na visão e concepção dos deficientes físicos é que se postam novas exigências aos profissionais das diferentes áreas que trabalham diretamente com estes sujeitos, especialmente o Assistente Social, profissional que constitui o elo entre a família/usuário, realizando orientações e encaminhamentos, durante todo o processo reabilitacional.

Neste sentido, o presente trabalho de conclusão de curso (TCC) está dividido em capítulos, sendo que o primeiro aborda aspetos históricos conceituais da deficiência enfatizando as diferentes abordagens para com o entendimento do sujeito, as definições da deficiência física e também, o que é a lesão medular e como ela se caracteriza.

No segundo capítulo, apresenta-se a reabilitação de lesados medulares, experiência regional nestes atendimentos através do Hospital São José e do Centro Regional de Reabilitação Física assim como estimular a reflexão acerca da prática profissional do assistente social neste espaço de intervenção sócio-ocupacional.

No terceiro capítulo, realiza-se a análise de dados obtidos em entrevista a paciente do Centro Regional de Reabilitação Física, de vinte a quarenta anos lesados medulares que consentiram e autorizaram o desenvolvimento deste, que buscou compreender se estes são aceitos por seus familiares e como se sentiam e reagiram a partir do momento que adquiriram a lesão medular e qual o papel da reabilitação neste processo.

1 CONTEXTUALIZANDO A DEFICIÊNCIA FÍSICA: HISTÓRIA E CONCEITOS

Para compreender o momento atual acerca das políticas para com os deficientes físicos[1], torna-se de fundamental importância contextualizar a evolução histórica do trato para com estes, a compreensão de como eram vistos os deficientes físicos e como esta apreensão vem se redirecionando com as mudanças contemporâneas.

Na antiguidade as leis eram desfavoráveis às pessoas com deficiência, sendo permitido aos pais que se livrassem destas crianças, inclusive podendo matá-las, pois as que nasciam com deformidades não eram aceitas pela sociedade. Esta possibilidade de extermínio dava-se porque tais representavam graves empecilhos à manutenção do grupo social.

Silva (1986) aponta que com o surgimento do Império Romano, o cristianismo adota uma nova doutrina que protegia os menos favorecidos e, dentre os quais, estavam os deficientes. Entre outras práticas, este preceito combateu a eliminação dos filhos deficientes, fazendo com que surgissem, neste mesmo período, os primeiros hospitais de caridade para acolhimento de pessoas com deficiência.

Na Idade Média, segundo o autor supracitado, sob influência do cristianismo, os senhores feudais amparavam as pessoas com deficiência em casa de assistências, passando a vê-las a partir da dualidade demônio x divino (SILVA, 1986).

No século XVI ocorreram inúmeras mudanças, tanto com relação às estruturas sociais, políticas e econômicas da sociedade, com as concepções filosóficas assumidas na leitura e análise acerca da realidade. No que se refere à deficiência, este momento evidencia novas compreensões, tendo em vista que fora considerada sua natureza orgânica, produto de causas naturais. Assim concebida, passou a ser tratada pela alquimia, magia e

[1] Termo utilizado em todas as bibliografias consultadas.

astrologia. Ocorreram, também, avanços do conhecimento na área médica, o que fortaleceu a tese das organizações (as deficiências são causadas por fatores naturais), ampliando a definição da deficiência para além dos fatores espirituais (FEBRABAN, 2006).

A idéia de interação do corpo e da alma, de um corpo sacralizado e intocável, prevalecente na Idade Média, torna-se objeto de especulação da ciência emergente, passando a ser compreendido como um conjunto de mecanismos onde precisam ser feitas novas descobertas. O corpo passa a ser percebido enquanto máquina, sendo necessário conhecer seu funcionamento fisiológico, assim como o funcionamento de um relógio: os órgãos e as partes corporais representariam analogamente as peças do relógio e sua fisiologia as condições necessárias para seu funcionamento[2].

> Dentre os muitos progressos de melhoramentos ocorridos nos séculos XVII, é de se ressaltar que sucedeu na área da medicina [...] tendo a ortopedia sido, sem qualquer dúvida, a primeira a ser estabelecida. (SILVA, 1986, p.250).

No que se refere às doenças e loucuras das pessoas com deficiência, no início do XIX, percebe-se que as crenças e práticas deixam marcas no imaginário social, pois as noções de piedade e periculosidade eram presentes sem mesmo saber diferenciar uma da outra: todas as pessoas com limitações visíveis eram definidas enquanto loucas, sendo possível, ainda, seu enclausuramento. A partir disto, o foco da observação da medicina deixa de ser o doente e, sim, passa a ser, gradativamente, a doença, com a possibilidade de controle das irregularidades que a geram.

O deficiente torna-se objeto do olhar científico, podendo ser classificado de acordo com a patologia que originou sua deficiência e a instituição de atendimento é a responsável pela “minimização” deste quadro: a finalidade das intervenções para com as pessoas com deficiência passa a ser o seu preparo para a “integração social“ (ROCHA, 2006).

Ainda no século XIX, com os reflexos da idéia humanista da

---

[2] Assim como as peças do relógio estragavam e havia concerto, o corpo humano com “deformidades”, através da medicina, poderia ter seu tratamento e/ou reabilitação realizada, assim como a manutenção do relógio.

Revolução Francesa, passou-se a perceber a falta de hospitais, abrigos e atendimento especializado, o que impulsiona o estudo sobre as diferentes deficiências. Surgem os asilos, orfanatos e os lares para crianças com deficiência física, assim como grupos de pessoas organizam-se em torno da reabilitação das pessoas feridas no trabalho, principalmente nos Estados Unidos e Alemanha.

No Brasil, com incentivo do Imperador Dom Pedro II (1840-1889) cria-se o Imperial Instituto dos Meninos Cegos (atualmente Instituto Benjamim Constant), por meio do Decreto Imperial N°1428, de 12 de setembro de 1854, para atender pessoas com limitações visuais. Três anos depois funda-se o Império para Surdos e Mudos (atualmente Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES), o que demonstra a preocupação para com o atendimento das pessoas com deficiência (GOIN, 2006).

No século seguinte, após as guerras, houve uma transformação mundial, seja em termos econômico, político ou social, onde a maioria dos serviços, públicos ou privados, dedicaram-se aos problemas decorrentes da guerra. Estes (serviços) recebiam auxílio de organizações internacionais, os quais se direcionavam, em especial, aos prisioneiros porque se encontravam debilitados fisicamente. Neste mesmo período, por ser de extrema importância para acolher estas pessoas, surgem os centros de atendimento, com participação ativa da sociedade, no intuito de prestar serviços imediatos à recuperação dos lesionados, a fim de colaborar para a melhoria dos problemas por eles apresentados.

Em face disto, a sociedade começou a dar mais atenção às pessoas com deficiência física, fazendo, assim, com que surgisse a fisioterapia e, consecutivamente, a reabilitação. Os profissionais destas áreas trabalhavam com o modelo médico, por meio de uma visão patológica e mecanicista da deficiência, pois os enxergavam como se fossem doentes, considerando que havia a cura somente para as doenças infecto-contagiosas responsáveis por incapacidades funcionais. Nos seus primórdios, a “fisioterapia” era realizada em casa por membros da família, que se dizia ser “massagista”, mesmo não tendo nenhuma qualificação ou, mesmo, conhecimentos sobre assuntos da área.

Com o passar dos anos, foram surgindo instituições que trabalhavam principalmente com crianças, por estabelecerem que com os adultos e jovens não tinha o que ser feito, afinal já estavam “velhos“. Estas entidades foram buscando aperfeiçoar seus conhecimentos sobre as limitações de cada pessoa e a possibilidade de realizar o tratamento de fisioterapia e reabilitação. A partir disto, passaram a perceber que os demais segmentos, adultos e jovens, não eram “velhos” para receber este atendimento especializado (ROCHA, 2006).

Com base nestas conquistas, estes profissionais passaram a oferecer escolarização e, aos poucos, se organizaram e foram se especializando em escolas especiais, centros de reabilitação, fisioterapia e fonoterapia, no intuito de ampliar espaços de atendimento, mesmo que ainda com pouco reconhecimento da sociedade. Em razão disto, grupos sociais reivindicavam os direitos destes cidadãos e a sua identidade social (RIBAS, 2007). Após 1981, o ano internacional da pessoa portadora de deficiência, surgiram muitas entidades para atender deficientes físicos.

Assim, no século XX, com o avanço tecnológico, o progresso das ciências e princípios voltados para o bem-estar do ser humano, as ações de reabilitação se institucionalizam para o atendimento das deficiências. Isto porque percebe - se que

> Os limites reais não estão na possibilidade ou impossibilidade de andar, enxergar, ouvir ou pensar da forma como acreditamos que todos fazem. Os nossos limites estão na dificuldade que encontramos nas relações que travam com o mundo. Por isso, os limites reais estão na nossa alma. Não existe nada mais deficiente do que um espírito amputado. E para esse espírito não há prótese (RIBAS, 2007, p.115).

Conforme pode ser visto, mesmo que muito brevemente, o mote deficiência foi permeado por diferentes abordagens, desde a atribuição de castigo divino até a possibilidade de atendimento em instituições especializadas. Nos termos de Ribas (2007), pode-se afirmar, que as pessoas com limitações físicas, usuárias do serviço de reabilitação, eram dadas como incapacitadas, por isso reportavam obstáculos encontrados em sua interações com a sociedade. No entanto, esta concepção mudou

significativamente, com a reabilitação, pois ela traz ao paciente uma nova visão de enfrentar a limitação e seus obstáculos.

> Mas entre amigos, na vizinhança, à boca pequena, de soslaio, muitos associam deficiência física a um fardo pesado de carregar, difícil de suportar e, por extensão, a infelicidade. E é justamente a troca informal desses símbolos de negação que fomentam e conserva a deficiência como manifestação simbólica de sentimentos de que talvez não valha a pena viver sendo uma pessoa com deficiência. Acontece que, concretamente, a deficiência não se sustenta com negação [...]. Os supérfluos inveterados podem entendê-la como desastre final. Os deprimidos costumazes podem traduzi-la como ruína derradeira. Mas os que encaram a vida como um conjunto de possibilidades a serem experimentadas, sabem que a deficiência pode ser uma delas, mas não necessariamente a mais pavorosa. Experimentando-a com intrépida intensidade, a deficiência será um dos parâmetros mais importantes e criativos daqueles que com ela convivem. Será a condição de criar e recriar a vida a cada passo e a cada momento (RIBAS, 2007, p.27).

Com isto, torna-se impossível que na atual conjuntura social as pessoas com deficiência física sejam ignoradas, isoladas, pois elas sempre estarão presentes[3] na convivência social. Também, não haverá sociedade humana em que a diversidade não esteja presente, pois ninguém tem as mesmas características, nem mesmo físicas (RIBAS, 2007).

Mesmo assim, há que se perceber os inúmeros avanços, mesmo que tímidos, no trato das pessoas com deficiência, se comparados com outros setores da sociedade. Talvez, o caminho esteja na constante educação social acerca da deficiência física, pois o mais importante é a capacidade, potencialidade e criatividade destes cidadãos na sua vida cotidiana, se “comparado ao homem-padrão” (MACHADO, 2003, p. 227). Mas, não se pode descartar a necessidade latente da compreensão clara e precisa acerca dos tipos de deficiência física, de forma que se comece, a passos lentos, a identificação e reconhecimento social destes sujeitos.

Neste sentido, torna-se de fundamental relevância definir os tipos de deficiência física e sua breve conceitualização, no intuito de perceber a dinâmica atual de enfrentamento e reabilitação destas limitações.

---

[3] Nos termos de Ribas (2007, p. 114), “é impossível impedir que acidentes aconteçam e é realmente improvável que o ser humano deixe de armar a violência e tramar as guerras que ferem, mutilam, amputam, retalham”.

1.1 BREVE CONCEITUALIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA: COMPREENDENDO AS TIPOLOGIAS

A deficiência física, consensualmente enfatizado por vários autores, “caracteriza-se por alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física”(Porto Alegre,1999,p,194) apresentando-se sob a forma de: “Paralisia cerebral, paraplegia, monoplegia, hemiplegia, tetraplegia, triplegia, monoparesia, papaparesia, hemiparesia, triparesia, tetraparesia, amputação ou ausência de membros,[...] nanismo” (BRASIL, 2007, p.23).

Com base nesta tipologia, segue abaixo a definição de ambas, com o intuito de esclarecer e propiciar a compreensão das diferentes manifestações da deficiência física:

- Paralisia cerebral: “termo usado para descrever um grupo de desordens motoras resultante de lesão no cérebro nos primeiros estágios de desenvolvimento. Os distúrbios são distintos conforme a região cerebral afetada!” (BRASIL, 2007, p.24);
- Paraplegia: ”perda transitória ou definitiva da capacidade de realizar movimentos devido à ausência de força muscular de ambos os membros inferiores. A causa mais freqüente é a lesão medular por traumatismos” (BRASIL, 2007, p.23);
- Monoplegia: “perda total das funções motoras de um só membro, seja superior ou inferior” (BRASIL, 2007, p.23);
- Hemiplegia:” perda de um dos membros superiores e um dos membros inferiores do mesmo lado” (BRASIL, 2007, p.23);
- Tetraplegia: “ perda total que atinge todos os membros” (BRASIL, 2007, p.23);
- Triplegia:” perda total de três membros “(BRASIL, 2007, p.23);
- Monoparesia:”perda parcial das funções motoras dos membros superiores e inferiores” (BRASIL, 2007, p.23);

- Paraparesia:” perda parcial das funções motoras dos membros inferiores” (BRASIL, 2007, p.23);
- Hemiparesia: “perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo” (BRASIL, 2007, p.23);
- Triparesia:” perda parcial que atinge em três membros” (BRASIL, 2007, p.23);
- Tetraparesia:”perda parcial das funções motoras dos membros superiores e inferiores” (BRASIL, 2007, p.23);
- Amputação ou ausência de membros: “ausência de membro por extração e membros com deformidade congênita ou adquirida diferenças entre os membros superiores ou inferiores, seqüelas de doenças ou acidentes”. Excluem-se as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho das funções (BRASIL, 2007, p.23);
-Nanismo:” deficiência acentuada ao crescimento” (BRASIL, 2007, p.24).

Enfim, a deficiência física se caracteriza como uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento das funções físicas.

Esta tipologia tem como principal causa a lesão medular, tendo em vista que qualquer dano nas vértebras a pessoa corre o risco de tornar-se limitada fisicamente. A partir disto, no item que segue, faz-se menção, mais detalhadamente, a esta lesão, que foi objeto de intervenção no processo de formação profissional.

1.1.1 Lesão Medular

Para falar de lesão medular, primeiramente, deve-se entender o que é uma medula e como é seu funcionamento, sua função no corpo humano. Sabe-se que se trata de uma parte do sistema nervoso central que transporta as informações do cérebro ao resto do corpo e vice-versa.Trata-se de uma ligação, ou seja, uma rede de informações onde são fornecidos os dados em um sistema de troca de movimentos e sensibilidade, sobre um controle do funcionamento do corpo, através de uma leitura do cérebro. Com espessura de um dedo, seu comprimento, da base da cabeça até o cóccix,

dentro de uma espécie de tubo na coluna vertebral, que protege a medula, é formado por várias vértebras e dividido por um disco que amortece o impacto nas costas (GUYTON, 1988).

A partir desta definição, pode-se afirmar que a medula divide-se em quatro partes: 1) Cervical, região do pescoço, 2) Torácica, do pescoço até a cintura, 3) Lombar, abaixo da cintura, e 4) Sacral, abaixo da lombar (GUYTON, 1988). Ainda, para este autor,

> A medula espinhal é a área integradora para os múltiplos reflexos musculares que produzem respostas musculares localizadas. Alguns desses reflexos são:
>
> 1. *O reflexo de estiramento muscular*, que faz com que qualquer músculo que seja esticado em demasia se contraia instantaneamente, o que impede variações significativas de seu comprimento. Esse reflexo é especialmente importante por tornar os movimentos corporais contínuos, fluídos de uniformes e não abruptos, trêmulos e irregulares.
> 2. *O reflexo tendinoso muscular*, que provoca o relaxamento muscular quando sua tensão fica excessivamente aumentada.
> 3. *Os reflexos com origens nos pés*, que ajudam a sustentar o corpo contra a ação da gravidade. Por exemplo, a pressão sobre a sola dos pés faz com que as pernas fiquem rigidamente estendidas, de modo a poder sustentarem o corpo.
> 4. *Os reflexos que ajudam a evitar a lesão do corpo*. São, em sua imensa maioria, os reflexos de defesa (ou de flexão) produtores das contrações musculares apropriadas à retirada de parte do corpo do campo de ação de um estímulo produtor de dor.
> 5. *Os reflexos da marcha*. Existem circuitos reverberativos localizados na região da perna da medula espinhal, que produzem os movimentos de marcha. Sinais com origem em centro encefálicos mais superiores controlam esses movimentos de marcha, de modo a que tenham um propósito para a locomoção [...] (GUYTON, 1988, p.131).

O corpo se movimenta pelas ordens enviadas do cérebro através da medula, bem como a medula também envia ao cérebro as informações das sensibilidades sentidas: de fato, a medula é o canal principal da comunicação do cérebro.

A lesão medular é causada por traumas, vírus, tumores e esquistossomose, sendo que na maioria das vezes os traumas rompem ou comprimem a medula por quebra ou deslocamento da vértebra. O nível da lesão é dado pelo número de vértebras e nervos afetados, por isto a lesão medular pode ser de diversas alturas e formas, assim como traumática e

não-traumática. A traumática é aquela que ocorre devido a acidentes e a não traumática caracteriza-se por ser adquirida por meio de uma doença ou tumor[4] (GUYTON, 1988).

Segundo estudos oriundos de pesquisas desenvolvidas no período de 1995-1997 e divulgados pelo Ministério da Saúde, percebe-se que

> Em 174 pacientes, apresenta a lesão traumática como a causa de 78% dos casos, assim distribuídos: ferimentos por armas de fogo, 33%; acidente de transito, 19,5%; ferimento por arma branca (facas), 2,4%; queda de objeto, 2,4%; acidente desportivo, 1,2% (SALIMENE, 1995). Nesse estudo, verificou-se que a faixa etária preponderantemente atingida era a de 18 á 35 anos de idade, com 53% dos indivíduos, sendo que 81,7% dos casos eram do sexo masculino. Já o estudo procedido em paciente atendidos na rede Sarah, em 1997, informa que o total de 239 pacientes com traumatismo da coluna vertebral, registrados naquele ano, 42% foram vitimas de acidente de transito; 24% de disparo de arma de fogo; 12% de mergulhos em águas rasas; 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e violências (FIGUEIREDO, 2007, p.467).

Tendo em vista o referido acima, vale destacar que a lesão medular pode se dar de duas formas: adquirida e/ou congênita. A lesão medular adquirida pode acontecer por meio de acidente automobilístico (carro ou moto), mergulho, agressão, disparo por arma de fogo, violência, quedas, alcoolismo e direção perigosa (GABRILLI, s.n). Estes acidentes podem causar “alterações das funções motora, sensitiva e autônoma, implicando perda parcial ou total dos movimentos voluntários ou da sensibilidade” (RODRIGUES e ANTUNES, 2009, p. 02).

Por outro lado, a lesão medular congênita constitui uma má-formação entre a 3ª e a 5ª semanas de gestação, causando uma falha no fechamento do tubo neural. Durante a formação do Sistema Nervoso, é necessário que este tubo se feche e proteja a medula espinhal. Quando não ocorre esse fechamento, a região lombar ou torácica da medula espinhal fica exposta causando uma lesão na medula e, além desta, freqüentemente, outras más formações poderão estar associadas. Esse tipo de lesão é considerada uma causa não-traumática (AACD,2007, p.141-142). Conforme Figueiredo (2007, p.465),

---

[4] Conforme a altura da medula tem-se a gravidade da lesão medular.

> As principais causas das deficiências são os transtornos congênitos e Perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada ás mulheres na fase reprodutiva; Doenças transmissíveis e crônicas não – transmissíveis; Perturbações psiquiátricas; Abuso de álcool e de drogas; Desnutrição; Trauma e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violência e de acidente de transito.

Vale ressaltar que a lesão medular não compromete necessariamente o intelecto: raciocínio, memória e/ou compreensão. Caso o cérebro seja afetado, poder-se-á observar alterações intelectuais, além de comprometimentos na face (língua, boca, olhos etc.), o que depende da gravidade da lesão cerebral.

Uma lesão é classificada como completa quando não há função motora ou sensitiva preservada no segmento sacral. Numa lesão incompleta as funções motoras e sensitivas são preservadas neste nível (AACD, 2007, p.142-143). De acordo com o Manual em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde, (2006, p. 15).

> As pessoas com deficiência motora ressentem-se de uma variedade de condições neurossensoriais que as afetam em termos de mobilidades de cordenação motora geral ou da fala, com decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e ostearticulares ou ainda, de malformação congênita ou adquirida

Nestes termos, salienta-se que estas pessoas com deficiência física, com limitações, são objetos de atuação/intervenção/atendimento dos centros de reabilitação física e, de modo mais específico, do Centro Regional de Reabilitação Física de Giruá, o qual foi campo de estágio supervisionado em Serviço Social. Assim, no próximo capítulo a ênfase consta na origem destes centros, possibilidades de intervenção, o papel que a reabilitação vem desenvolvendo, assim como o exercício profissional do Assistente Social neste espaço.

2 DEFICIÊNCIA E REABILITAÇÃO: QUESTÕES HISTÓRICAS, ATUAIS E A EXPERIÊNCIA REGIONAL

A reabilitação é um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa com deficiência, tendo em vista a seu reconhecimento social. Está associada a um conceito mais amplo de saúde, incorporando o bem-estar físico, psíquico e social a que todos os indivíduos têm direito.

> No processo de reabilitação, a busca da eficiência será uma preocupação permanente, desde a adoção de estratégia e ação que utilizem recursos da própria comunidade, até a intermediação de centros de excelência para procedimentos de alta complexidade. As ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir tanto a sua qualidade quanto o princípio da integralidade (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2006, p, 28.).

Segundo Rocha (2006), a reabilitação surgiu nas décadas de 1920 e 1930 como especialidade da medicina para atendimento das pessoas lesionadas na guerra, principalmente jovens. Internados em hospitais de forma indiscriminada, estes deficientes físicos eram atendidos por pessoas leigas e religiosas que não tinham conhecimentos sobre suas patologias, pois eles não pensavam na cura, mas sim em salvar vidas.

Tanto a reabilitação como a fisioterapia eram considerados meios para que o paciente viesse a retomar as suas atividades normais. Neste ponto, Rocha (2006) aponta que assim como a fisioterapia, a reabilitação também exigia cuidados especiais em suas formas de tratamento, no entanto, muitas pessoas se diziam fisioterapeutas e faziam seus atendimentos sem conhecimento sobre o funcionamento adequado do corpo humano e, ao invés de ajudar este paciente, acabavam por atrapalhar, piorar suas condições de recuperação. Como este “tratamento” não possibilitava nenhum progresso. No senso comum dava-se que este paciente não tinha cura, sendo então tratado como aleijado por não ter o que fazer com ele. Esta ênfase altera-se quando começaram a formar-se os primeiros

profissionais nesta área, o que, consecutivamente, começa a demonstrar resultados sobre as limitações das pessoas com deficiência física. Isto acontece por volta de 1940 e 1950, quando se tem a afirmação de diferentes categorias profissionais que se empenham na reabilitação destas pessoas com deficiência, tais como, além da fisioterapia, a fonoaudiologia, a neurologia, a terapia ocupacional, a ortopedia, entre outros. Da concepção contagiosa, os deficientes físicos passam a ser tratados como pessoas que precisavam de ajuda para suas locomoções, assim como, neste mesmo período, surgem "inúmeras técnicas cirúrgicas e de trabalho corporal que passaram a ser utilizadas na área da reabilitação, a maioria com finalidade corretiva" (ROCHA, 2006, p. 33).

Conforme salienta este mesmo autor, nas décadas de 1960 e 1970 houve a criação de clínicas especializadas em reabilitação, "principalmente após a criação do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social – e da LBA – Legião Brasileira de Assistência" (ROCHA, 2006, p. 63). No espaço público, a reabilitação permaneceu restrita aos serviços específicos e direcionados, ligados a pesquisa e ensino, ou, ainda, aos serviços de reabilitação dos acidentes de trabalho do INPS (ROCHA, 2006).

Embora até os anos 1980 a reabilitação da pessoa com deficiência física tenha sido realizada pelos serviços privados, em meados desta mesma década e na subseqüente, algumas experiências, no setor público, foram implantadas na reabilitação, o que representou um avanço significativo nesta área.

> O termo "reabilitação", do ponto de vista etimológico, deriva do latim medieval e significa, segundo Bauer, citado por Toldrá (1996), "volta a boa saúde". [...] A definição de reabilitação enquanto campo da área da saúde, mais especificamente, como "filha" da medicina moderna, pressupõe a compreensão da origem das diferentes concepções, suas expressões atuais e suas relações com as práticas reabilitacionais existentes.
> [...] No entanto, a origem do conceito da reabilitação, segundo o autor, partiu do jurista e político Bávaro Franz Joseph Ritter Von Buss que, em obra de 1844, expressa a seguinte preocupação: "*Tão logo o enfermo curado, deve ser reabilitado totalmente, ajudando-o a ocupar o posto do qual havia descido e é necessário que adquira novamente a sensação de sua dignidade pessoal e, com ela, nova vida*" (ROCHA, 2006, p. 43-44).

A mudança de paradigma, de um modo geral, trouxe consigo avanços na concepção de deficiência física, no sentido de percebê-la enquanto bem-estar físico, psíquico e social. Desta forma, reabilitar significa proporcionar ao "paciente"[5] a sua identificação como cidadão, sujeito de direitos, e, de forma peculiar, não o centralizando em sua limitação específica, mas demonstrando suas potencialidades.

Neste sentido, a reabilitação é um tratamento elaborado por equipe multiprofissional da área da saúde com deficientes físicos, tendo o objetivo de proporcionar qualidade em suas locomoções, conforme suas limitações, necessidades e patologias. O objetivo primordial da utilização de atividades diferenciadas no atendimento as pessoas com deficiência física, consta no fortalecimento do processo terapêutico na reabilitação.

O tratamento de reabilitação inclui, além dos atendimentos fisioterápicos, palestras, as quais têm o objetivo de esclarecer aos pacientes e familiares, de forma gradual, "as alterações e limitações resultantes de cada patologia, os cuidados necessários para evitar complicações e o potencial residual a ser desenvolvido nas diversas áreas" (AACD, 2007, p.06).

Assinala Rocha (2006), que a reabilitação, em concepção biológica, pressupõe as determinações das alterações fisiopatológicas expressas na deficiência (ou na incapacidade), sendo seu objeto principal de intervenção o "sujeito deficiente ou incapacitado". O esperado é reduzir os efeitos da deficiência ou da incapacidade, em face do atendimento individualizado para com o paciente.

Durante a reabilitação física pode haver o desenvolvimento de habilidades relacionadas às atividades de vida diárias, ou melhor, do fazer humano, no intuito de que o sujeito visualize sua independência, autonomia ou bem-estar pessoal.

Este direcionamento também é dado no Hospital São José, mais precisamente no Centro Regional de Reabilitação Física de Giruá, pois a equipe de profissionais precede e determina o tratamento para cada paciente, após uma avaliação funcional detalhada, onde é identificado a

[5] Este termo é utilizado no âmbito dos centros de reabilitação física.

principal limitação e elaborado um plano terapêutico para a ampliação da sua qualidade de vida.

2.1 O HOSPITAL SÃO JOSÉ: A EXPERIÊNCIA REGIONAL NA REABILITAÇÃO FÍSICA[6]

O Hospital São José se localiza no município de Giruá, Região Missões do Estado do Rio Grande do Sul, distante aproximadamente 500 km de Porto Alegre.

Fatos importantes compõem a história e objetivo da fundação da instituição, os quais passa-se mencionar. Até 1936 não havia médico permanente em Giruá, apenas um farmacêutico. Em face disto, um grupo de Giruaenses, sabendo que na Argentina, recém chegado da Alemanha, havia um médico-cirurgião, Dr. Walter Jacob, para lá se dirigiram no intuito de trazê-lo para a cidade. Com a chegada do mesmo, foi fundada em 15 de março de 1936, a Sociedade Hospitalar Giruaense[7] que funcionava em uma pequena casa de madeira (HSJ, 2003).

Em 15.04.1951, a Sociedade Hospitalar propôs a doação da casa de saúde e terreno às Irmãs Filhas do Sagrado Coração de Jesus, que assumiram o desafio de continuar com a prestação de serviços na área da saúde junto à comunidade de Giruá (HSJ, 2003).

Em maio do mesmo ano, a Congregação assumiu a Direção do Hospital através das postulantes Lídia Klauk e Nalzira Jaques dos Santos, que iniciaram o trabalho fazendo melhoramentos e assessoradas pelo médico e diretoria da Sociedade Hospitalar Giruaense. No mês de novembro, mais especificamente no dia 21, duas Religiosas, Irmãs Faustina Giulianni e Marieta Libardoni, chegam para dirigir a instituição, sendo que esta data marca, para a congregação, a fundação do Hospital São José. No ano seguinte, foi doada pelo médico italiano Giuseppe Soggia, a imagem de

---

[6] Este subitem tem como base o histórico do Hospital, disponibilizado pela direção do mesmo e autorizado para publicação.

[7] Esta Sociedade foi oriunda da comunidade, tendo em vista a preocupação da mesma para com a saúde dos munícipes giruaenses.

São José, a qual foi colocada na capela e abençoada, passando a ser declarado padroeiro do hospital (HSJ, 2003).

A partir disto, o Hospital prosseguiu desenvolvendo-se e aprimorando-se, fazendo sua história sob a competente direção das Irmãs FSCJ[8], médicos e apoio da comunidade. Em 1964/65, por esforços da Comunidade, Prefeitura, Congregação e recursos provindos do Governo Estadual, iniciou-se a construção do novo prédio, o qual foi concluído em 1973 e, nos anos subseqüentes, teve a ampliação da estrutura física (HSJ, 2003).

Para garantir qualidade nos atendimentos prestados, além de melhorias nas instalações, houve a aquisição de equipamentos para diversos setores, e além da implementação de novos serviços de saúde e apoio. Investiu-se no preparo especializado dos recursos humanos, nas diferentes áreas, com a intenção de materializar a missão, filosofia e objetivo das Irmãs Filhas do Sagrado Coração de Jesus (HSJ, 2003).

No ano de 2007, foi realizado o Processo de Gestão Hospitalar, alicerçado na visão, missão, valores e princípios institucionais, em consonância com a Província Nossa Senhora Aparecida e Associação de Literatura e Beneficência[9]. Neste mesmo ano, conforme pode ser verificado a seguir, foi criado o Centro de Reabilitação Física de Giruá, enquanto ala do Hospital São José.

2.2.1 O Centro Regional de Reabilitação Física: refletindo acerca da prática profissional do Assistente Social

O Centro Regional de Reabilitação Física – CRRF – teve seu início em julho de 2007, dado o deferimento do processo de credenciamento pelo Ministério da Saúde. Com isto, o Hospital São José passou a ser

[8] Filhas do Sagrado Coração de Jesus.

[9] Este processo foi coordenado pela Diretora, Irmã Antonia Santa Pezzi, e o Administrador, Güinter Afonso Melchiors. Atualmente, a direção é composta pela Írmã Catarina Schiavo e pelo Diretor Executivo, Sr. Amarildo Dall´Ago, os quais promovem inovação com atitudes empreendedoras, através de projetos, ações e parcerias, que objetivam o equilíbrio financeiro do Hospital, empresa e geração de vida plena em todos os níveis da organização.

referenciado como Centro de Atendimento Regional de Reabilitação Física, em média e alta complexidade[10], pelo Sistema Único de Saúde – SUS, destinado ao tratamento terapêutico de pessoas com limitações físicas e neurológicas (CRRF, 2007).

Com estas novas atividades e com renovado potencial tecnológico e humano, o Hospital São José muda seu perfil de atendimento, inscrevendo-se num contexto macro-regional com uma proposta inovadora de atendimento, buscando preencher a lacuna existente neste âmbito (CRRF, 2007). Em seguida, o Hospital São José teve a operacionalização de um novo serviço junto à instituição – o Centro Regional da Saúde da Mulher – que tem como função o atendimento do público feminino da macro-região, por meio de consultas, realização de mamografias, ultra-sonografias, procedimentos cirúrgicos e outras demandas, a fim de prevenir o câncer, promover a saúde e/ou a reabilitação.

De modo específico, o Centro Regional de Reabilitação Física está estruturado em uma área física de 700m², com piscina térmica, especialmente projetada para o tratamento de pessoas com necessidades especiais. Atualmente, são atendidos cerca de 40 pacientes em média, para um total, aproximado, de 70 procedimentos por dia, com um total/mês de 160 pacientes da região.

Estes atendimentos são prestados por uma equipe multidisciplinar nas áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Enfermagem, Medicina e Educação Física, os quais têm suas atribuições definidas abaixo:

- Fisioterapia: Abrange os tratamentos de cinesioterapia e mecanoterapia, eletroterapia, termoterapia e hidroterapia, assim como são realizados tratamentos com o método de RPG (reeducação postural global). As áreas de atuação fazem menção a fisioterapia em neurologia infantil e adulto, respiratória, reumatologia, ortopedia e traumatologia, geriatria, cardiologia (CRRF, 2007);

[10] O CRRF é considerado de média e alta complexidade por disponibilizar serviços de diagnóstico e assistência hospitalar, associados ao serviço de reabilitação.

- Fonoterapia: desenvolve a habilitação e reabilitação das funções estomatognáticas (mastigação, deglutição, sucção e respiração) ainda não adquiridas ou perdidas, assim como a estimulação e tratamento dos transtornos da fala e da linguagem (CRRF, 2007);
- Terapia ocupacional: tem como objetivo principal estimular e favorecer o desenvolvimento sensório-motor e cognitivo de pessoas acometidas por patologias de origem neurológica, traumato-ortopédica, reumatológica, entre outras, através da facilitação das atividades de vida diária de modo independente, além de indicar e/ou prescrever cadeiras de rodas, órteses e adaptações (CRRF, 2007);
- Psicologia: promove a saúde mental e o bem-estar dos usuários, realizando psicoterapia individual e grupal, voltada para crianças, adolescentes, adultos e seus familiares, trabalhando assim, a auto-estima e a melhor integração de todos (CRRF, 2007);
- Serviço Social: além da coordenação geral (administrativa) do CRRF, realiza orientações e encaminhamentos, acompanhamento de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares, além de desenvolver projetos voltados para a melhoria da qualidade de vida do usuário e sua família durante todo o processo reabilitacional (CRRF, 2007);
- Nutrição: objetiva a reeducação nutricional para uma alimentação equilibrada e que contemple as necessidades individuais de cada pessoa (CRRF, 2007);
- Enfermagem: realiza a atenção integral da pessoa através dos cuidados que são desenvolvidos na instituição e orientações aos usuários e familiares sobre as condutas a serem realizadas em casa (CRRF, 2007);
- Medicina: avaliação, diagnóstico e tratamento de patologia (CRRF, 2007);
- Educação física: destaca-se a hidroginástica como alternativa para promoção da saúde (CRRF, 2007).

Na área do diagnóstico, o CRRF disponibiliza exames de Audiometria e Imitânciometria[11], além do importante exame de omissões otoacústicas por ondas transientes (teste da orelhinha). A clientela mais

[11] Ou impedonciometria.

beneficiada por este exame são recém-nascidos, crianças na primeira infância e portadores de necessidades especiais. A partir do terceiro dia de vida, o teste da orelhinha pode identificar e destacar sinais de perdas auditivas perinatais e neonatais, com confiabilidade e segurança. As alterações auditivas identificadas nos primeiros meses de vida, com diagnóstico precoce, aumentam as chances do indivíduo portador desta alteração, receber estimulação e orientações adequadas para que seu desenvolvimento e independência sejam garantidos (CRRF, 2007).

No que tange a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, via SUS, são disponibilizados aos pacientes com necessidades especiais, cadeiras de rodas, muletas, bengalas, andadores, próteses de membros superiores e inferiores, órteses de posicionamento entre outros, que proporcionam o direito de acessibilidade, assim como melhoria de qualidade de vida e auto-estima.

Desta forma, salienta-se que os meios auxiliares proporcionam o suporte para que a reabilitação se efetive de forma satisfatória, sendo um complemento no processo terapêutico e não uma atividade fim. Em outros termos, a resolutividade da reabilitação acontece na medida em que vários fatores dentro deste contexto são incluídos na atividade terapêutica, somando uma complexidade de tarefas com envolvimento da equipe multiprofissional.

A partir disto, pode-se questionar: como usufruir dos serviços do Centro Regional de Reabilitação Física? Através do encaminhamento do médico, seja particular ou por convênio[12] e, em caso de SUS, deverá ser pela Secretaria de Saúde do município de origem, que estará solicitando junto a Coordenadoria Regional de Saúde (12ª, 14ª ou 17ª), e esta, por sua vez, estará disponibilizando o atendimento gratuito no CRRF. Ao chegar ao Centro, é feito, a triagem, de forma a avaliar, em cada área profissional, quais os atendimentos o sujeito necessita receber, sendo que cada atendimento está direcionado conforme sua particulariedade.

Na área de diagnóstico, a instituição está com uma área física recentemente readequada e equipada com moderno aparelho de ultra-

[12] UNIMED, IPERGS, CASSI, CABERGS, SUL AMÈRICA e outros.

sonografia, além de outros equipamentos para a realização de radiologia, mamografia, endoscopia digestiva, retossigmoidoscopia, colonoscopia, eletrocardiograma de repouso e de esforço - esteira (CRRF, 2007).

Neste contexto institucional é que se insere o estágio supervisionado em Serviço Social, o qual possibilitou a apreensão acerca da prática social junto às pessoas com deficiência física e as possibilidades de intervenção na garantia de direitos. Compreender as manifestações sociais neste âmbito do CRRF, querer competência a ser adquirida nas dimensões que permeiam o agir profissional: teórico-metodológico, ético-política e técnico-operativa. Silva e Silva (1995), ao abordar a formação profissional do Assistente Social explana os desafios hoje impostos, tendo em vista que

> A formação profissional é entendida como um processo dialético, portanto aberto, dinâmico e permanente, incorporando as contradições decorrentes da inserção da profissão e dos profissionais na própria sociedade. Com este entendimento, falar em formação profissional implica em acompanhar a dinâmica da sociedade e a trajetória histórica do próprio Serviço Social, procurando entender os condicionamentos que a sociedade impõe sobre a prática profissional (SILVA e SILVA, 1995, p.73).

Diante disto, os profissionais têm compromisso com princípios contidos no Código de Ética Profissional e com valores expressos para a superação da ordem burguesa, na busca de uma nova ordem societária, equânime e com justiça social. Na prática, tais questões se expressam na “qualidade dos serviços prestados, na competência profissional e na viabilização dos direitos sociais e da cidadania” (ABESS, 1996, p. 147). Para isto,

> Torna-se fundamental a problematização da realidade, permitindo uma relação direta com as formas sociais em mudanças, procurando–se romper com o pragmatismo histórico do Serviço Social, incluindo, no processo de formação profissional, a preocupação de pensar e repensar a realidade e a própria prática profissional, tendo–se presente a preocupação do saber realmente a quem servimos e que serviços oferecemos, adotando–se o materialismo histórico como pressuposto teórico fundamental nessa formação profissional, não eliminando, porém, o estudo de outras correntes teóricas historicamente presentes no Serviço Social (SILVA e SILVA, 1995, p.76).

A partir deste novo projeto profissional[13], que tem suas bases ainda na década de 1980, com a introdução da vertente crítica no bojo da categoria profissional, que fundamenta a formação e o exercício profissional, sustentado na Lei de Regulamentação da Profissão[14], Código de Ética[15] e Diretrizes Curriculares[16], percebe-se a definição clara da direção social da profissão e sua vinculação com as demandas dos usuários, independentemente do espaço sócio-ocupacional e de suas transformações.

Mais especificamente, com a contribuição do CRRF na formação profissional, teve-se oportunidade de perceber esta nova conjuntura profissional e a inserção do Assistente Social neste espaço de atuação, assim como as inúmeras possibilidades de intervenção deste no tratamento dos pacientes, buscando desenvolver sua função social e política na consolidação e garantia de direitos.

Além disto, a profissional atende tanto os pacientes como seus familiares, realizando avaliação e reavaliação sócio-econômica, orientação social, visitas domiciliares (quando necessário), promoção de eventos vinculados à área, assim como estabelece contatos com a rede interna e social para potencializar a efetividade dos atendimentos. Segundo Türck (2002, p. 45),

> A formação de rede social decorre de programas/projetos específicos, elaborados com os recursos sociais disponíveis para atender a população especifica. É uma realidade em movimento permanente, uma metodologia em desenvolvimento que gera processos de conhecimento e de intervenção, dentro do trabalho social.

Para isto a rede interna necessita de três elementos fundamentais para solidificá-la ampliá-la e acioná-la, sendo a “flexibilidade para aprender, a disponibilidade para compartilhar e a qualificação para executar” (TÜRCK, 2002, p.32). Estes três elementos “são responsáveis pelo fazer competente

---

[13] O Projeto Profissional, ou Projeto Ético-Político, “é produto de uma construção histórica, gestado, essencialmente, no Movimento de Reconceituação, quando a categoria prevê a ruptura com o pensamento conservador e instiga o desafio coletivo de explicitar novo significado à profissão na sociedade, tendo por referência a teoria social crítica para orientar a prática interventiva”. (SILVA,2010)

[14] lei

[15] resolução

[16] resolução

e pela necessidade da ampliação do conhecimento para que novas metodologias possam ser construídas a partir das experiências dos profissionais vividas no cotidiano do sujeito" (TÜRCK, 2002, p.32).

Isto porque, segundo Machado (2003), os profissionais que trabalham com pessoas deficientes devem ser pessoas capacitadas e aptas ao seu trabalho, usando sempre da ética profissional e fazendo que deste um momento em que o paciente perceba que o profissional sente carinho e dedicação naquilo que está fazendo, para que não se sinta constrangido e tenha sua integridade reservada.

> No conjunto dos princípios que regem o sistema único de saúde SUS, constantes da Lei Orgânica da saúde, destaca-se o relativo a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, bem como aqueles que garante a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (FIGUEIREDO, 2007, p.459).

Neste sentido, a reabilitação é um passo fundamental no tratamento do paciente, pois, como o próprio nome já diz, trata-se de reabilitar os sujeitos para diversas atividades, sejam sociais, culturais, educacionais e profissionais, de modo a manterem-se pessoas ativas, participativas e produtivas[17] no meio social.

Em face da centralidade atribuída á reabilitação da pessoa com limitação física faz-se necessário perceber de que forma a família se envolve nestes atendimentos, tratamento e como se da a relação família x lesado medular na percepção dos pacientes, o que se observa a seguir na pesquisa desenvolvido junto a lesados atendidos no Centro Regional de Reabilitação Física.

[17] Isto porque o homem se reconhece por meio do trabalho.

3 FAMÍLIA E REABILITAÇÃO: A PERCEPÇÃO DO LESADO MEDULAR

Com base na experiência do estágio supervisionado junto ao CRRF de Giruá algumas indagações surgiram quanto à relação da família e o lesado medular. Com isto, este capítulo foi produzido com a intenção de tratar assuntos sobre: o entendimento e aceitação do lesado medular por parte da família, no momento em que este sofre uma lesão; qual a reação da família quando souberam da limitação física; e se a família estaria preparada para mudanças, por vezes inesperadas. Esta trajetória se faz através de uma pesquisa com lesados medulares, pacientes do CRRF, tendo em vista a sua percepção acerca para com sua família.

Família que para Kaloustian (2002) é uma ligação onde, independentemente das modificações acontecidas permanece unida, é um espaço onde há a garantia de desenvolvimento e proteção integral dos seus. É na família que as contribuições afetivas acontecem e que a educação faz valer a pena, é nesta, que se adquire a cultura, passada de geração para geração, sendo onde se aprofundam os laços de solidariedade. O autor faz compreender que a família é conhecida não como um simples somatório de métodos, ambições e demandas individuais, mas, sim, como um processo complementar da vida dos seus integrantes, fazendo com que cada um faça parte de um ciclo de convivência.

Ainda, para este autor no decorrer da existência das famílias acontecem as desavenças, no entanto, a forma de lidar com os conflitos podem variar de uma família para outra, às vezes, pode ser democráticas e de respeito pelas diferenças, podendo ser também de forma autoritário, ou até mais tolerante, dependendo de cada um. Mas, segundo ele, a melhor forma de resolver os problemas familiares é através do diálogo, pois o silêncio nem sempre é sinônimo de razão ou concordância. (KALOUSTIAN, 2002).

Neste sentido, Rocha (2006) afirma que ao ter um integrante familiar deficiente, cada família procura uma forma de lidar com a situação de sua

maneira, sendo que para uns é mais fácil negar o acontecido do que assumir a realidade; para outros a deficiência é apenas uma doença e que curará com tratamento médico; umas procuram passar a responsabilidade para o profissional pela falta de desempenho satisfatório do filho; para algumas a superproteção faz com que o deficiente não consiga exercer nem uma atividade dentro das possibilidades por ele desenvolvidas.

3.1 A METODOLOGIA DA PESQUISA

Antes mesmo de explanar os resultados da pesquisa e a análise de conteúdo, procura-se salientar a metodologia utilizada no estudo e o caminho utilizado, de forma a proporcionar uma compreensão mais apurada dos dados colhidos e no subitem seguinte analisados.

A pesquisa, que culmina neste presente estudo, diz respeito a bibliográfica e de campo, a qual, segundo Marconi e Lakatos (2008, p.76), “é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimento acerca de um problema para a qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou entre eles”.

A pesquisa, de fato, tem a finalidade de “descobrir respostas para questões, mediante a aplicação de métodos científicos” (MARCONI e LAKATOS, 2008, p.02). Ela busca conhecer e explicar questões explicitadas no contexto de atuação, na construção e reconstrução de intervenção profissional, por isto tem papel fundamental no processo de formação do Assistente Social.

O presente estudo caracteriza-se pela abordagem qualitativa, do tipo exploratório, com pacientes lesados medulares do Centro Regional de Reabilitação Física no município de Giruá/RS. Para Minayo (*et al,* 2004), a pesquisa qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e das relações humanos e sociais, um lado não perceptível e não captável em equações e estatísticas. Portanto, a análise qualitativa permite que o pesquisador desvele e compreenda novas percepções sobre o problema que

está sendo investigado.

Na pesquisa qualitativa, para Polit.et.al.(2004), os elementos do delineamento do estudo evoluem durante o percurso, na coleta de dados. Esta, ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada[18], com um roteiro previamente estabelecido com 5 questões, escuta sensível e observação. Para o autor referido, a pesquisa observatória é um método de arrecadar dados para obter informações e utilizar os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não incidir em apenas ver e ouvir, mas também em observar fatos ou acontecimento que se almeja estudar.

A definição da amostra constituiu-se de 07 pacientes lesados medulares, que recebem atendimentos em reabilitação física no CRRF, de ambos os sexos, entre 20 e 40 anos, residentes em diferentes cidades: Tuparendi, Guarani das Missões, Porto Xavier, Três de Maio, Santa Rosa e Ijuí.

A realização da coleta dos dados ocorreu no mês de maio de 2010[19], com os pacientes acima relacionados. A identificação dos pacientes pesquisados foram designados de acordo com o número de seu formulário e a letra A[20] foi utilizada com o objetivo de manter o sigilo dos mesmos. Os preceitos éticos foram observados nesta pesquisa, através de um termo de consentimento (ANEXO B) e termo de autorização do pesquisado (ANEXO C).

A tabulação e análise dos dados (ou análise de conteúdo), realizada por fim, teve o objetivo de ultrapassar as evidências imediatas observadas no decorrer da pesquisa e aprofundar a percepção acerca das mensagens passadas pelos entrevistados. Segundo Bardin (1977, p.42) a análise de conteúdo pode resumir-se da seguinte maneira:

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a influencia de reconhecimento relativos as

[18] O roteiro da entrevista semi-estruturada pode ser consultada em anexo (ANEXO D).

[19] Vale lembrar que esta pesquisa esteve direcionada para a opinião/visão dos lesados, não sendo colhidos os depoimentos das famílias por falta de tempo hábil.

[20] Paciente 1 = A1; Paciente 2 = A2; Paciente 3 = A3; Paciente 4 = A4; Paciente 5 = A5; Paciente 6 = A6; e Paciente 7 = A7.

> condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) desta mensagem.

De acordo com Polit.et.al.(2004) a análise dos dados tem como finalidade organizar, fornecer estrutura e extrair significado aos dados coletados para a pesquisa, onde a tarefa de análise se torna um desafio para o pesquisador.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Ainda hoje a deficiência vem sofrendo com a histórica visão excludente da sociedade, isto porque por muito tempo elas foram segregadas pelos possíveis malefícios para o desenvolvimento social. Esta concepção preconceituosa não foi descortinada em sua completude e somada a falta de informação e de espaços relativos às pessoas deficientes, dificulta que a família incorpore as mudanças necessárias para lidar com o filho deficiente, principalmente quando se trata de uma lesão medular adquirida (ROCHA, 2006).

Em pesquisa realizada por Childs fica apontado que os sentimentos relatados pelos pais quando deparam-se com a deficiência são negativos: “culpa, negação, inferioridade, vergonha, confusão, desejo de morrer, raiva, necessidade de culpar terceiros, solidão, mães que não se sentem amadas, infanticídio e desamparo” (CHILDS, apud ROCHA, 2006, p. 232). Ainda, parece haver uma explicação para todas as perguntas que se fazem emergir.

Isto fica explícito na entrevista, pois quando questionados acerca da reação da família ao saber da limitação física, a maioria dos entrevistados relatou que a família, de início, sofreu um impacto muito grande, porém com o passar do tempo a aceitação foi acontecendo, por meio do convívio diário e de adaptações necessárias perante as limitações acarretadas do acidente. O entrevistado A1 relata:

> Isso foi um choque e tanto, na hora foi complicado, pra mim ainda não caiu a ficha. Para meus pais foi um choque, desde

> a adaptação na casa, eu tinha minha vida, minha independência, morava separado, ajudava eles e de uma hora pra outra me deparei com o problema [...]. Ainda hoje tenho pouca aceitação da minha família, ela tem dificuldade de me aceitar, ainda mais porque no começo não fazia nada sozinho [...] foi um período crítico [...].

Por outro lado, o sujeito A5 explana que para sua família a lesão "não foi de muito espanto, pois desde antes do acidente o nosso convívio era diferenciado e não tinha muita ligação". Embora a família não tenha vivenciado os sentimentos negativos apontados por Childs, o entrevistado segue falando: "De qualquer forma, sempre tive todo o apoio e a expectativa é a minha recuperação, porque nunca se sabe até onde se pode chegar [...] eles sempre estão me ajudando".

Mas, nem todas as famílias têm a mesma reação, em face das diferentes configurações que as permeiam e das concepções que a regem, sendo que jamais deve ser percebida "como o simples somatório de comportamentos, anseios e demandas individuais, mas sim como um processo interagente da vida e das trajetórias individuais de cada um de seus integrantes" (KALOUSTIAN, 2002, p. 13). Neste sentido, no momento que a individualidade de seus membros prevalece, a aceitação das diferenças no âmbito familiar fica latente e a reação da família diante do lesado medular pode ser adversa, assim como fica manifesto na fala do entrevistado A3: "O que sofreu mais foi meu guri, porque eu ajudava a criar ele, ficávamos só nós dois em casa e até agora ele é revoltado, pois nós íamos sempre no mercado [...] e agora não consigo mais".

Com isto, Rocha (2006) expõe que compreender o sentido que cada membro ou mesmo a família atribui à deficiência, está relacionado à cumplicidade do núcleo familiar, desde a forma como se articula internamente, como a forma que enfrenta as dificuldades do dia-a-dia. Percebe-se, neste contexto, a importância da família e do apoio, tendo em vista a

> Necessidade de valorização das famílias, enquanto lócus de produção da identidade social básica [...], tendo em vista a formação de uma cidadania ativa. A construção desta identidade individual e coletiva deve, contudo, passar pela tolerância com a diversidade humana. Vale dizer, pelo exercício da capacidade de,

> ajustando melhor o foco de nossas lentes, sermos capazes de, em primeiro lugar, enxergar as diferenças [...] presentes na sociedade brasileira; em segundo, há que se respeitar politicamente tais diferenças (KALOUSTIAN, 2002, p.44).

Neste sentido a aceitação familiar torna-se formidável tanto para a família como para o lesado medular, no sentido que potencializa a interação entre ambos no que se refere aos cuidados e ao tratamento. Embora isto possa acontecer com sofrimentos e desencontros, a clareza de como se constitui a limitação, as suas especificidades e as possibilidades se constroem por meio de um campo de conhecimentos da patologia do paciente/familiar. Isto permite a alimentação conjunta de expectativas na reabilitação, pois é do grupo familiar que o sujeito limitado espera contar com o apoio. Com base nisso, é de extrema importância citar como os lesados medulares sentem sua aceitação no âmbito familiar:

> "A minha família se eu pudesse dar uma nota de 0 a 100, eu daria 90 [...]. Quando eles têm um negócio, sempre perguntam pra mim, já conseguem ver junto comigo o que precisa ser mudado pra melhorar pra mim" (ENTREVISTADO A1);
>
> "Sou muito bem aceito pela minha família. Eu continuo sendo visto como eu era visto antes, a forma como eu pensava, eu continuo pensando, apenas tenho uma limitação física. (ENTREVISTADO A5);
>
> "Eu me sinto muito bem [...] o meu marido fazia tudo e a minha irmã [...] limpava a casa. Sempre tive o apoio da família, eu sei que sou a maninha do coração deles, eles gostam de vir dormir na minha casa. Tenho mais cinco manos, todos me tratam muito bem, sou muito feliz com minha família (ENTREVISTADO A6);

Percebe-se então que para os entrevistados a aceitação pela família é indispensável, até porque sempre que referiam ao grupo. Percebia-se o quão são felizes junto deles e o quanto precisam disto para manter seu estímulo cotidiano, sentindo-se sujeitos ativos quando tem oportunidade de participar das decisões tomadas pelo núcleo familiar.

A partir do momento em que uma pessoa sofre um acidente, em que este resulta em uma lesão, como exemplo a lesão medular, se faz necessário o uso de cadeira de rodas para ampliar sua qualidade de vida e, por isto, as mudanças e adaptações são necessárias para que isto possa acontecer de fato. Para os atores da pesquisa, as mudanças foram tanto positivas quanto negativos, assim como menciona fração do depoimento do

A1: “Tudo na casa teve que mudar geral, foi mudado banheiro, sala, rotina, meu pai trabalhava fora e teve que mudar sua rotina: isto mudou totalmente a rotina familiar, pois eu passei a depender deles totalmente [...]”.

Observa-se que o cotidiano da pessoa com deficiência gira em torno de suas incapacidades em vez das potencialidades, passando as limitações a serem alvo do olhar das pessoas, conforme a fala do A4: “Agora me sinto normal, pois já está passando a fase da pessoa de cristal, onde todos tinham medo de me tocar. Isto era o que mais me incomodava, era o medo com que as pessoas tinham de mim por ser um cadeirante”. Complementando esta fala, o A2 enfatiza: ”Muita coisa eu notava que era tratado diferente, tudo dependia dos outros [...], mas sempre tinha um para ajuda. Eu me sinto um desprezado, porque poucos da comunidade vêm conversar com a gente, por isso eu já nem vou aos lugares”.

Estas mudanças de caráter estereotipado superam as relações sociais estabelecidas com o lesado medular, sendo que eles percebem que isto acontece de forma mecânica, compulsória, ficando consentidos disto e perpetuados pelo preconceito e pelos estigmas, conforme emocionadamente elucida o A1: “No começo eu até me incomodava porque eu achava que estava dando trabalho para eles, pois percebia que se era para ficar na cadeira de rodas, para o meu pai, era bom que eu morresse logo [...], As vezes eu percebia que tinha esse entendimento dos meus pais”.

Percebe-se que o cadeirante, na maioria das vezes necessita de muito apoio e ajuda, os quais partem primeiramente da família e depois da sociedade. No entanto, cada pessoa lida esta dependência de forma diferente. A partir disto que surge a pergunta: Como se sente o lesado medular sendo dependente de sua família? O que mais lhe incomoda nesta dependência? A resposta foi homogênea entre os entrevistados: sentem a ausência de adaptações nos lugares onde se fazem presentes principalmente banheiros. Entre as indignações percebidas, está a falta de consideração com os cadeirantes em ambientes públicos.

Por mais que a Lei da Acessibilidade[21] estabeleça normas e critérios para a promoção de acessibilidade das pessoas com deficiência, percebe-se

[21] Lei Nº10.098, de 19 de dezembro de 2000.

que na prática ela encontra-se fragilizada, o que infringe os direitos garantidos em lei para as pessoas com limitações físicas. Dessa forma, as frações de algumas falas demonstram o referido:

> "O que mais me incomoda é quando eu adoeço com problema de bexiga e nos hospitais não tem banheiro adaptado, nada para mim me deslocar: isso sim me incomoda" (ENTREVISTADO A1);
>
> "O que mais me incomoda é não poder ir no banheiro porque não tem adaptação: eu fico muito nervoso" (ENTREVISTADO A2);
>
> "No início é muito difícil de assimilar ficar sem movimento total, por exemplo, ir ao banheiro, principalmente quando não há adaptação" (ENTREVISTADO A3);
>
> "O que mais me incomoda é depender da cadeira de rodas pela falta de acessibilidade, eu prefiro ficar em casa para não passar dificuldades [...]. Mas se não tivesse ela seria pior, mas o pior que a cadeira é ter ela e não ter acesso aos lugares" (ENTREVISTADO A5).

Apesar de ter infringido em muitos momentos este direito, demarca-se aqui referência significativa a reabilitação, que vem sendo acessada gratuitamente pelos atores partícipes da pesquisa. Embora este acesso tenha sido garantido recentemente[22], percebe-se a importância da reabilitação na vida destes, conforme assinalam os entrevistados:

> Significa [...] olha [...], é que nem nascer de novo [...] Como eu falei antes, eu dependia da família [...], depois que comecei a fazer a reabilitação aprendi tudo sobre a recuperação. Assim como o corpo precisa de água para viver, nós precisamos de reabilitação, pois é o nosso alimento, é como água pra viver [...]. Este tempo que eu fiquei sem vir aqui no Centro, quando eu fiquei doente (problemas de bexiga) [...], foi um tempo que perdi muita coisa, que tem que ser recuperado de novo (ENTREVISTADO A1);
>
> "Eu estava praticamente parado, muita coisa que eu não fazia hoje eu faço, como sair de cadeira sozinho (risos) [...]. Acho um pouco longe para vir, mas quando chega o dia estou sempre pronto" (ENTREVISTADO A2);
>
> " A reabilitação é muito importante [...], é a esperança de voltar a caminha. Tenho que aceitar, a gente não pede pra ficar limitado [...] tudo pra mim é a reabilitação" (ENTREVISTADO A3);
>
> "A reabilitação significa reaprender tudo de novo, pois perdi todos os movimentos, não houve nada melhor que a reabilitação. É essencial" (ENTREVISTADO A4);
>
> "Olha, para mim a reabilitação é tudo, eu vivo em função disto: em me reabilitar. Eu consigo ter uma vida mais

[22] Desde 2007, com a criação do CRRF, conforme foi explicitado no II capítulo do presente Trabalho de Conclusão de Curso.

> independente, vida normal [...]" (ENTREVISTADO A5);
>
> "É tudo para mim. Tomei um susto na primeira cirurgia, pois fiquei na cama. Me assustei, no primeiro momento, pela falta de compreensão do que era reabilitação" (ENTREVISTADO A6);
>
> "A reabilitação foi o que eu tive de melhor na vida após o meu acidente, e hoje venho sempre fazer [...], sei que é tudo pra mim (ENTREVISTADO A7).

A reabilitação não depende unicamente do profissional, mas também do paciente e é através dos movimentos por ele elaborados que se faz a evolução do tratamento. Assim, "o processo de reabilitação é considerado um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas de recursos físicos e emocionais. É somente no interior de uma dinâmica de trocas que se cria um efeito 'habilitador'" (RODRIGUES, 2008, p.17).

Nestes termos, Rocha (2006, p.65) refere que "a reabilitação é uma questão de saúde no sentido amplo, saúde não como ausência de doença, mas como situação de bem-estar [...]. Reabilitar é proporcionar ao lesado sua inserção na sociedade, utilizando um conjunto de procedimentos que buscam o desenvolvimento de capacidade adaptativa".

Reabilitar para os pacientes, significa nascer de novo, dar vida aos membros lesionados, os quais estão em menor movimento. Para que isto se efetive elucidam as necessidades da família estar apoiando, incentivando, fazendo com que se sintam estimulados a desafiar a si mesmo. A família é, no processo de reabilitação e a pesquisa demonstra, a base nodal para que a reabilitação do lesado medular aconteça.

CONCLUSÃO

O resgate da história do tratamento de pessoas com deficiências e os conceitos da reabilitação, torna-se necessário para o entendimento de como eram tratados os deficientes e como isto foi evoluindo no que tange estes sujeitos.

Foi ao longo do período de estágio que o interesse em adquirir conhecimentos, neste tema, foram despertados, com intuito de compreender como é o dia dia destas pessoas, quais as reações da família e, ainda, apreender como o lesado medular percebe as transformações na rotina. Isto tornou-se possível por meio da pesquisa, planejada e aplicada no espaço do Centro Regional de Reabilitação Física de Giruá, a qual proporcionou contato direto com os pacientes pesquisados e a busca por desvendar as dúvidas.

Durante a realização do presente estudo verificou-se aceitação dos participantes, em face da importância da problematizarão de tais assuntos. Ficou explicito que alguns deles sentiam necessidade de relatar os fatos acontecidos, sendo que, segundo os pacientes, em alguns casos, de primeiro instante não houve a aceitação da família e, com o passar do tempo, percebem a mudança gradativa.

Com base na pesquisa bibliográfica empírica realizada é possível perceber a evolução, que apesar de lenta, trouxe resultados aos tratamentos desempenhados na reabilitação de paciente lesado medular, assim como as mudanças na percepção da família e da sociedade frente a estas pessoas. O apoio da família torna-se de extrema importância, pois é no seio familiar que o paciente encontra o amparo necessário, o carinho, a atenção, o estímulo, de forma que sua reabilitação tenha um resultado esperado.

Ficou demonstrado também que o lesado medular é, para a família, um sujeito fundamental, membro do grupo, mesmo com suas limitações. No passar do tempo, a família buscou entender melhor suas limitações, mesmo

considerando que o impacto ao receber a notícia foi significativo. Buscam-o compreender, ao propiciar que sinta-se alguém muito importante em seu seio, fortalecendo suas relações e “tentando” não o considerar emquanto doente mas como pessoa que possui inúmeras potencialidades a serem desenvolvidas:De fato, a família é a base do processo de recuperação/reabilitação, pois é dela que são extraídos os estímulos alimentadores do querer mais, do superar-se a cada instante.

Kaloustian (2002) considera que a orientação que passou a predominar, fundamentada em uma visão transformadora e crítica da sociedade, propiciou a percepção da família na essência da questão, sujeitando-a ao entrosamento da realidade social, ao lado das determinações, condicionamentos e influências decorrente de um novo ponto de vista,de um novo momento a ser presenciado.

Neste contexto, além da centralidade que a família ocupa, há que se destacar a função social do Assistente Social na reabilitação, o qual tem como finalidade, buscar entender, apoiar a família e o paciente em suas necessidades, bem como em Seu processo interventivo, procura entender e compreender como é o convívio deste paciente com seus familiares, buscando proporcionar apoio e esclarecimentos para ambos. Cabe destacar que o profissional de Serviço Social em seu trabalho deve facilitar o acesso a todos, fornecendo um serviço de boa qualidade, com interação cordial e estimulante para com o usuário, dando oportunidade dos mesmos expressarem suas necessidades e dúvidas, mantendo sempre o sigilo e a ética profissional. É ele que orienta, que viabiliza a garantia de direitos, que busca fortalecer as relações sociais e familiares, de aceitação e reconhecimento, de forma a “superar” a antinomia inclusão x exclusão que permeou, historicamente, ás pessoas com limitações físicas.

REFERÊNCIAS

AACD - Associação de Assistência a Criança Deficiente. **Medicina e Reabilitação.** Princípios e Práticas. Brasília ed Artes Médicas, 2007.

ABESS - Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social. **Proposta Básica para o Projeto de Formação Profissional.** Serviço Social e Sociedade, n°50, Ano XVII. São Paulo: Cortez, 1996.

BRASIL. M.T.E. Ministério do Trabalho e Emprego**. Inclusão de Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho**. 2° ed. Brasília, 2007.

CONFFITO. **Legislação:** Conselho Regional de Fisioterapia Ocupacional. 3°Ed. Porto Alegre: 2004.

CRRF – Centro Regional de Reabilitação Física. **Histórico do Centro Regional de Reabilitação Física.** Giruá/RS: 2007.

FEBRABAN. Federação Brasileira de Bancos. **A Ação de Recursos Humanos e a Inclusão de Pessoas com Deficiência.** 2006. Disponível em: <http://www.FEBRABAN.org.br/Arquivo/Cartilha/Publicacao_Inclusao.asp>. Acessado em 24/05/2010. ás 20h 40min.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. 1° ed. São Caetano do Sul: Yendis ed, 2007.

GABRILLI, Mara. **Manual da Convivência da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida.** 2° ed. São Paulo: s.d, s.n.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4°ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social.** 7° ed. São Paulo: Cortez, 2009

GOIN, Mariléia. **Educação Inclusiva:** uma proposta de universalização do direito a educação às pessoas com necessidades educacionais especiais na rede regular de ensino. Santa Rosa/, 2006.

GUYTON, Artur. **Fisiologia Humana.** 6°ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HSJ – Hospital São José. **Histórico do Hospital São José.** Giruá, 2003.

KALOUSTIAN. Silvio Monoug. **Família Brasileira a Base de Tudo**. 5°ed. São Paulo: cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2002.

MACHADO. Wiliam César Alves, **Reabilitação.** Um desafio para pessoas, famílias e sociedade. Rio de Janeiro: ed. Fernandes, 2003.

MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS. Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa.** 7°ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

MINISTERIO DA SAUDE. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. 2ºed. Brasília/DF: ed MS, 2006.

POLIT. D.F; BECKER,C.T;HUNGLER, B.P. **Fundamentos.de Pesquisas em Enfermagem**: Métodos, Avaliação e Utilização. ed.5° Porto Alegre: Artmed, 2004.(et.al).

RIBAS, João. **Preconceito Contra Pessoas Com Deficiência**: as relações que travamos com o mundo. São Paulo: Cortez, 2007.

RICHARDSON. José Ricardo, **Pesquisa Social Métodos e Técnicas.** Colaboradores. José Augusto de Souza Perez(et.al.) São Paulo. Atlas, 1999.

ROCHA, Eucenir Fredini. **Reabilitação de Pessoas com Deficiência:** a intervenção em Discussão. São Paulo: ed Roca, 2006.

RODRIGUES, Francisco Carlos Pinto; ANTUNES, Dayane de Almeida. **Deficiência Física e Motora:** o papel da enfermagem. Santo Ângelo: URI, 2009.

SILVA, Otto Marques da. **A Epopéia Ignorada.** A pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje. São Paulo: Editora CEDAS, 1986.

SILVA. Solange dos Santos. **O Processo de Materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social no Trabalho do Assistente Social.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Serviço Social as PUC RS. Porto Alegre: 2010.

SILVA e SILVA, Maria Ozanira da. **Formação Profissional do Assistente Social:** Inserção na Realidade Social e na Dinâmica da Profissão**.** 2° ed. São Paulo: Cortez, 1995.

TÜRCK, Maria da Graça Mauer Gomes. **Rede Interna Rede Social**: O Desafio Permanente na Teia das Relações Sociais. 2°ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.

PORTO ALEGRE Política Nacional p.20IN:Coletâneas de Leis.Porto Alegre:CRESS,2005.

ANEXOS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, na condição de entrevistado, autorizo a utilização da pesquisa realizada no dia _____, junto ao Centro Regional de Reabilitação Física – CRRF, no município de Giruá/RS, somente com o intuito de ostentação didática, que dará suporte ao trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social das Faculdades Integradas Machado de Assis – FEMA, da acadêmica Terezinha de Almeida. .

Por concordar em agir de acordo com todo o aparato legal que sustenta a ética, preservando a identidade pessoal e profissional do entrevistado, estabelecendo que ao se utilizar das entrevistas a acadêmica reserve o nome do entrevistado, citando apenas a profissão, este termo segue abaixo assinado por mim e pela acadêmica.

Giruá , _____.

_____ **Entrevistado**

_____ **Acadêmica**

Fema
Fundação Educacional
Machado de Assis

Serviço Social
Faculdades Integradas Machado de Assis
Credenciada pela Portaria Ministerial Nº 833 de 27/04/2001 - D.O.U. 30/04/2001
Mantida pela Fundação Educacional Machado de Assis

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente instrumento, eu _____, declaro para os devidos fins, que disponho-me a realizar a entrevista proposta pela acadêmica, assim como colaborar com quaisquer informações necessárias, para a realização da pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso da acadêmica Terezinha Almeida.

Estando de acordo, abaixo assino.

_____
Entrevistado (a)

Giruá, _____ de _____ de 2010.

Fema
Fundação Educacional
Machado de Assis

Serviço Social
Faculdades Integradas Machado de Assis
Credenciada pela Portaria Ministerial Nº 833 de 27/04/2001 - D.O.U. 30/04/2001
Mantida pela Fundação Educacional Machado de Assis

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1° Qual a reação do familiar em sua opinião quando souberam da sua limitação?

2° Quais as mudanças ocorridas no âmbito familiar a partir deste momento?

3° Como você se sente sendo dependente de sua família? E o que mais te incomoda nesta dependência?

4°Qual a sua percepção acerca de sua aceitação pela família?

5° Qual o significado da reabilitação em sua vida?

TERMO DE DECLARAÇÃO