

Considerações sobre o processo de Reabilitação

Considerations about the process of Rehabilitation

Livia Borgneth¹

RESUMO

Este artigo propõe uma reflexão sobre o conceito do processo de reabilitação que tem por meta final a inclusão social da pessoa portadora de deficiência e a característica de dependência deste tipo de ação ao trabalho em equipe. Defende para reabilitação a atuação em equipe multiprofissional com metodologia interdisciplinar, considerando as vantagens inerentes deste tipo de organização de trabalho para incluir a pessoa portadora de deficiência na sociedade. Entende que toda equipe necessita de coordenação e ressalta a importância do papel do coordenador de equipe e a necessidade de capacitar médicos com a formação adequada para esta função. Discute as funções da equipe de reabilitação, incluindo a realização do diagnóstico funcional e a facilitação da adaptação do paciente e sua família à nova realidade, com a compreensão de suas limitações e potencialidades.

PALAVRAS CHAVE

Reabilitação, equipe interdisciplinar de saúde, incapacidade

ABSTRACT

This article proposes a reflection about the concept of rehabilitation that has as an endpoint the social inclusion of the disabled person, and the characteristic of dependency on team work to reach these results. The work in a multiprofessional team and an interdisciplinary approach are fortified, considering the inherent advantages of such work organization to include these patients in the society. It is understood that any team needs a coordination and the role of team coordinator is reinforced, so that the training of physicians with these skills is a real need. Also, a discussion about the functions of each team member, including the functional diagnosis, the facilitation adaptation of the patient and his family to a new reality, with the realization of their needs and possibilities.

KEY WORDS

Rehabilitation, patient care team, disability

¹ Médica Fisiatra do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do IASERJ

Encaminhado em Julho de 2004, aceito em Agosto de 2004

Endereço:

Rua Barão do Flamengo 22/603, Rio de Janeiro, Cep 22220-080

Tel: 21-2856894, Fax: 21-5572618

E-mail: climfir@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Nos anos 80 no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Central do IASERJ, sob a chefia do fisiatra, Dr. Gilberto Ribeiro, eram promovidas reuniões sistemáticas, com a participação de todos os funcionários. O objetivo dessas reuniões era a construção de um pensamento homogêneo em torno do objetivo comum a todos os participantes, ou seja, o processo de Reabilitação do paciente a nós encaminhado, e, por conseguinte a própria razão da existência do nosso Serviço. A conscientização da importância de cada um dos funcionários neste processo, além do fortalecimento da atuação em equipe interdisciplinar, gerava uma melhoria na qualidade do trabalho, que era centralizado nas necessidades dos pacientes fluindo, inclusive, nas decisões técnico administrativas. A Chefia do Serviço se apoiava no programa de gerência participativa¹, que hoje muito lembra os programas de Qualidade Total, adotado em muitas empresas do primeiro mundo. Destas reuniões surgiu o conceito de Reabilitação, que resume com muita propriedade o pensamento, que a nosso ver deva ser adotado por todos aqueles que pretendem trabalhar nesta área.

Reabilitação é a prática de conceitos científicos voltada para o desenvolvimento da funcionalidade do indivíduo, visando sua inclusão social.

O desenvolvimento tecnológico está salvando cada vez mais vidas, crescendo assim também, o número de pessoas portadoras de algum tipo de deficiência². Cria-se assim a responsabilidade de se investir também na qualidade dessas vidas que foram salvas, para que este próprio desenvolvimento seja justificado.

O desenvolvimento científico vem validando práticas reabilitadoras que antes se apoiavam no empirismo e na experiência pessoal³. O conceito de neuroplasticidade⁴ veio sedimentar atitudes terapêuticas anteriormente baseadas somente na eficácia de resultados. Conseqüentemente, este conhecimento ampliou a responsabilidade dos profissionais de saúde no atendimento, principalmente das crianças, visto não haver como negar as vantagens de que uma intervenção adequada e precoce muda favoravelmente o prognóstico funcional⁵. A partir do momento em que se sabe que a plasticidade é uma qualidade intrínseca do sistema nervoso que nos acompanha por toda a vida, vemos que se pode estar interferindo no sistema nervoso ao longo de toda nossa vida. Inúmeros estudos sinalizam o quanto o sistema nervoso se modifica a partir da influência ambiental ao longo de toda a vida, na presença e na ausência de lesão está sempre ocorrendo reorganização dos processos neuronais. Precisamos repensar a idéia de ineligibilidade do paciente e de alta após um período de tempo pré-determinado de atendimento, considerando que se encerrou a possibilidade de ganho. Sabemos que é possível sempre oferecer uma possibilidade de melhora da qualidade de vida do paciente e sua família. A ineligibilidade e a alta estão relacionadas às necessidades das instituições e somente assim devemos compreendê-las. O ser humano não pode ser considerado inelégível, inelégível, é a instituição para dar conta das necessidades do

paciente, principalmente na fase crônica. A alta ideal e plena estará condicionada também ao julgamento do paciente ou de sua família, não devendo ser uma decisão arbitrária do profissional que presta o serviço, por isto esta alta deve ser previamente preparada. Fica claro que considerando as limitações de nossas instituições o tratamento deve ser interrompido a partir do ganho de algumas metas previamente estabelecidas, mas com o paciente orientado para estar sempre procurando uma melhora. Quanto mais a equipe de reabilitação buscar a independência física e psíquica do paciente, evitando atitudes paternalistas e infantilizantes, mais será facilitada a visão dos caminhos que conduzem à inclusão social e, conseqüentemente, a sua alta de um programa de tratamento. Precisamos discutir nos nossos serviços o perfil do atendimento que podemos oferecer⁷. O conhecimento do trabalho para o qual estamos capacitados e até onde podemos chegar deve estar claro para a equipe poder passar para o paciente e sua família a realidade a ser vivida no tratamento e assim estar facilitando o processo de alta.

Não é possível considerar como cinesioterapia, uma atividade terapêutica que não seja embasada nos conhecimentos da biomecânica, da cinesiologia e do desenvolvimento normal, no caso da criança. Quando um fisioterapeuta está atuando com uma criança portadora de um déficit motor, para um leigo pode, ou até deve, parecer que ela está brincando com a criança, mas é preciso saber que cada movimento de uma boa profissional tem uma finalidade e para executá-lo foi preciso estudo e técnica⁸. O atendimento cinesioterápico principalmente de lesões neurológicas exige individualidade, o terapeuta deve estar atuando como um modulador externo, gerando aferência de normalidade para o sistema nervoso central organizar uma eferência, ou seja, uma resposta o mais normal possível para o ganho funcional⁹. O atendimento em grupo não se presta a esta exigência. Muitos serviços, premidos por uma enorme demanda de pacientes, criam atendimentos em grupo, que se justifica no sentido de aumentar o número de pacientes na produtividade, gerar uma facilitação à socialização, reduzir ansiedade, promover saúde, mas não para aplicar cinesioterapia neurológica. Seria o mesmo que dividirmos uma quantidade de antibiótico que daria para o tratamento de uma criança, em cinco para atendermos mais crianças, ou dividir o esquema tríplice para triplicarmos o número de pacientes tuberculosos socorridos. Reabilitação faz parte da Área da Saúde, não é assistência social e, portanto, continuamos a ter responsabilidade quanto a terapias e técnicas de tratamento a serem empregados nos nossos pacientes, mesmo depois do encaminhamento. Se quisermos conquistar o respeito na área de saúde temos que mostrar que Reabilitação não é feita apoiada no bom senso e sim na ciência e na técnica.

O termo funcionalidade abriga uma grande quantidade de interpretações¹⁰. Podemos desenvolver a idéia de que toda a atividade funcional é aquela que encerra um objetivo, mesmo que seja espontânea ela deve ser dirigida para alguma finalidade que venha a facilitar a vida do indivíduo ou atender a um desejo. Um indivíduo com plena capacitação tem, atuando de forma harmônica, as capacidades *motora, sensorial, de linguagem, cognitiva,*

emocional e profissional. O processo patológico quebra esta harmonia. Devemos, como médicos e coordenadores de equipes de reabilitação, avaliar cada paciente, considerando primeiramente essas funções de forma global, para se ter uma visão do paciente como um todo e de forma contextualizada. A quebra da harmonia deste conjunto, pelo mecanismo patológico que torna o indivíduo portador de alguma deficiência é que nos obriga a recorrer a avaliações fragmentadas para melhor se visualizar o problema. Essas avaliações são realizadas pelos diversos profissionais da equipe, de acordo com a especificação do problema e a formação específica do terapeuta. Podemos compreender que o setor de fisioterapia dará uma atenção muito mais profunda e especializada à área motora do que à área de linguagem¹¹, que será alvo do setor de fonoaudiologia, tanto quanto o cognitivo e a relação com a escolaridade serão os focos da psicopedagogia e o desenvolvimento proprioceptivo e a independência para as atividades de vida diária serão da terapia ocupacional. As reuniões de equipe permitem que as avaliações setoriais se congreguem evitando a perda de uma visão holística que se deve ter do ser humano. Pode parecer estranho ou precipitado falar em avaliação profissional quando se trabalha com criança, mas temos que ter em mente a noção de que cada passo avançado no processo do desenvolvimento neuropsicomotor visa o aumento das chances desse futuro adulto no mercado de trabalho. Portanto a avaliação da funcionalidade do indivíduo portador de deficiência necessita do conhecimento de vários profissionais e só com a abordagem realizada por uma equipe de modelo interdisciplinar¹² poderemos conseguir tal objetivo valorizando o conhecimento das partes sem perder a noção do todo. Isto significa que Reabilitação só pode ser feita pela ação integrada de profissionais de diferentes formações que tenham em comum o fato de atuarem na área de saúde e terem como meta final a inclusão social do paciente. Trabalhar em equipe exige do profissional um perfil, que não sendo nato pode ser desenvolvido¹³. As reuniões de equipe sistemáticas podem servir como exercício para tal desenvolvimento. Criar a consciência de que o objetivo a ser conseguido para o paciente deve sobrepujar as demandas pessoais dos participantes, quer seja no sentido de firmar sua profissão ou a si próprio e que o paciente é da equipe e não de um setor só, são aprendizagens básicas. Toda equipe necessita de uma coordenação e no caso da Reabilitação, esta deve, a nosso ver, ser feita por um médico. O paciente que necessita de Reabilitação é portador de uma disfunção, e a formação em medicina, especificamente em fisioterapia, facilitará a compreensão do processo patológico em relação às possibilidades funcionais remanescentes agregando o valor do conhecimento da clínica específica do portador de deficiência. Precisamos, no entanto, estimular a formação adequada deste médico para esta finalidade, para gerenciar a Reabilitação este necessita de conhecimentos específicos em dinâmica de grupo e também de conhecimentos gerais sobre as atividades dos profissionais de sua equipe. O coordenador de equipe não tem que dominar as técnicas a serem aplicadas, isto faz parte da responsabilidade de cada profissional, mas é de sua responsabilidade promover a discussão com os dados oriundos das avaliações setoriais, garantir que cada membro entenda o que

o colega de equipe pensa sobre o paciente com a finalidade de organizar o diagnóstico funcional e a estratégia de abordagem dos problemas. O coordenador não é o chefe da equipe, chefia é uma atribuição administrativa. A chefia tem o atributo do mando, a atuação de coordenação não. Esta está implicada na organização do saber em torno de um objetivo, na economia de esforços, e na promoção da multiplicação dos talentos individuais, gerenciando conflitos, transformando competitividade em ação facilitadora da construção de um perfil para sua equipe e na busca do melhor plano de tratamento possível para cada paciente. Coordenar uma equipe de reabilitação pressupõe a convicção de que diferença não é desigualdade e anormalidade não é necessariamente patologia e se fundamenta no respeito a todos os profissionais da equipe.

O diagnóstico funcional, que implica numa visão de amplo contexto, só pode ser obtido através da abordagem interdisciplinar, pois precisam ser considerados todos os aspectos que envolvem as funções, motoras, sensoriais, de linguagem, cognitivas, psicossociais, pedagógicas, profissionais e no caso das crianças incluímos o desenvolvimento neuropsicomotor. A partir do conhecimento dos problemas principais de cada função alterada e das potencialidades restantes, se pode traçar uma tática de atuação. Poderíamos, de forma simplificada dizer que a técnica a ser utilizada é de domínio do profissional, mas de conhecimento de todos e a tática de abordagem de cada paciente é elaborada pela equipe.

Sempre o menor número de profissionais deve atender o paciente, evitando superposição terapêutica, tal como se deve evitar uso de medicações semelhantes, como por exemplo, dois tipos de antiinflamatórios ou o uso de ultra-som e ondas curtas para a mesma região corporal. Em reunião de equipe, a discussão de cada caso permite a organização do plano terapêutico a partir das prioridades do paciente. É natural, numa equipe madura, que um setor possa orientar o outro evitando assim um atendimento a mais, sem que haja perda para o paciente. Outro ponto, que às vezes gera conflito em equipes com baixa qualidade na troca de informações, é a questão da alta setorial. É claro que a sugestão de alta de um atendimento, na grande maioria das vezes surge do próprio setor de atendimento. Lembrando, porém, que o paciente é da equipe e que é impossível um profissional conhecer todas as variáveis envolvidas, o terapeuta deve submeter sua sugestão aos seus parceiros no atendimento do paciente, para que se forme um consenso sobre esta tomada de decisão.

O conceito de equipe multiprofissional atuando em modelo interdisciplinar é bastante interessante ao sugerir a possibilidade de interpenetração do conhecimento para suprir as necessidades do paciente. A atuação centralizada nesta premissa aplica-se na possibilidade que uma necessidade do paciente pode ser atendida por mais de um setor. Na reunião de equipe esta discussão deverá estar voltada para a seguinte tomada de decisão: qual dos setores poderá dar conta de um maior número de necessidades do paciente. Podemos exemplificar através do caso de uma criança com um atraso motor associado a uma suspeita de déficit cognitivo, em que se optou pelo atendimento em terapia ocupacional e não por fisioterapia, como seria de se esperar à primeira vista. No caso, foi

amplamente considerada a observação do setor de psicologia sobre a fragilidade emocional da criança e de sua família, e a vantagem de um atendimento mais lúdico com ênfase na estimulação proprioceptiva, com um só terapeuta orientando a mãe. Sendo que a equipe se conhecia e sabia que a formação da terapeuta ocupacional poderia ser suficiente para atender o problema motor, que parecia ser secundário à dificuldade cognitiva. Além do que por haver constantes reuniões de equipe, com a presença de todos os participantes, inclusive da fisioterapeuta, se a evolução esperada não ocorresse, poderíamos rever esta estratégia. Não trabalhamos em pronto socorro, temos tempo para rever nossas condutas, o importante é ter controle das linhas de trabalho pelas quais fizemos nossa opção.

O trabalho em equipe interdisciplinar exige uma postura madura do profissional que deve estar preparado para expor claramente suas idéias, ter a capacidade de absorver críticas e transformá-las em estímulo para seu crescimento pessoal, além de poder defender com tranquilidade e persistência suas convicções¹⁴.

A equipe ideal é utópica. O que temos na realidade é que buscar a construção de uma equipe saudável e atuante disposta a estar sempre construindo seu crescimento e a melhoria das relações entre seus participantes.

INTERDISCIPLINARIDADE

Permite a interpenetração do conhecimento
 Conscientização que o todo é maior que as partes
 Produção conjunta do conhecimento
 Recomposição do conhecimento fragmentado
 Compreensão do todo dimensiona a ação das partes
 O fortalecimento das partes beneficia o todo
 Exige boa estruturação das partes
 Precisa ser construída

A qualidade da inclusão social que o sujeito venha a obter está relacionada a sua maior ou menor independência tanto física quanto emocional, exige maturidade da equipe de reabilitação. A dependência nas atividades de vida diária pode até ser medida, mas a dependência psíquica nem tanto, porém ambas podem comprometer a adaptação do indivíduo no seu meio social. O fundamental apoio do setor de psicologia, principalmente com as famílias, facilita o trabalho de transformar vivências subjetivas em conteúdos comunicáveis e, portanto, melhor assimiláveis pela equipe e pelo próprio paciente¹⁵. Temos que poder lidar da forma o mais adequada possível com a singularidade de cada paciente. O conceito de sujeito portador de deficiência, substituindo a simples adjetivação de deficiente, a preferência pelos termos disfunção neuromotora ou Síndrome de Down, substituindo paralisia cerebral e mongolismo, são sem dúvida, contribuições para esta integração. Todavia, se essa alteração ficar restrita a uma simples troca de nomes, não cumpriu seu objetivo. A mudança necessária deve ser a da atitude dos profissionais no tratamento dos portadores de perdas funcionais, com uma visão individual e individualizada de cada paciente e sua família¹⁶. Em reabilitação, a nosso ver, o paciente

precisa ser contextualizado dentro do seu ambiente familiar e social, ou seja, nosso paciente trás consigo sua família. A falta desta compreensão pode se traduzir no fato de que orientações para casa, perfeitas do ponto de vista técnico, sejam completamente irrealizáveis por parte de quem as recebe.

Uma das funções de uma equipe de abordagem interdisciplinar é a elaboração do diagnóstico funcional, que o coordenador deverá passar para o paciente ou sua família, junto com a proposta de tratamento, de uma forma global. As especificações ficam a cargo dos setores que melhor explicarão seus conteúdos. Espera-se desta forma que tanto a equipe quanto o binômio paciente-família, estejam lidando com as mesmas perspectivas e preocupações e que haja uma adequada compreensão das possibilidades tanto da equipe quanto do reabilitando. Não nos parece possível, que indivíduos normais aceitem a deficiência ou filhos portadores de deficiência normalmente. A aceitação envolve vivências pessoais que fogem à capacidade de atuar da equipe. Devemos como reabilitadores trabalhar apoiados na imensa capacidade de adaptação do ser humano, o que torna a Reabilitação viável e possível. A aceitação, quando ocorre, só vem a facilitar o bom resultado, não podemos, no entanto estar atrelados a este acontecimento, embora tenhamos responsabilidade de estar sempre contribuindo para que isto ocorra. A energia da equipe deverá estar direcionada para o fortalecimento psíquico do indivíduo que terá que enfrentar e buscar ativamente um lugar na sociedade para sua inclusão¹⁷. O movimento tem que partir do próprio sujeito. Sem perder a perspectiva de que temos, como cidadãos, de lutar por uma sociedade menos preconceituosa e mais inclusiva, vemos nosso papel, como profissionais de saúde voltado prioritariamente para uma atuação direta, junto ao paciente. A ação que poderá modificar a sociedade deverá partir de um trabalho conjunto das áreas de saúde, bem estar social, esporte e educação, do empresariado e de organizações promotoras de justiça social¹⁸. Cumpre à equipe de reabilitação preparar o paciente para esta inclusão, facilitando o desenvolvimento desta inegável qualidade humana, compatível com seu grande córtex frontal, que é a imensa adaptabilidade, apoiando o luto do que se perdeu ou do que não se teve, promovendo o nascimento de uma nova atitude de vida, lutando contra limitações e valorizando possibilidades.

FUNÇÕES DA EQUIPE DE REABILITAÇÃO

Fazer o diagnóstico funcional
 Passar para o paciente/família o diagnóstico funcional
 Passar para o paciente/família o plano de tratamento
 Tratar e orientar para casa
 Auxiliar a vivência do luto
 Facilitar a adaptação à nova realidade
 Promover inclusão social

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Blake R, Mouton J. O Grid Gerencial. S. Paulo: Livraria Pioneira Editor; 1976.
2. Lopes S, Lopes J. Follow-up do Recém Nascido de Risco. 1ªed. Ed. Rio de Janeiro:

- MEDSI; 1999.
3. Lundy-Ekman L. Neurociência-Fundamentos para a Reabilitação. Rio de Janeiro: Ed.Guanabara-Koogan; 2000.
 4. Sobrinho JB. Neuroplasticidade e a recuperação da função após lesões cerebrais. Acta Fisiatr; 1995; 2 (3).
 5. Kidd G, Lawes N, Musa I Understanding Neuromuscular Plasticity. London: Hodder & Stoughton; 1992.
 6. Gross C, Zhuang X, Stark K, Ramboz S, Oosting R, Kirby L et al. Serotonin 1 A receptor acts during development to establish normal anxiety-like behaviour in the adult. Nature 2002; 416.
 7. Melo-Silva L, Dias TR. Um serviço de reabilitação profissional: reflexões sobre as atividades profissionais dos usuários e suas famílias. Revista Temas sobre o desenvolvimento. S. Paulo: Memnon Edições Científicas; 1999.
 8. Rota NT. Paralisia Cerebral, novas perspectivas terapêuticas. Jornal Pediatr 2002; 78.
 9. Kandel E, Schwartz J, Jessel TM. Principles of Neural Science. Connecticut: 3ª ed. Editora Appleto & Lange; 1991.
 10. Morin E, Le Moigne J. A Inteligência da Complexidade. 2ª ed. São Paulo; Editora Fundação Petrópolis Ltda; 2000
 11. Bishop D, Mogford, K. Desenvolvimento da Linguagem em Circunstâncias excepcionais. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda; 2002.
 12. Brinhosa MC. Interdisciplinaridade: possibilidades e equívocos. Acta fisiatr 1998; 5 (3): 164-9
 13. Moscovici F. Equipes dão certo. 4ªed. Rio de Janeiro: Editora José Olympio; 1998.
 14. Santomé J. Globalização e Interdisciplinaridade. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1998.
 15. Winnicott D W. Natureza Humana. Rio de Janeiro: Editora Imago; 1988.
 16. Halper R, Figueiras ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. Jornal Pediatr. 2004; 80 (suplemento2).
 17. Kohut H. Psicologia do self e a cultura humana. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; 1988.
 18. Velho G. Desvio e divergência: uma crítica a patologia social. 6ªed. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar; 1989.