

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA – ACM
FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA E EXTENSÃO – FAPEU
XVI CURSO DE MEDICINA DO TRABALHO

**A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E A INSERÇÃO DA PESSOA
COM DEFICIÊNCIA NO MERCADO DE TRABALHO.**

Florianópolis – SC, maio de 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA – ACM
FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA E EXTENSÃO – FAPEU
XVI CURSO DE MEDICINA DO TRABALHO

**A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E A INSERÇÃO DA PESSOA
COM DEFICIÊNCIA NO MERCADO DE TRABALHO.**

Coordenador: Prof. Dr. Sebastião Ivone Vieira
Orientador: Prof. Dr. João Carlos Caetano

Maurício Boeing da Silveira

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos funcionários do CRP – Fpolis, e de uma maneira especial a Íria e Maria Lourdes pela inestimável colaboração para a realização desta monografia.

Ao prof. Dr. João Carlos Caetano que muito contribuiu, com sua orientação e capacidade científica.

Aos meus pais Alcides e Maria Zilma, por muito terem contribuído para chegar onde estou.

À minha esposa Alissane, que sempre soube me dar o verdadeiro apoio.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	5
1. APRESENTAÇÃO	6
2. ABSTRACT	7
3. INTRODUÇÃO	8
4. DESENVOLVIMENTO	10
4.1 A Reabilitação integral	10
4.2 Os Diferentes níveis de atuação	12
4.3 Frentes de atuação junto ao mercado de trabalho	13
4.3.1 <i>Ações Internas</i>	13
4.3.2 <i>Ações Externas</i>	17
4.4 Atitude do empregador	18
4.5 Reabilitação profissional do INSS	19
4.6 Reabilitação baseada na comunidade – RBC e relações com o sistema público de saúde	21
4.6.1 <i>Aspectos relativos a custos:</i>	24
5. CONCLUSÃO	27
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

LISTA DE ABREVIATURAS

AT – Acidente de Trabalho

CRP – Centro de Reabilitação Profissional

CRP-Fpolis – Centro de Reabilitação Profissional de Florianópolis-SC

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguro Social

LER – Lesão por Esforços Repetitivos

PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PRP – Programa de Reabilitação Profissional

PSS – Posto do Seguro Social

SUS – Sistema Único de Saúde

1. APRESENTAÇÃO

Esta monografia trata através de levantamento bibliográfico sobre a reabilitação profissional e a inserção da pessoa com Deficiência no Mercado de trabalho, dando ênfase também ao novo conceito de Reabilitação baseada na comunidade (RBC), e suas relações com o sistema público de saúde. Esta monografia foi realizada para a obtenção do título de especialista em medicina do trabalho, através de convênio entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a Associação Catarinense de Medicina (ACM), e a Fundação de Apoio a Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU), realizado em Florianópolis – SC, no período de março/99 a maio/2000.

O objetivo da Reabilitação Profissional é a máxima valorização do indivíduo, através de um maior e mais adequado aproveitamento de seu potencial laborativo, avaliando o que lhe restou de capacidade residual e acima de tudo e tão mais importante, promover o ingresso e participação das pessoas deficientes no mercado de trabalho.

2. ABSTRACT

This monograph deals through of the bibliographic research about the professional rehabilitation and the insertion of the person with deficiency in work's market, givin emphasis also to a new concept of rehabilitation based on the community (RBC), and its relations with the health public system. This monograph was done for the acquisition of the title of specialist in work's medicine, through the covenant between UFSC, ACM and FAPEU, achieved in Florianópolis, SC, Brazil, between march /1999 and may / 2000.

The goal of the professional rehabilitation is the maximum vlorization of the person, through a improvement bigger and more appropriate of its work's potential, evaluating what remained of his residual capacity and above all and much more important, to promote the entrance and participation of the deficient's people in the work's market.

3. INTRODUÇÃO

A Organização Internacional do Trabalho (Convenção n.º 159 de 1º de junho de 1983) estabelece como finalidade da reabilitação profissional: "permitir que uma pessoa com deficiência obtenha e mantenha um emprego adequado e progrida no mesmo, promovendo-se assim a sua integração ou reintegração na sociedade".

A reabilitação profissional traz à tona a inserção da pessoa deficiente no mercado de trabalho, fazendo surgir a seguinte questão: de que forma devemos atuar para promover o ingresso e participação das pessoas deficientes no emprego?

A busca de uma resposta nos leva a dois alvos diferentes que estão intrinsecamente ligados: à pessoa que é portadora de uma deficiência e a sociedade em geral.

Reabilitação Profissional do INSS, segundo Lei 8213 de 29 de julho de 1991, é um processo global, cuja finalidade é desenvolver as capacidades residuais da pessoa portadora de deficiência, com vistas à reintegrá-la no trabalho, possibilitando seu retorno a comunidade como elemento ativo, capaz de desenvolver atividades que garantam sua subsistência.

Infelizmente no Brasil, não existe um suporte mais adequado da legislação que favoreça o encaixe da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho. As propostas de oficina abrigada, cooperativas, etc., estão ainda longe do nosso dia a dia. O trabalho conjunto com a comunidade aparece com pouca consistência e necessita ser incrementado. O trabalho multi-institucional é a saída para a Reabilitação Profissional no Brasil.

Portanto, as ações a serem desenvolvidas, tendo como objetivo a integração do deficiente na força de trabalho, envolvem a implantação de serviços de apoio e a promoção da pessoa deficiente e ações dirigidas à sociedade destinadas a eliminar barreiras sociais e físicas.

Em resumo: reabilitação profissional é reabilitação social, como bem nos diz o conceito de reabilitação, definido pela Organização Mundial de Saúde (1981), como sendo o desenvolvimento de "todas as medidas destinadas a reduzir os efeitos das afecções que geram incapacidades e deficiências e permitir à pessoa alcançar sua integração social, ou seja, participar ativamente em todas as instâncias da vida comunitária".

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 A Reabilitação integral

Saúde implica prevenção. Quando a prevenção fracassa, ocorre a necessidade do diagnóstico precoce da doença e, conseqüentemente, o tratamento para garantir o funcionamento normal do indivíduo e sua continuada participação na vida da comunidade.

Quando o diagnóstico precoce e o tratamento não ocorrem ou ocorrem de forma inadequada, em geral, surge a necessidade da reabilitação médica que vai lidar com o surgimento de um dano ou impedimento que é definido pela Organização Mundial de Saúde como "uma perda ou anormalidade das funções ou estruturas fisiológica, psicológica ou anatômica".

A ausência da reabilitação médica ou um atraso na oferta dos serviços poderão originar a ocorrência de uma deficiência, "redução ou ausência (resultante de um impedimento) da capacidade de desempenhar uma atividade da mesma forma ou dentro da margem considerada normal para o ser humano" (OMS, 1981). A reabilitação profissional lida com a deficiência ou com, por exemplo, a perda da capacidade de ver, de caminhar, de segurar etc.

A Organização Mundial de Saúde estima que 10% do total da população de um país são portadores de algum tipo de deficiência, e 4% portadores de deficiência física incapacitante. No Brasil, o número de portadores de algum tipo de deficiência física está em torno de 6.000.000 segundo o IBGE.

1991 – Deficientes Físicos SC	
Cegueira	3.311
Surdez	5.910
Hemiplegia	5.756
Paraplegia	5.788
Tetraplegia	1.786
Falta de membros ou parte deles	5.452
Mental	21.379
Mais de um	2.892
Nenhum ou sem deficiência	4.476.8
	95
Sem declaração	12.863

Fonte: DATASUS

Conforme dados estatísticos oficiais da Reabilitação Profissional do INSS no Brasil no ano de 1996, observou-se 32.908 inscritos, dos quais 22.404 elegíveis para PRP e destes, 17.749 reabilitados para retorno ao trabalho (79%). Em Santa Catarina, dos 2.120 inscritos, 1.564 foram elegíveis para PRP e destes, 1.076 foram reabilitados para retorno ao trabalho (69%).

O surgimento da deficiência traz consigo, além da necessidade da reabilitação profissional, a necessidade da reabilitação social que vai lidar com a incapacidade, ou seja, uma "situação desvantajosa para um dado indivíduo, que limita ou impede o desempenho de um papel que é considerado normal para este mesmo indivíduo (em função de sua idade, sexo e fatores sociais e culturais)". (OMS, 1981).

A provisão dos serviços de diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação médica, reabilitação profissional e reabilitação social previne a exclusão do indivíduo da participação ativa na comunidade, no pleno exercício de seus direitos de cidadania.

4.2 Os Diferentes níveis de atuação

A atuação junto à pessoa com deficiência implica a oferta de serviços diretos voltados para a formação profissional, reabilitação e capacitação profissional, educação básica e serviços de apoio.

Um segundo nível de atuação compreende a capacitação dos profissionais em reabilitação profissional, treinamento e reciclagem dos técnicos visando garantir a eficiência e eficácia dos serviços oferecidos.

O terceiro nível diz respeito aos centros de reabilitação profissional. A preparação dos dirigentes e administradores desses centros envolve basicamente os fundamentos e princípios da administração para levantamento de recursos financeiros e gerenciamento dos programas.

A atuação junto à sociedade permite a inserção da pessoa com deficiência nos serviços regulares de saúde e educação, esporte, lazer e trabalho, e a implantação de serviços especiais para aquelas pessoas que apresentam necessidades especiais em decorrência da deficiência.

O desenvolvimento de ações permanentes junto aos órgãos públicos e legisladores se faz necessário para garantir a atenção e proteção dos direitos das pessoas deficientes. Tendo em vista o ingresso no emprego, o mercado de trabalho torna-se o foco principal das ações junto à sociedade, em nossa perspectiva aqui dimensionada.

4.3 Frentes de atuação junto ao mercado de trabalho

Duas frentes de atuação devem ser abertas para o desenvolvimento das ações referentes ao mercado de trabalho: ações internas junto às empresas e ações externas junto à comunidade.

4.3.1 Ações Internas

As ações internas estão voltadas para quatro áreas da empresa: produção; recursos humanos; serviço social; serviço especializado de engenharia de segurança e medicina do trabalho.

A área de produção está diretamente ligada aos serviços de reabilitação profissional em diferentes aspectos:

- 1.colocação no emprego;
- 2.fornecimento de subcontratos para os centros de reabilitação profissional (terceirização);
- 3.assessoria aos supervisores (treinamento profissional e seguimento);
- 4.treinamento dos instrutores/monitores de oficinas nos centros de reabilitação profissional.

O desenvolvimento de projetos industriais, através de programas de terceirização, com o fornecimento de subcontratos aos centros de reabilitação profissional, traz recursos e meios efetivos para o treinamento profissional das pessoas deficientes.

A reabilitação profissional promove a descoberta do mundo do trabalho e a tomada de decisão em relação à vida profissional para cada pessoa envolvida no programa.

Descobrir o mundo do trabalho significa conhecer as opções profissionais, profissões e funções existentes; conhecer as normas que regem este mundo do trabalho e aprender a lidar com estas normas; desenvolver o comportamento profissional, hábitos e atitudes no trabalho.

As oficinas de produção e trabalho existentes nos centros de reabilitação profissional têm como objetivo, através da simulação do ambiente real de trabalho, proporcionar condições para aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de comportamentos que irão favorecer o ingresso no mercado de trabalho.

A capacitação profissional, através do desenvolvimento de habilidades e competências para o exercício de uma função, poderá ocorrer tanto nas oficinas de trabalho como no ambiente real de trabalho, no treinamento em serviço.

O subcontrato traz para o centro de reabilitação profissional a realidade do mercado de trabalho. Define os parâmetros de qualidade e produtividade que devem ser utilizados como critério para avaliação do nível de competitividade de cada pessoa envolvida no programa e como medida para determinar a elegibilidade para o emprego.

Os subcontratos proporcionam ainda uma grande diversificação de atividades que favorecem o desenvolvimento de habilidades básicas necessárias para o emprego.

Para as funções que são exercidas por mão-de-obra não qualificada, em sua maioria, não se exige treinamento anterior. Assim, o desenvolvimento de habilidades permite uma maior mobilidade horizontal no mercado de trabalho, considerando-se principalmente aqueles países de alto nível de desemprego e conseqüente restrição do mercado de trabalho.

O acompanhamento e o treinamento dos instrutores, realizados pelos supervisores dos subcontratos e funcionários das empresas, permitem um relacionamento próximo com pessoas envolvidas no programa.

É freqüente na realidade dos centros de reabilitação profissional o encaminhamento de pessoas para empregos nas mesmas empresas que fornecem os subcontratos, que também passam a gerar abertura de vagas para a colocação dos treinados.

Uma última e não menos importante vantagem dos subcontratos é a geração de recursos financeiros para manutenção das oficinas de produção e o pagamento de uma remuneração para o treinando.

Essa remuneração tem por objetivo desenvolver a motivação para crescimento e progresso no treinamento profissional, permitir a visualização dos ganhos a partir do ingresso no mercado de trabalho e favorecer a participação das pessoas deficientes no programa.

A atuação junto ao Setor de Recursos Humanos da empresa envolve, prioritariamente, assessoria no processo de seleção de pessoas com deficiência e sua contratação dentro dos parâmetros regulares da mesma.

A informação, esclarecimento e orientação sobre as deficiências em geral facilitam a promoção da contratação dessas pessoas no quadro de funcionários. A eliminação de barreiras físicas e adaptações do ambiente, que muitas vezes são vistas como empecilhos para a contratação de pessoas com deficiência, com um alto custo imaginário, são aspectos importantes a serem considerados e discutidos durante o processo de contratação do empregado.

Um terceiro aspecto a ser discutido junto à equipe de recursos humanos é a mudança de função daqueles empregados que adquirem uma deficiência provocada por

acidentes no trabalho. Esta mudança deve obedecer a alguns critérios, entre os quais a manutenção do nível profissional do empregado.

O rebaixamento de função traz consigo sérias dificuldades para a empresa e para o empregado, principalmente no aspecto pessoal, que vai refletir diretamente na produtividade e na qualidade do trabalho.

Uma atitude de aceitação e compreensão da deficiência e das doenças é um processo desenvolvido a partir do Setor de Serviço Social através dos programas de conscientização e sensibilização desenvolvidos junto aos empregadores e empregados.

O atendimento precoce e a prevenção de deficiências entre filhos de funcionários depende do fornecimento de informações sobre serviços da comunidade e da orientação dos profissionais do Serviço Social.

Os serviços especializados de engenharia de segurança e medicina do trabalho são um alvo importante na atuação junto à empresa, desenvolvendo um processo educacional e de conscientização sobre as deficiências, na prevenção de acidentes do trabalho.

As ações desenvolvidas em conjunto com as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS) e Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPATS) na educação dos empregados, visando ao desenvolvimento de atitudes positivas com relação à segurança no trabalho, são de fundamental importância na diminuição e prevenção dos acidentes que, no Brasil, conforme os dados do Instituto Nacional de Seguridade Social do Ministério da Previdência (INSS), apresenta um número de vinte e cinco mil pessoas que adquirem algum tipo de dano permanente por ano. Estes dados apresentados revelam que aproximadamente duas mil pessoas se tornam deficientes a cada mês no país.

4.3.2 Ações Externas

Paralelamente às ações internamente desenvolvidas junto à empresa privada, ações externas devem ser implementadas para garantir o ingresso efetivo de pessoas deficientes no mercado de trabalho. Ações junto ao Poder Público, para garantir uma legislação adequada de proteção ao trabalhador e uma política de prevenção de deficiências nos planos nacional, estadual e municipal, são indispensáveis em um programa de promoção de emprego para pessoas deficientes.

A reserva de vagas para portadores de deficiência no serviço público e privado tem gerado amplas discussões favoráveis ou desfavoráveis. A discriminação e a marginalização de trabalhadores deficientes levam à afirmação: tratar desigualmente os desiguais.

As pessoas deficientes, por apresentarem necessidades especiais, exigem serviços e legislação especiais para compensar a desvantagem sofrida em função da deficiência. Os incentivos para as empresas que contratam pessoas deficientes em seus quadros têm como objetivo favorecer a implantação de adaptações e modificações no ambiente que venham a favorecer as condições de trabalho para essas pessoas.

Cabe aos órgãos governamentais competentes a fiscalização do cumprimento dessa legislação. Contratos e ações permanentes junto aos programas institucionais de formação de mão-de-obra devem ser desenvolvidos para garantir o ingresso de pessoas deficientes nos cursos e programas da comunidade.

Sua admissão nesses programas poderá exigir uma revisão dos critérios já existentes, sem considerar o rebaixamento destes critérios, mas uma adequação dos mesmos às especificidades das deficiências.

As confederações das indústrias e os sindicatos têm papel preponderante em todas as ações destinadas a promover a integração das pessoas deficientes na força de trabalho. Deve-se salientar aqui a equiparação dos salários dos funcionários que são

portadores de uma deficiência com os daqueles não-deficientes quando desempenhando a mesma função, num mesmo local, com qualidade e produtividade iguais.

Em 1980, pesquisa realizada na cidade de Bauru, para verificar a atitude do empregador com relação à contratação de pessoas deficientes, mostra algumas justificativas para não empregar essas pessoas:

1. pessoas com deficiência produzem menos;
2. pessoas com deficiência apresentam maior índice de absenteísmo;
3. pessoas com deficiência criam uma imagem negativa para a empresa;
4. risco de contágio;
5. risco de acidentes no trabalho, gerando altos custos;
6. alto custo para adaptações do local de trabalho e
7. as pessoas não-deficientes devem ter prioridade para o emprego.

Paralelamente a estas justificativas, foram apresentados os fatores importantes para os empregadores quando considerada a contratação de empregados em geral: competência, segurança, custos e imagem da empresa.

4.4 Atitude do empregador

Nos últimos dezenove anos decorridos após esta pesquisa, muitas mudanças ocorreram no mercado de trabalho. O ingresso de pessoas deficientes nesse mercado tornou-se o melhor instrumento de conscientização para empregadores.

Eles passaram a conviver lado a lado com trabalhadores deficientes, gerando uma mudança de atitude através de um modelo real e concreto de competência, segurança, produtividade e qualidade apresentadas por essas pessoas quando lhes é dada a mesma oportunidade que é oferecida àquelas pessoas não portadoras de deficiência.

Os obstáculos para emprego, enfrentados dia a dia pelas pessoas que vivenciam a marginalização pela deficiência, são representados pelos seguintes problemas:

- utilização de transportes;
- falta de preparação adequada tanto no nível educacional quanto profissional;
- falta de serviços especializados de educação e saúde;
- falta de apoio governamental no que diz respeito aos recursos financeiros e barreiras sociais causadas pelo desconhecimento das deficiências e doenças por parte da população em geral, gerando preconceitos e discriminação.

Igualdade de oportunidades é a reivindicação das pessoas com deficiência, através da abertura do mercado de trabalho, da aquisição de um emprego e da integração na vida da comunidade, que se resume no pleno exercício do direito de cidadania.

Para a empresa, a garantia do livre acesso ao trabalho, direito explícito na Declaração Universal dos Direitos Humanos, representa o amplo cumprimento de sua função social.

4.5 Reabilitação profissional do INSS

Anteriormente, o processo era desenvolvido por equipe multiprofissional, a partir da consolidação das lesões, através de 4 fases sucessivas, a saber:

1. Avaliação de capacidade laborativa residual – Consiste no processo de análise global das limitações; perdas funcionais e aquelas funções que se mantiveram conservadas; habilidades e aptidões; potencial para aprendizagem; experiências profissionais e situação empregatícia; nível de escolaridade; faixa etária e mercado de trabalho de origem, com vistas à definição da capacidade real de trabalho dos beneficiários.

2. Orientação e acompanhamento da programação profissional – Consiste no processo de condução do reabilitando à escolha consciente esclarecida da atividade a exercer no mercado de trabalho, mediante a conjugação de 3 elementos básicos: o conhecimento de sua capacidade laborativa, dos requisitos necessários ao exercício das profissões e das oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho, bem como o planejamento da sua profissionalização.

3. Articulação com a comunidade para Reingresso no Mercado de Trabalho – Consiste no conjunto de ações dirigidas ao levantamento de tendências e oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho, preferencialmente na localidade domicílio do reabilitado com vistas ao seu reingresso.

4. Acompanhamento e Pesquisa de Fixação no Mercado de Trabalho – Consiste no conjunto de ações para constatar o ajustamento do reabilitado ao trabalho, a efetivação do processo reabilitatório e a obtenção de dados que realimentem o sistema gerencial, visando a melhora do serviço.

A preparação profissional é realizada, utilizando-se os recursos disponíveis na comunidade (cursos e estágios), fator que amplia consideravelmente as possibilidades de readaptação, adequando-se às tendências do mercado de trabalho.

O programa de reabilitação profissional conta com recursos humanos diferenciados nas áreas: médica, social, psicológica e profissional, e recursos materiais ofertados sob forma de auxílios, segundo a necessidade específica do reabilitando:

próteses, órteses, instrumentos de trabalho, documentação para o trabalho, mensalidade do curso, transporte e alimentação.

Portanto, a metodologia desenvolvida, se caracteriza por um benefício prestado em forma de serviço, com o objetivo de promover o retorno ao mercado de trabalho, dos segurados, que em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou causa, se encontram impossibilitados parcial ou totalmente para desenvolver as atividades no posto de trabalho de origem.

Desta forma, a idéia inicial(décadas de 60 e 70) de grandes Unidades Executivas auto-suficientes – Centro de Reabilitação Profissional – vem sendo substituída pela implantação de pequenas unidades: Núcleos e Equipes de Reabilitação Profissional com a colaboração e parcerias de empresas, escolas, órgãos e instituições públicas e privadas, o que tem resultado na ampliação da capacidade de atendimento, melhor adequação dos programas às exigências da evolução tecnológica do mercado de trabalho e conseqüentemente o crescimento do reingresso à vida laborativa.

4.6 Reabilitação baseada na comunidade – RBC e relações com o sistema público de saúde

A RBC é uma proposta de atenção em reabilitação difundida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde fins da década de 70, que pretende ampliar a cobertura envolvendo a atenção primária de saúde (CARDENAL, 1990).

Foi concebida em contraposição ao modelo de organização de serviços de reabilitação predominante, no qual as atividades realizam-se em unidades específicas, os chamados Centros de Reabilitação, localizados nas cidades e nas regiões centrais de grandes cidades. Esses serviços especializados, tanto do ponto de vista dos recursos humanos, quanto dos procedimentos e recursos materiais e tecnológicos requeridos,

organizados em geral para atender a patologias específicas, são de alto custo e de difícil acesso para muitas pessoas com deficiências. Funcionam sem coordenação entre si e sem relação com outros programas de saúde e setores, como Educação e Promoção Social. Portanto, é um modelo que resulta em baixa cobertura (estima-se que, na América Latina, somente 2% das pessoas com necessidades de reabilitação são assistidas) e em desigualdade, pois poucos têm acesso. Por outro lado, pelas características do modelo, são enfatizados os aspectos clínicos da deficiência, em detrimento de ações voltadas para a integração social das pessoas com deficiências (AMATE).

Na origem da RBC, aponta-se o movimento social que, nos países centrais (anos 60 e 70), se opôs aos serviços asilares (de internação de pessoas com deficiências e doentes mentais), enfatizando a integração das pessoas com deficiências na comunidade, prioritariamente à criação de serviços especiais. Portanto, a RBC teria a função de combater a segregação e o internamento e, ao mesmo tempo, promover a ampliação da cobertura da assistência (MOMM e KONIG).

A OMS concebeu a RBC como uma estratégia, ao lado da prevenção das deficiências e da própria reabilitação institucional (OPS, 1993).

Assim, a RBC:

- ocorre na própria comunidade onde residem pessoas com deficiências, portanto numa área geográfica delimitada;
- baseia-se nas necessidades das pessoas com deficiências e na busca da solução de seus problemas e não na aplicação de tecnologias específicas;
- utiliza recursos locais (pessoal e material);
- opera como um elemento incorporado à programação local de saúde e dentro da sua estrutura, portanto integrado a um sistema de referência e contra-referência no sistema de saúde;

- integra-se a outros programas de desenvolvimento da comunidade e a outros setores sociais.

- pode, na área geográfica delimitada:

- solucionar problemas reais da população com deficiência;

- mobilizar todos os segmentos de uma comunidade;

- contribuir para a qualidade de vida da pessoa com deficiência, sua família e da comunidade.

Há aspectos controversos nas propostas de RBC que conduzem a diferentes abordagens (MOMM e KONIG, 1989), que podem ser sintetizadas em duas vertentes:

1.A RBC seria inteiramente não institucional, ou seja, os membros da família e da comunidade teriam a tarefa de executar funções de reabilitação, como exercícios terapêuticos, e produzir dispositivos auxiliares (tecnologia assistiva - equipamentos de ajuda). Nesta vertente, propõe-se a simplificação acentuada das tecnologias de reabilitação e supõe-se que a comunidade dispõe de recursos e meios para realizar a reabilitação, de pessoas interessadas e competentes, que querem mudar suas atitudes negativas em relação à deficiência e que se dispõem a atuar voluntariamente.

2.A RBC é um programa complementar que necessita de instituições de referência e suporte técnico, contando com serviços especializados para encaminhar quem necessite. Aqui, seria preciso dispor de uma infra-estrutura para implantação de um programa de RBC, com possibilidades de acesso a serviços de saúde, de reabilitação e outros serviços sociais, além de meios de transporte para os mesmos e, preferencialmente, programas comunitários para a promoção da integração.

4.6.1 Aspectos relativos a custos:

Ainda que o modelo de organização de serviços tradicional, que tem os Centros de Reabilitação como serviços principais, seja considerado de alto custo, quando a implantação de um programa de RBC enfoca prioritariamente a economia de recursos, pressupõe que esta se daria pela transferência de responsabilidades para as famílias e outros membros da comunidade. A controvérsia é se o "consumidor" (a pessoa com deficiência e sua família) está preparado e disposto a assumir este custo.

A simplificação tecnológica e o aproveitamento de recursos humanos da própria comunidade ou da rede de saúde (atenção primária) como medida de economia também traz controvérsias no que se refere à qualidade da atenção prestada, à necessidade de uma rede de apoio técnico e de supervisão, à sobrecarga de agentes de saúde que comumente já acumulam diversas atividades e à idéia de que as ações dirigidas à integração social, por não serem clinicamente complexas, não requerem conhecimento tecnológico, podendo ser, com facilidade, realizadas por pessoal leigo. Outro aspecto é o referente a simplificação dos equipamentos de tecnologia assistiva, que por vezes alcança extremos não compatíveis com os recursos tecnológicos disponíveis na sociedade e que poderiam ser disponibilizados de diferentes maneiras, como através da reivindicação de direitos. (No Brasil, por exemplo, as pessoas com deficiências têm o direito de acesso a equipamentos de tecnologia assistiva, que deve ser concedida pelo Sistema Único de Saúde - SUS).

No Brasil, a RBC é recomendada pelo Ministério da Saúde e pela CORDE (do Ministério da Justiça) como sendo um elemento do sistema de saúde (BRASIL, 1991; BRASIL, 1995). No setor público, assim como no setor não-governamental, são poucas as experiências brasileiras registradas.

Do nosso ponto de vista, a responsabilização do setor público da saúde na assistência às pessoas com deficiências é de fundamental importância e somente assim há possibilidades de ampliar a cobertura e de fato realizar ações localizadas (em território delimitado) integradas a outros setores governamentais e não-governamentais visando a

melhoria da qualidade de vida e a inserção social. É condição para que isto aconteça que a reabilitação seja compreendida e defendida como uma responsabilidade do sistema público de saúde, que haja repasse de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (do Ministério da Saúde) para municípios que pretendam implantar ações de reabilitação de diferentes complexidades tecnológicas nos diferentes níveis do sistema, desde as Unidades Básicas de Saúde até serviços especializados.

A RBC é compatível com a rede básica de serviços de saúde, ou seja, deve ser desenvolvida a partir das Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde), que se constituem em local privilegiado para a promoção da integração social, já que situam-se próximas às moradias das pessoas com deficiências, se interrelacionam com os diferentes recursos institucionais presentes na localidade, como as escolas e pré-escolas, as creches, as instituições voltadas ao lazer e à cultura, os programas voltados ao desenvolvimento das comunidade, os vários segmentos sociais ali representados, sejam agentes institucionais, lideranças comunitárias ou moradores da área.

Além disso, as Unidades Básicas de Saúde compõem (ou devem compor) um sistema de referência e contra-referência com outras unidades de saúde, para onde podem ser encaminhadas pessoas que necessitem de uma atenção clínica especializada.

Ainda que esta estrutura de Unidades Básicas já seja existente em todo país, vários são os fatores que dificultam que se tornem acessíveis às pessoas com deficiências e que nelas sejam desenvolvidas ações de reabilitação. Uma das razões encontra-se no modelo de desenvolvimento adotado no Brasil que não prioriza o setor social, gerando o desmonte dos serviços públicos, particularmente da área social, possibilitando espaço para a tendência privatizante em alguns segmentos políticos, o que na cidade de São Paulo, para dar um exemplo, se traduz no PAS, onde os interesses comerciais sobrepõem-se aos interesses e necessidades da população.

Cabe ressaltar que outro aspecto importante que tem dificultado a ampliação da participação do setor público no atendimento às pessoas com deficiências, assim como a descentralização das ações de reabilitação para diferentes níveis do sistema de saúde, é a

presença de interesses corporativos e econômicos no campo da reabilitação, que se esforçam para garantir o monopólio do conhecimento tecnológico e do repasse de recursos do setor público, assim como do setor privado (seguros de saúde), para pequenos grupos pertencentes à rede de serviços já existente na esfera privada e filantrópica e, certamente para setores ligados à produção e à comercialização de equipamentos e insumos para terapias.

Neste quadro, a RBC, mesmo com todas as controvérsias que podemos levantar a seu respeito, algumas das quais apontamos aqui, lança desafios ao propor o deslocamento do objeto da reabilitação do corpo para o território.

É necessário, pois, acumular experiências e fomentar o debate acerca de suas possibilidades.

5. CONCLUSÃO

A maior parte das pessoas portadoras de deficiências continua sem atendimento adequado e muitas delas não recebem nenhum atendimento, são marginalizados juntamente com suas famílias.

Os Centros de Reabilitação, localizados nas cidades e nas regiões centrais de grandes cidades, tanto do ponto de vista dos recursos humanos, quanto dos procedimentos e recursos materiais e tecnológicos requeridos, organizados em geral para atender a patologias específicas, são de alto custo e de difícil acesso para muitas pessoas com deficiências. Funcionam sem coordenação entre si e sem relação com outros programas de saúde e setores, como Educação e Promoção Social. Portanto, é um modelo que resulta em baixa cobertura, com apenas 2 % das pessoas com necessidades de reabilitação assistidas na América Latina; em desigualdades, pois poucos tem acesso.

O atendimento à pessoa com deficiência deve então ser:

- Global, no sentido de dar respostas a todas as dimensões e necessidades fundamentais da pessoa;

- Personalizado, através de um programa individual de reabilitação;

• Humanizado no sentido de tratar a pessoa portadora de deficiência como ser humano que precisa de estima, comunicação e relacionamento e de carinho.

Todos os profissionais que trabalham na área da reabilitação devem:

- Aprender a trabalhar em equipe com melhor qualidade e eficácia;

• Saber relacionar-se com a pessoa portadora de deficiência, sobretudo como pessoa e não somente como técnicos da reabilitação;

• Usar e valorizar as tecnologias inovadoras sem esquecer que estas devem procurar o bem estar psicofísico da pessoa.

Os responsáveis pelas políticas e instituições públicas necessitam:

- Elaborar projetos individualizados de atendimento;

• Elaborar programas preventivos de saúde sobretudo ao nível de ambiente popular, lembrando que a melhor prevenção e investimento econômico é a educação.

Em relação a inclusão e integração das pessoas portadoras de deficiências no trabalho, na cultura e em geral na sociedade evidencia-se que:

- A integração destas pessoas não é somente um direito delas, mas também, um direito das suas famílias e de suas comunidades; de fato, a plena integração é o mínimo que uma sociedade civilizada pode oferecer a elas;

- A integração é hoje uma necessidade para toda a sociedade, no sentido de que não podemos atender a estas pessoas sem integrá-las no contexto social e nos programas das políticas públicas;

- A integração seja realizada de modo adequado, constante e gradual; valorizando todos os recursos humanos da comunidade; envolvendo em um único processo sinérgico todas as entidades responsáveis pelo bem-estar bio-psíquico da pessoa com deficiência, isto é: família, escola, empresa, órgãos não governamentais, instituições educativas reabilitadas públicas e privadas, órgãos do governo; buscando uma maior sensibilidade da sociedade através dos meios de comunicação.

As instituições e os órgãos do governo devem:

- Elaborar e divulgar uma nova mentalidade social (cultura) da pessoa deficiente e da deficiência mais adequada à dignidade e direitos da pessoa como ser humano que possui potencialidades de desenvolvimento e um projeto de vida;

- Difundir uma cultura social que assume e valorize as diferenças;

- Realizar um processo contextualizado de intervenção;

- Envolver muito mais as famílias e as tornem protagonistas da integração;

- Criar espaços de acolhida e linhas preferenciais de integração;
- Tornar consciência da grande importância em unir-se para a promoção de eventos culturais (seminários, congressos, etc.);
- Aplicar as normas internacionais relativas aos direitos destas pessoas ao atendimento global, à integração e inclusão no trabalho, na sociedade.

Devemos esperar portanto:

- Que seja favorecido o acesso ao trabalho;
- Que para o atendimento global e a integração sejam promulgados regulamentos aplicativos das leis já existentes;
- Que no programa econômico-financeiro anual do estado e da federação, sejam previstos e colocados a disposição recursos para o atendimento e a integração.

Em relação formação dos profissionais, devemos renovar a consciência de que o desenvolvimento bio-psíquico global da pessoa com deficiência e a sua integração dependem muito da competência humana e científica dos profissionais.

Neta época de intenso intercâmbio cultural, de novas descobertas científicas e crescentes aprofundamentos nas ciências psicopedagógicas e sociológicas, é necessário proporcionar aos profissionais a possibilidade de uma boa formação e de uma contínua atualização.

Aos responsáveis pelas políticas públicas devem ser solicitados:

- Um maior investimento na pesquisa e na formação dos profissionais, seja humana ou técnica, favorecendo a sua formação contínua;

- Que se preocupem em formar não só os técnicos (terapeutas da reabilitação) mas também, em formar com cursos estruturados de maneira específica, os que devem seguir a vida e as exigências quotidianas (biológicas, sociais, relacionais, de lazer, etc.), como por exemplo, os educadores sociais.

Sobre a inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho faz-se a seguinte pergunta: Empregar deficiente compensa?

De fato, empregar deficientes compensa. Esta é uma realidade de hoje no mundo empresarial. Apesar de serem poucos os padrões que dão oportunidades laborais a cidadãos com deficiência ou incapacidade, aqueles que o fazem são unânimes. Empregar deficientes tem muitas mais vantagens do que dos subsídios aos quais aos quais empresas tem direito.

Dadas as dificuldades do mercado de trabalho, acrescidas para o caso de pessoas deficientes, aqueles que têm uma oportunidade não querem desiludir o seu empregador: são os primeiros a disponibilizarem-se para trabalhar aos sábados ou gerir picos de trabalho. As empresas, além de melhorarem a produtividade, ganham o respeito dos clientes e a admiração dos funcionários, o absentismo é quase inexistente e o sentimento de orgulho e fidelidade à organização reina perante todos os colaboradores.

Ernani Gonçalves, gerente da Silvex, certa vez afirmou que “a recompensa pode ir muito além do consolo moral de se praticar um ato socialmente útil...Não é por filantropia ou miserabilismo que emprego deficientes. É por pura vantagem competitiva”. Este testemunho comprova a real importância e necessidade de se dar o verdadeiro valor aos portadores de algum tipo de deficiência, não por caridade, mas por buscar o incremento de seus negócios e a maximização de seus lucros.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Justiça. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - **Câmara Técnica sobre RBC - resultados de sistematização**. CORDE, Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. **Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços**. Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, 1993.

Campos, Iria Moreira. Reabilitação Profissional no INSS. **Trabalho apresentado no XIV Congresso Brasileiro de Medicina Física e Reabilitação**. Ouro Preto, 22/09/95.

CARDENAL, F. Rehabilitación en el seno de la comunidad. Resúmenes de documentos que marcan la evolución de las ideas. **In: Alternativas institucionales en rehabilitación. Real patronato de Prevención y de Atención a personas con minusvalía**, Espanha, 1990. (Documentos 23).

CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL, **Plano de Modernização da Reabilitação Profissional**. Florianópolis, 13/12/1996.

Decreto 2.172, de março/97.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO n 131, de 11/07/97 – Seção 3.

FONSECA, Alexandre Guerreiro. **Jornal Brasileiro de Medicina**. Janeiro/Fevereiro de 1998 – Vol.74, n ½.

INSS – **Memorando Circular / SRP/20.700.22/039/97** – Seção de Reabilitação Profissional do INSS, de julho/ 97.

KOTTKE, Frederic J., **Tratado de Medicina Física Reabilitação de Krusen**. Editora Manole, volumes I e II, 4ª edição, 1994.

LEI 8.213, de julho/91.

LIANZA, Sérgio. **Medicina de Reabilitação**. Editora Guanabara Koogan, 2ª edição, 1995.

PEREIRA, Maria Angélica Shlickermann. **Trabalho de conclusão do Curso de Serviço Social**. Florianópolis, 1995.

VIEIRA, Sebastião Ivone e outros. **Medicina Básica do Trabalho**, Editora Gênese, Volume II, Curitiba, 2ª edição, 1996.

MOMM, W. & KONIG, A. La Rehabilitación en America Latina. Bol. Of. Sanit. Panam. 104(2), 1988.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Desarrollo e fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: los servicios de rehabilitación**. Washington DC, 1993.

THOMAS, M. & THOMAS, M.J. **Controverses on some conceptual issues in community based rehabilitation**. Asia Pacific Journal, 9(1), 1998.