



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

De Martini, André

Reabilitação, ética e técnica

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 4, abril, 2011, pp. 2263-2269

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018472025>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Reabilitação, ética e técnica

Rehabilitation, ethics and technique

André De Martini ¹

Abstract This paper initially includes the presentation of some ideas on the deficiency and the process of rehabilitation, whereby the latter is defined in its "condition" as a process. A few differences in relation to the idea of a program in the strict sense (defined as a fixed set of previously defined procedures or techniques) will be detected, as well as some ethical implications in the social, health or educational fields for professionals working with the disabled. Thus, the handling of the technique and the use of institutional measures will be discussed in this context, inasmuch as they are related to subjective and educational processes inherent to rehabilitation work. In so doing we hope to contribute to a better understanding of the role pertaining to these professionals.

Key words Disabled persons, Rehabilitation, Interdisciplinary research, Professional ethics

Resumo Este artigo comprehende inicialmente a apresentação de algumas ideias acerca da deficiência e do processo de reabilitação, definindo este último em sua "condição" de processo. Observaremos algumas diferenças em relação à ideia de um programa em sentido estrito (definido como um conjunto fixo de procedimentos ou técnicas previamente dados) e também algumas implicações éticas para o profissional social, de saúde ou de educação que trabalhe com deficientes. Assim, serão discutidos o manejo da técnica e o uso dos dispositivos institucionais nesse contexto, na medida em que se relacionam com processos de subjetivação e aprendizagem presentes num trabalho de reabilitação. Com isto, espera-se poder contribuir para melhor compreensão do papel que cabe a esses profissionais.

Palavras-chave Pessoas portadoras de deficiência, Reabilitação, Pesquisa interdisciplinar, Ética profissional

¹ Instituto de Psicologia,
Universidade de São Paulo.
Av. Prof. Mello Moraes
1721. Cidade Universitária.
05508-030 São Paulo SP.
martini.de@gmail.com

Introdução

Em primeiro lugar, cabe dizer algo sobre o contexto que originou este trabalho, resultado de muitas reflexões e discussões com colegas ao longo dos últimos sete anos nas seguintes instituições: Fundação Dorina Nowill para Cegos, Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) e Centro de Apoio Pedagógico Especializado de São Paulo (Cape-SP). Este texto é resultado de uma construção conjunta entre colegas – ao longo dos anos fomos laboriosamente experimentando modelos, discutindo posições e testando hipóteses e formas de trabalho até chegarmos a um conceito de reabilitação bastante específico, que apresentarei adiante. Sem desconsiderar a discussão com autores e temas correntes na questão da reabilitação – que certamente contaram como um importante elemento ao longo do trabalho da equipe –, não farei aqui uma formalização dessa discussão, limitando-me por ora a apresentar e formalizar o resultado deste trabalho interdisciplinar.

A experiência que nos servirá de base nessa discussão é a do trabalho com deficientes visuais num contexto conhecido como “reabilitação integral”, que segundo definição da Ulac¹ é caracterizada pela atuação de profissionais de diversas áreas em trabalho conjunto – neste caso, uma equipe interdisciplinar. Ulac é a sigla para Unión Latinoamericana de Ciegos, organização internacional sem fins lucrativos criada em 1985, que reúne organizações para cegos de 19 países latino-americanos. Em seu manual técnico, encontramos a seguinte definição para “reabilitação integral”: ***Esta modalidad [no contexto de uma “rehabilitación institucionalizada”] deberá reunir todas las características recomendadas, para entregar un real “proceso de rehabilitación integral”, puesto que se efectúa en instalaciones adecuadas para ello, con personal capacitado, con los materiales y el equipo específico, con recursos pensados o adaptados para una labor tan particular como ésta.***

Talvez nem todos estejam a par da interessante discussão acerca das diferentes formas de se compreender um trabalho em equipe, em diferentes paradigmas, nomenclaturas e implicações teóricas e práticas; mas, por fugir aos nossos objetivos, deixemos isso de lado. Basta termos em mente que, em maior ou menor grau, os profissionais de diferentes áreas e especialidades têm de travar algum tipo de parceria em torno do trabalho de reabilitação, sem a qual seriam apenas um amontoado esquizoide de atividades isoladas.

O objetivo neste trabalho será o de discutir de que maneiras ética e técnica estão presentes em um processo de reabilitação, definindo-as nesse contexto. Ainda que tenha partido de uma situação específica de reabilitação – a de deficientes visuais –, as reflexões aqui presentes dizem respeito à situação da reabilitação em seu sentido mais amplo, em que alguém procura um serviço, uma instituição ou profissionais para restabelecer aquilo que em sua vida ficou prejudicado ou debilitado por uma situação de deficiência.

A equipe interdisciplinar

Considerando-se a noção de uma reabilitação “integral”, não existe um profissional único que seja suficiente para as necessidades da reabilitação da pessoa – há aspectos implicados em diferentes níveis: educacional, de saúde (orgânica e psíquica), emocional, ocupacional, socioeconômico etc., o que exige o trabalho de mais de um campo profissional. Assim, na reabilitação tomada como um tipo de trabalho interdisciplinar, sempre haverá uma diversidade de técnicas e condutas em diálogo – e em maior ou menor grau, cada profissional terá que se haver com os trabalhos realizados por colegas de outras áreas.

Essa peculiar situação remete à necessidade de se pensar uma conduta minimamente coerente entre os profissionais, e que, afinal, diz respeito a coisas que não se esgotam numa discussão estritamente técnica – há situações sociais, questões de ordem familiar ou econômica, escolhas, direcionamentos e condutas que são mais bem compreendidas no campo da ética, esta tomada como uma radical condição humana, que nos posiciona ante o outro e nos impede de sermos indiferentes a sua presença, seus apelos, “suas necessidades”. Voltaremos a isso posteriormente. De fato, e é o que se pretende defender aqui, não há possibilidade de planejar exclusivamente aspectos técnicos num trabalho de reabilitação – o resultado será sempre insuficiente, para dizer o mínimo. Pensar abertamente o contexto de relações, valores, implicações, dependências e afetações entre pacientes e equipe profissional ou instituição é o que servirá de fundamento ou direcionamento para um trabalho assim.

Quais profissionais e quais especialidades fazem parte da reabilitação são questões que devem ser respondidas no âmbito específico de cada deficiência. Um fisioterapeuta, por exemplo, que trabalhe com deficientes visuais terá uma atuação completamente diferente daquela de um

colega que trabalhe com paraplégicos; em outra situação, talvez a presença do fisioterapeuta seja mesmo dispensável. Temos, portanto, que a reabilitação tomará formas muito variadas conforme as situações; os profissionais envolvidos e a maneira como pode se dar o trabalho dependerão das necessidades em pauta, dos recursos disponíveis e assim por diante.

Contudo, guardadas as devidas diferenças do trabalho de reabilitação característico para cada tipo de deficiência, penso que podemos delinear pilares comuns a todo trabalho de reabilitação, no que diz respeito à atuação do profissional dentro da temática da deficiência. Deveremos nos ater a uma ideia mais ampla da reabilitação, considerando essa sua maleabilidade diante de necessidades e situações bastante peculiares. De um modo geral e sintético, podemos definir a reabilitação como um trabalho com aspectos educacionais, sociais e terapêuticos em que uma pessoa que sofre algum tipo de deficiência procura restabelecer ou criar recursos para retomar as atividades de sua vida da melhor forma possível.

Obviamente, limitações são inevitáveis, mas raramente pode-se dizer que há, logo de início, uma justa compreensão desses limites. Tanto a família quanto a própria pessoa que sofre a deficiência têm a princípio muita dificuldade de delinear precisamente essas limitações, ou, melhor dizendo, de saber exatamente aquilo que essa pessoa tem condições ou não de fazer. Este ponto é crucial para a compreensão do panorama da reabilitação, e pode ser didaticamente desdoblado em duas situações: a deficiência já fazendo parte da vida da pessoa desde muito cedo (nos casos de nascença, por exemplo), ou então surgiendo depois na vida da pessoa (por doença, acidente etc.). Vejamos, em linhas gerais, alguns tipos de reações e consequências comuns diante da situação de deficiência.

A pessoa que busca o atendimento de reabilitação

Aqueles que adquirem a deficiência tardivamente na vida

Há aqueles que, após viverem “normalmente” por um período de sua vida, têm de se haver com uma deficiência (ou seu agravamento), geralmente inesperada e certamente nunca bem-vinda. Isto representa uma mudança radical nas representações que a pessoa tem de si própria, nas suas relações com amigos e parentes, no tra-

balho ou nos estudos, nas expectativas e planos para o futuro, na relação com o próprio corpo e com o dos outros – enfim, em sua vida em seus muitos aspectos. Certamente, não será surpresa para o leitor imaginar que uma pessoa nessa situação inicialmente encontra-se num estado de atordoamento e desorganização muito grandes; junta-se a isso o fato de que, assim como a maioria da população, aquela pessoa possivelmente pouco saberá a respeito da deficiência, além de alguns estereótipos. Também continuará carregando ideias, atitudes e outras disposições suas: não é por adquirir uma deficiência que alguém magicamente se verá livre de todos os preconceitos a respeito dela.

É claro que as pessoas e os meios em que vivem são singulares, e cada um irá reagir conforme suas possibilidades; muitas vezes, por exemplo, familiares ou amigos próximos só perceberão nessa reação o resultado final de uma “batalha” que parece já vir decidida – a pessoa parecerá ter já resolvido tudo muito rapidamente, os sofrimentos e conflitos só muito superficialmente estarão presentes e tenderão a ser minimizados em sua gravidade. Trata-se, nesse caso, de uma situação em que o sofrimento causado pelo acometimento da deficiência é evitado por um “escudo” de ideias e afetos rapidamente erigidos para esse fim.

A desvantagem nesse estado de coisas é que, invariavelmente, a pessoa é impedida de perceber de maneira mais sóbria no que consistem essas limitações, sofrimentos ou conflitos, pois uma parte importante de sua experiência teve de ser “jogada para baixo do tapete”. Novos horizontes não poderão ser adotados, pois nessas circunstâncias ela permanecerá aferrada àqueles perdidos, secretamente mantidos em seu interior. O que se observa então é que as diferenças impostas pela deficiência tenderão a ser negadas num discurso que, com todas as forças e a qualquer custo, procura aproximar a deficiência da normalidade. Este tipo de reação, por parecer mais “humanitário”, muito comumente é atuado por instituições que lidam com a deficiência. Sem perceberem, reforçam um olhar preconceituoso que furta à pessoa com deficiência a possibilidade de lidar de modo franco com as limitações.

De modo inverso, para outros essas diferenças passam a ser reforçadas num outro discurso que torna a deficiência uma bandeira de guerra contra um mundo no qual a pessoa permanentemente sente-se ofendida. Apesar de aparentemente muito distintas, essas reações são igualmente tentativas de obturar rapidamente os conflitos e an-

gústia gerados a partir da deficiência. E para ambos os casos, se tudo vai bem, a reabilitação pode vir a ser um processo em que a pessoa é obrigada a abandonar essa primeira defesa ou organização que foi possível, para poder elaborar melhor e mais detidamente uma situação geralmente dolorosa mas de grande importância na sua vida.

Há ainda um outro grupo de pessoas que aparentemente não possuem dificuldade de venciar os sofrimentos e angústias implicados nesse momento inicial, mas que revelam então um outro tipo de entrave. Nesses casos, a questão passa a ser o que fazer com tudo isso, e como evitar ficar preso indefinidamente numa lamentação que, por outras vias, também é uma forma de se manter aferrado aos horizontes perdidos. Lembro-me de uma paciente que, em sua primeira entrevista, chegou à minha sala completamente desolada. Tinha um choro triste e sentido – quase como o de uma criança inconsolável, apesar de seus mais de sessenta anos –, no meio do qual contou-me toda a sua situação de perda e desespero diante do fato de que não poderia nunca mais enxergar. Já no fim da sessão, ocorreu-me perguntar quando exatamente tinha perdido a visão. Com muita naturalidade – e para meu completo desconcerto –, respondeu-me que havia oito anos. Até então, minha vívida impressão era a de que se tratava de uma perda de no máximo alguns meses.

Nesse tipo de situação melancólica, a aflição pelo que foi perdido e uma certa autodepreciação passam a ocupar toda a atenção e o interesse da pessoa, num impasse que protela indefinidamente a possibilidade de fazer novos investimentos, interessar-se por novas coisas. Ainda que não muito frequentes, esses casos mostram-se os de mais difícil resolução na reabilitação. Essa dificuldade clínica foi já há muito tempo apontada por Freud (1917) em seu trabalho *Luto e melancolia*².

Aqueles que adquirem a deficiência cedo na vida, ou desde a nascença

Outro tipo de situação diz respeito àqueles que já possuem a deficiência desde muito cedo – nesse caso, o impacto da perda parece, a princípio, vir diluído ao longo de toda a vida. É comum uma ideia entre as pessoas que adquirem a deficiência tardiamente que aqueles que já a possuíam de nascença têm mais facilidade, já estão habituados, ou pelo menos não sofrem tanto. Talvez isso

seja verdadeiro para aqueles que tiveram a oportunidade de explorar já desde cedo suas possibilidades e limites, tanto pelo apoio dos pais quanto por auxílio profissional. Mas para muitos isso não acontece – a descoberta da deficiência pelos pais e o impacto que isso representa constituem o início de uma série de eventos que resultam para a pessoa num fechamento e desconhecimento de suas possibilidades ante a deficiência. De fato, apenas recentemente as pessoas começaram a abandonar a ideia de que a pessoa com deficiência deve ficar resguardada em casa, ou abrigada permanentemente numa instituição.

Os primeiros anos de vida da criança constituem um período crucial para o desenvolvimento de recursos que se farão presentes ao longo de toda a vida, o que mais tarde compreendemos como seus aspectos motores, fisiológicos, afetivos ou psíquicos, e que estão implicados diretamente nas relações³ que a pessoa tem com o espaço físico, com seu próprio corpo e o dos outros (sua imagem corporal), com seus interesses, habilidades e assim por diante. A deficiência na tenra infância pode prejudicar muito desse desenvolvimento, principalmente quando uma situação de medo e desconhecimento resulta em ambientes seja de “superproteção”, seja de depreciação – ambos os casos acabam por coibir o desejo da criança de explorar seu próprio corpo e o mundo. O resultado, muitas vezes, será um adulto excessivamente dependente e passivo diante das coisas, e com pouca possibilidade de discernir entre as limitações inevitáveis à sua deficiência daquelas resultantes de sua história. Para esses casos, o processo de reabilitação implicará criar – muitas vezes pela primeira vez – recursos para que a pessoa possa assumir de forma mais autônoma aquilo de que tem necessidade e desejo de fazer. Nesses termos, não é difícil entender a ideia de que é preciso vencer uma certa “inércia” que se criou ao longo de toda uma vida. te novas es para aquela pessoa. que possivelmente assim estiveram por toda ficuldaades oriundas exclusivamente da defiTrata-se de uma mudança de vida tão radical e impactante quanto para aquela pessoa que adquire a deficiência subitamente – da mesma forma, representa uma mudança profunda nas representações que a pessoa tem de si própria, nas suas relações com amigos e parentes etc. Certamente será um processo de reabilitação muito distinto daquele da pessoa que adquire a deficiência já adulta, mas não podemos dizer que será mais fácil por isso.

Ética e condutas técnicas

Acredito que agora temos mais elementos para pensar um pouco a respeito do lugar do profissional social, de saúde ou de educação junto ao trabalho de reabilitação. Com o que vimos até aqui, podemos concluir que um dos traços característicos da reabilitação, tanto no caso de quem adquire a deficiência depois como no caso de quem já nasce com ela (ou a adquire muito cedo), consistirá no trabalho lento e contínuo que leva, passo a passo, ao melhor discernimento das próprias limitações e possibilidades.

Para que a retomada de um projeto de vida possa acontecer, para que as limitações impostas pela deficiência não impeçam a utilização e a criação de outros recursos, as defesas muito maníacas – que negam ou recusam a percepção da diferença, ou ainda que exacerbaram a diferença num “posto avançado de batalha” permanentemente ameaçado – e as defesas muito depressivas – que mantêm a diferença num nível de depreciação e “congelamento” com pouca possibilidade de transformação – têm de ser amenizadas ou eventualmente abandonadas. Para algumas pessoas, pode ser que grande parte desse trabalho ocorra por conta de seus próprios recursos, que elas conseguem, aos poucos, reorganizar sua vida e retomar os aspectos prejudicados pela deficiência sem precisar do atendimento de um profissional. Mas para a grande maioria, o que acontece na prática é que, em maior ou menor grau, sempre há a atuação de profissionais da área social, de saúde ou educação, no trabalho que é chamado de reabilitação. São profissionais que atuam dentro desta ou daquela área específica, com o objetivo de auxiliar a pessoa nesse processo – trata-se do pedagogo, do médico, do fisioterapeuta, do enfermeiro, do psicólogo, do terapeuta ocupacional, do assistente social etc.

Dentro de cada uma de suas especialidades, verifica-se que esses profissionais possuem conhecimentos úteis para a situação da reabilitação, mas um fato significativo se impõe aqui: “nenhum deles possui, de antemão ou de um modo já dado, o que exatamente será necessário para esta ou aquela pessoa, ou por quanto tempo”. É importante frisar: não se trata de uma ausência absoluta de limites em relação ao tempo do processo, mas sim do reconhecimento de que cada caso possui um tempo próprio. E, num âmbito maior, o mesmo vale para saber quais áreas de atendimento serão realmente necessárias ou não. Assim, da mesma forma que a pessoa com deficiência vive, a princípio, uma situação

de desconhecimento em relação a suas próprias condições de limitação, o mesmo se passa com o profissional: ele tem de descobrir, junto àquela pessoa, quais são as necessidades e os recursos relevantes em cada caso.

Nesse momento, nos aproximamos mais da compreensão dessa característica da reabilitação, de ela ser um “processo”: a totalidade dos conhecimentos técnicos dos diversos profissionais que trabalham com a reabilitação deve seguir de perto esse complexo encadeamento de eventos e condições do sujeito e de seu meio. Por todo o percurso que vai do início da situação com a deficiência até o momento em que muita coisa já aconteceu e a pessoa pode então fazer uso de novas – e renovadas – perspectivas em sua vida, o trabalho profissional de reabilitação consiste em fazer caber para cada pessoa, dentro de suas necessidades específicas, aquilo que pode oferecer em termos das técnicas ou das metodologias em cada área de atuação.

Efetivamente, verifica-se que a reabilitação pode assumir feitios muito distintos para cada um, abranger expectativas e desejos muito diferentes, aquisições e resultados que não são sempre os mesmos para todos. É por isso que a ideia de um conteúdo programático muito rígido e já direcionado, de aquisições e metas universais que devem ser atingidas igualmente por todos, no mesmo tempo e ritmo – em outras palavras, uma reabilitação que seja um “programa”, no sentido mais forte do termo –, pouco pode fazer pelas pessoas que encontram-se nesse momento de elaboração e reestruturação muito grandes em suas vidas. Além do mais, senão por tudo o que vimos até aqui, devemos lembrar que a reabilitação implica para a pessoa com deficiência a (re)apropriação da “autonomia”, na medida do possível, ante seus desejos e possibilidades, de modo que a “direção” do trabalho não deve ser dada por outro senão a própria pessoa, com o auxílio e na companhia do profissional que a atende. O atendimento em reabilitação caracteriza-se como um processo tão somente na medida em que é contraparte de outro processo – o de organização, elaboração e aprendizado ao qual está sujeita a pessoa com deficiência.

Podemos observar que o “lugar” do profissional, tal qual venho descrevendo até aqui, exige uma atenção especial às condições, necessidades e desejos da pessoa que é atendida, de modo que a técnica não pode ser um procedimento fechado em si – antes, ela encontra seu direcionamento mesmo nessa atenção ao contato com o outro. Trata-se de uma “abertura”, uma postura ou um

posicionamento que exige do profissional considerar seu paciente ou aluno como “sujeito”, mesmo que esta condição pareça obliterada por uma série de prejuízos e dificuldades desdobradas a partir da deficiência. Este é um ponto capital, cuja importância merece toda a nossa atenção – é apenas com este olhar que o profissional pode realmente fazer um bom uso da técnica, de seus conhecimentos ou dos dispositivos institucionais que tem a seu alcance. A possibilidade de se colocar diante da fragilidade do outro sem se impor numa relação de poder é fundamental para que essa condição de sujeito possa desenrolar-se ao longo do processo de reabilitação. Contudo, uma situação de imposição pode sutilmente insinuar-se na relação com o profissional ou mesmo com a instituição, a partir do momento em que estes detêm algo de muita importância para aquela pessoa que os procura, ao mesmo tempo que se configura uma relação de aprovação, aceitação, avaliação, mensuração, submissão etc., na qual se põe em jogo aquilo que ela pode obter. Trata-se, para que não se caia nesse tipo de abuso, de considerar a “ética” como precondição de um bom uso da “técnica”⁴. Isto posto, cabe agora esclarecer o que vem a ser ética no sentido utilizado aqui.

A ética pode ser compreendida por muitos ângulos, seja como um conjunto de normas ou prescrições morais, seja como um conjunto de valores, controle e ordenação das relações entre indivíduos, um tema filosófico e assim por diante. A palavra “ética” vem do vocábulo grego *ethos* que para os antigos significava a “morada” dos homens. A ética, nesses termos, constitui minha morada, postura ou posicionamento a partir do qual posso me relacionar com aquele que vem de “fora”, com aquilo que aponta para a alteridade, para um outro⁵. O bom trabalho de reabilitação exige uma ética de abertura para o outro; é preciso que haja comunicações com “o lado de fora” de minha morada, “janelas” e “portas” (utilizome aqui da bela metáfora criada por Luís Claudio Figueiredo⁶), com as quais encontros podem acontecer. Se não há aberturas, a morada fecha-se numa “torre” sem comunicação com o que vem de fora – o outro passa a ser apenas aquilo que não sou; as proximidades e semelhanças são solapadas. Se a abertura não tem limites, minha morada carecerá de “paredes e telhados”, tudo torna-se um grande espaço sem contornos onde já não posso reconhecer quaisquer diferenças – o outro perde sua própria identidade e autonomia em relação a mim.

Na totalidade de seus sentidos, além de ser “expressão” da morada da subjetividade, a ética é aquilo mesmo que a “constitui”. E é na vicissitude das relações entre a pessoa com deficiência, profissionais e instituições que os aspectos éticos podem e devem ser levados em consideração. Isso porque as relações terapêuticas, assistenciais ou de aprendizagem estão a todo instante em contato com um processo de elaboração e reconstrução subjetivos da pessoa que ultrapassa a questão meramente técnica ou mais imediata dos objetivos de cada atividade profissional. E esta é uma tarefa que não se restringe ao trabalho psicológico na equipe, apesar de este se deter mais especificamente sobre a questão da subjetividade: temos de considerar que cada atividade engendrará relações muito específicas, fazendo surgir dimensões éticas que não poderiam acontecer em outra situação.

Na esteira de cada atividade que a reabilitação pode oferecer, encontraremos diferentes possibilidades de vínculos e relações com cada profissional e com a instituição, e para cada uma delas podemos traçar importantes elementos que remetem à constituição e expressão de subjetividades. Para a pessoa com deficiência, trata-se de um momento muito intenso de readaptação e reorganização da vida – em maior ou menor grau, isto necessariamente exigirá de cada um dos profissionais envolvidos que tenham de considerar tais questões. De fato, são elas que permitem a melhor definição dos objetivos de trabalho, em cada área específica. Seja na atuação mais imediata de cada profissional, seja no âmbito maior da organização de um serviço institucional, ignorar ou desconsiderar esses aspectos pode ter consequências muito negativas para o resultado de um trabalho tão delicado e peculiar como é o da reabilitação.

Assim, é nesse quadro maior, constituído e expresso pela ética, que os aspectos técnicos ou institucionais encontrarão ancoragem e direcionamento. Mas, ao mesmo tempo, não podemos nos deixar seduzir pela ideia de que a técnica e o trabalho profissional só têm valor secundário ou reduzido: é justamente no contato dia a dia com as diferentes perspectivas e os recursos profissionais oferecidos pelas áreas de atendimento que podemos perceber a existência de todas as nuances éticas de que falamos há pouco, dentro de um processo de reabilitação. Bem colocados, os aspectos técnicos e as relações com os profissionais nos atendimentos constituem o meio em que as elaborações e transformações podem acontecer.

Conclusão

Para finalizar, retomemos brevemente as ideias anteriormente apresentadas:

(1) Vimos que a deficiência implica um processo complexo e trabalhoso no qual a pessoa que procura atendimento em reabilitação se vê obrigada a lidar com questões e conflitos acerca de muitos aspectos de sua vida, desde a irreparável mudança em seu corpo até a maneira como socialmente a questão é tratada.

(2) A reabilitação apresenta-se como o conjunto de atividades pedagógicas, sociais e terapêuticas que têm por objetivo auxiliar a pessoa a resgatar ou criar recursos de modo a recuperar-se da melhor forma possível do impacto causado pela deficiência.

(3) Trata-se de um “processo” na medida em que “espelha” o percurso singular ou ritmo possível para cada pessoa; isto exige da atuação profissional e da técnica uma certa “elasticidade”⁷, ao passo que ideias excessivamente prontas pouco podem ajudar nesses casos.

(4) A técnica e os dispositivos institucionais encontram seu direcionamento e aplicação adequados quando se leva em consideração que a pessoa, os profissionais e a instituição desenvolvem vínculos, que existe uma condição de fragilidade em que as pessoas normalmente se encontram, que a assimetria inevitável de poder entre usuário/paciente e instituição/profissional deve ser constantemente monitorada para evitar relações perversas e reproduções veladas de estereótipos e preconceitos. A isso podemos chamar de um enfoque ético no eixo do planejamento técnico de um trabalho de reabilitação.

Referências

1. Unión Latinoamericana de Ciegos (Ulac). *Manual técnico de servicios de rehabilitación integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina*. Montevideu: s.l.; 2000.
2. Freud S. *Luto e melancolia ([1915] 1917). Obras completas*. Standard Edition Brasileira, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
3. Ogden T. *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.
4. Coelho Jr. NE, Figueiredo LCM. *Ética e técnica em psicanálise*. São Paulo: Escuta; 2000.
5. Lévinas E. *Totalidade e infinito*. Portugal: Edições 70; 1988.
6. Figueiredo LCM. Ética, saúde e as práticas alternativas. In: Figueiredo LCM. *Revisitando as psicologias da epistemologia à ética nas práticas e discursos*. São Paulo: Educ; Petrópolis: Vozes; 1999. p. 41-73.
7. Ferenczi S. *Elasticidade da técnica psicanalítica ([1927]1928). Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes; 1992.