

A Relevância das Redes de Apoio Social no Processo de Reabilitação

The Importance of Social Support Networks to Rehabilitation Process

KÁTIA SUELY QUEIROZ SILVA RIBEIRO¹

RESUMO

Objetivo: a rede social pessoal é constituída por pessoas que convivem com o sujeito em sua realidade cotidiana e que são acessíveis ao contato, tendo importância fundamental na vida das pessoas com deficiência física. Nos serviços de atenção básica é usual uma aproximação dos profissionais de saúde com as redes de apoio social, o que também se destaca na atuação da Fisioterapia neste espaço. Este estudo propõe-se a analisar a integração com as redes de apoio social visando potencializar as ações da Fisioterapia na atenção básica. *Material e Métodos:* desenvolveu-se uma pesquisa-ação, que constou de um mapeamento das redes sociais das pessoas com deficiência através de entrevistas do tipo semi-estruturada, seguido de ativação/mobilização das redes sociais, através de reuniões e contatos pessoais. *Resultados:* evidenciou-se a diferença existente entre as redes sociais das pessoas com deficiência e a erosão que ocorre nessa rede, impondo-lhes graus variados de isolamento e dificultando o processo de reabilitação. Constatou-se que a articulação entre profissionais e redes de apoio possibilita uma reabilitação mais realística, com uma abordagem mais integral e mais comprometida com processos geradores de autonomia. *Conclusão:* registra-se o aprendizado acerca dos limites de atuação dos profissionais e da complementaridade que as ações de apoio da rede social podem dar ao processo de reabilitação e a atuação da Fisioterapia na atenção básica.

DESCRITORES

Apoio social. Reabilitação. Atenção primária à saúde. Fisioterapia.

SUMMARY

Objective: the personal social network is build by people who live with the subject in their daily reality and those who are available to contact. This network has an outstanding importance in the life of people with physical disability. Health professionals usually work together the personals social networks in basic care services, and the same happens to physical therapy actions. This study aims to analyze the interaction with the social networks intending to increase physical therapy actions in primary health attention. *Material and methods:* Hence, an action-research was developed consisting of a mapping of the social networks of disabled people was done by means of semi-structured interviews, followed by social networks activation/mobilization through meetings and personal contacts was accomplished. *Results:* the results showed the difference between the social networks of the disabled people and the erosion which occurs in this networks, imposing them diverse degrees of isolation and making the rehabilitation process difficult. It showed as well, that interaction between health professionals and social networks makes possible a more realistic rehabilitation and an entire way of acting, contributing to produce autonomy processes. *Conclusion:* records are learning about the limits of professionals performance and complementary that social support network actions can make to the rehabilitation process and to physical therapy acting in primary care.

DESCRIPTORS

Social support. Rehabilitation. Primary health care. Physical therapy.

1 Professora Adjunta Doutora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba.

A convivência com pessoas com deficiência ao longo da vida profissional tem nos possibilitado um grande aprendizado. Na condição de fisioterapeuta de serviços públicos de saúde e, posteriormente, de docente de um curso de Fisioterapia tivemos a oportunidade de conhecer pessoas com deficiência e familiares de diversas idades e classes sociais, que lidam com a problemática da deficiência física de formas variadas e surpreendentes. Nos últimos oito anos, essa convivência tem se dado inserida na vivência de um projeto de extensão universitária, intitulado Fisioterapia na Comunidade, desenvolvido em uma comunidade localizada na periferia do município de João Pessoa, onde são realizadas atividades de promoção e manutenção da saúde, através de trabalhos junto à organização comunitária e atividades com grupos baseados nas ações programáticas, além das ações de reabilitação. As atividades desse projeto se pautam nos princípios teórico-metodológicos da Educação Popular, buscando estabelecer uma relação dialógica com os usuários, respeitando seus saberes e sua cultura.

No decorrer dessa experiência encontramos pessoas apresentando diversos graus de dificuldades motoras. Essas dificuldades, aliadas às precárias condições sócio-econômicas peculiares aos sujeitos das classes populares, ocasionam limitações muito severas à vida desses sujeitos, não apenas no que se refere à locomoção dentro e fora da residência, mas também no que tange à sua convivência social, ao lazer e ao trabalho. Nesse contexto, o apoio das pessoas que cercam esses sujeitos no nível da família e da sociedade torna-se de grande relevância no sentido de ajudá-los a enfrentar as dificuldades e proporcionar condições de vida mais favoráveis. Esse suporte proporcionado pela família, vizinhos, lideranças comunitárias e religiosas, constitui uma rede de apoio em torno das pessoas com deficiência e evidenciam a importância do apoio social na vida delas, amenizando as limitações que enfrentam, possibilitando o tratamento de que necessitam, mantendo os laços sociais.

Uma rede é definida como sendo um conjunto de nós interconectados (CASTELLS, 1999). A rede social é um sistema aberto e multicêntrico em que através de um intercâmbio dinâmico entre os integrantes de um coletivo e com integrantes de outros coletivos, possibilita a potencialização dos recursos que possuem e a criação de alternativas novas para a resolução de problemas ou a satisfação de necessidades e uma aprendizagem socialmente compartilhada (DABAS, PERRONE, 1999).

Os estudos registram que as redes sociais sempre

existiram, independentemente da abundância de atividades grupais e comunitárias, do contexto e do tipo de sociedade, sendo, provavelmente a forma mais antiga de organização social, dada a simplicidade de seu funcionamento e a adaptabilidade aos diversos contextos. Vale salientar que as redes sociais assumem funções e características diferentes mediante os contextos onde estão inseridas (PORTUGAL, 2005).

No Brasil, o debate acerca das redes sociais na saúde teve como ponto de partida os trabalhos de Victor Valla, tendo como base a teoria do apoio social, que tem origem em autores norte-americanos, dentre os quais se destacam Minkler, Cohen e Cassel. O apoio social é definido como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, isto é, que tanto gera efeitos positivos para o receptor, como também para quem oferece o apoio permitindo, dessa forma, que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas e que desse processo se apreenda que as pessoas necessitam umas das outras (VALLA, 2000).

Para fins de análise, as redes sociais podem ser divididas em níveis micro-social (pessoal) e macro-social, esta última inclui a comunidade de que se faz parte, a sociedade e a ecologia. A rede social pessoal é um nível intermediário da estrutura social, que inclui todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, escolares, de serviço, de inserção comunitária e de práticas sociais (SLUZKI, 1997).

KANAIAUPUNI, THOMPSON-SÓLON, DONATO (2000) apresentam como características da rede social o tamanho, a interação (proximidade espacial, frequência de contato e co-residência) e a forma de ação (proporcionando apoio emocional ou financeiro). Alguns estudos registram variações na composição das redes sociais conforme o contexto sócio-econômico. Nas sociedades em que as desigualdades sociais dificultam sobremaneira o acesso equânime aos bens e serviços, e os recursos familiares não são suficientes para suprir as necessidades, as redes de apoio social têm uma utilização mais ampla. É o caso das famílias brasileiras de baixa renda, que dispõem de uma ampla rede de apoio social, composta de amigos, vizinhos e irmãos de instituições religiosas (OLIVEIRA, BASTOS, 2000).

A rede social das pessoas com deficiência física, a exemplo do que acontece com pessoas com doenças crônicas ou incapacidades, tende a sofrer uma erosão ao longo do tempo, restringindo os contatos sociais,

limitando as possibilidades de apoio social e sobrecarregando a família ou o cuidador. Nessas situações de doenças prolongadas, em que a rede vai sofrendo desgaste, a família fica extremamente sobrecarregada, muitas vezes, toda a responsabilidade do cuidado destinado a essas pessoas fica a cargo de um membro da família, o que resulta em um desgaste ainda maior, comprometendo a qualidade das relações que se estabelecem entre o que recebe o cuidado e o cuidador. Essa situação aumenta o isolamento a que está submetida a pessoa com deficiência, especialmente no caso das pessoas das classes populares, e que moram nas periferias das cidades.

Nos serviços de atenção básica é usual uma aproximação dos profissionais de saúde com as redes de apoio social. Na prática das equipes de saúde da família (ESF), por exemplo, é comum os profissionais contarem com a colaboração de pessoas da comunidade no sentido de facilitar as ações de saúde, tais como a ajuda de líderes religiosos ou comunitários, vizinhos ou amigos do usuário para transportá-lo para outro serviço de saúde, para conseguir a realização de exames, para a aquisição de medicamentos, ou mesmo no seguimento das orientações dadas.

Em se tratando da Fisioterapia, sua atuação em serviços de atenção básica é um processo que está em construção, uma vez que esta profissão não tem tradição de atuação nesse nível de atenção à saúde. O grande contingente de pessoas que necessitam de atendimento fisioterapêutico, ao qual não têm acesso, tem impulsionado a necessidade de disponibilizar este atendimento na atenção básica.

Compreendemos que essas diversas formas de apoio formam parte da rede social do usuário, e que o reconhecimento delas, como tal, pode contribuir para o entendimento da real situação de saúde dessas pessoas, assim como proporcionar mudanças nas práticas de saúde. Em face dessa compreensão, defendemos o argumento de que ao considerar a atuação da família e dos diversos sujeitos que prestam apoio (redes), como atores importantes da prática de saúde, dando-lhes visibilidade prática e teórica, podemos potencializar as ações da Fisioterapia na atenção básica.

MATERIAL E MÉTODO

Foi desenvolvida uma pesquisa-ação, a qual é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou resolução de problema, estando os pesquisadores e participantes representativos da situação

envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1993). Essa escolheu se deu em função da proposta de investigação estar aliada a uma intervenção, isto é, a mobilização das redes sociais.

A pesquisa foi realizada em uma comunidade da periferia de João Pessoa - PB, onde estão implantadas três ESF. Inicialmente todos os usuários que estavam em acompanhamento pela fisioterapia foram convidados a participar, bem como os trabalhadores das três ESF. Apenas dez pessoas com deficiência e suas famílias participaram em todo o período da pesquisa, além dos profissionais das ESF, estudantes de Fisioterapia atuantes no projeto de extensão, um pastor evangélico que é uma liderança na comunidade e que foi citado pelos usuários como importante elemento na rede social deles. Participaram, ainda, dois representantes de uma associação de pessoas com deficiência, os quais se inseriram ao longo do processo por uma demanda que surgiu no grupo, no sentido de envolver as pessoas com deficiência no movimento social.

Todas as pessoas com deficiência eram adultas e haviam adquirido a deficiência nessa etapa da vida, exceto uma delas, que havia adquirido a deficiência quando criança. Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos, inicialmente, do objetivo do trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo considerados os aspectos éticos e legais preceituados pela Resolução 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, protocolo nº 192/05.

A pesquisa teve a duração de nove meses e constou de duas fases. A fase inicial objetivou mapear as redes de apoio das pessoas com deficiência, ao mesmo tempo em que possibilitou a construção de relatos sobre suas trajetórias de vida após a deficiência. Para tanto, foram realizadas entrevistas do tipo semi-estruturada, realizadas pela pesquisadora, gravadas e transcritas. Na segunda fase ocorreu a ação propriamente dita, cuja finalidade era incentivar a interação entre os diversos elementos da rede social das pessoas com deficiência e constou da ativação e mobilização das redes sociais, através de reuniões, visitas domiciliares e contatos pessoais. Nessa fase, os dados foram registrados em um diário de pesquisa.

Para análise dos dados procedemos, primeiramente, a um processo de leitura e releitura de todo o material coletado. Em um segundo momento, procuramos ordenar o material em unidades de registro, as quais, de acordo com MINAYO, (1998), podem ser uma palavra,

uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento. Em cada uma das unidades foram selecionados temas, trabalhados com base em categorias de análise, algumas estabelecidas a priori com base no referencial teórico, outras foram “construídas de maneira indutiva, isto é, ao longo dos progressos da análise” (LAVILLE, DIONNE, 1999, p. 219). Este artigo apresenta parte de uma pesquisa de doutorado e para fins do mesmo serão abordadas as análises referentes às unidades “As pessoas com deficiência e suas redes”; e “A Fisioterapia na atenção básica e as redes sociais”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Unidade 1: As pessoas com deficiência e suas redes

A partir das entrevistas foi construída uma cartografia das redes pessoais baseado no modelo de mapa de rede proposto por DABAS, PERRONE, (1999). Nesse mapa, a rede social está dividida em quatro grupos: grupo 1- família; grupo 2- amizades e vizinhos; grupo 3- relações de trabalho e estudo; grupo 4- relações comunitárias, de serviços e religiosas. Essa divisão é importante porque ajuda a visualizar quais grupos são mais fortes ou mais presentes na rede social. Essa cartografia, aliada às informações acerca da história de construção dessas redes após a deficiência nos

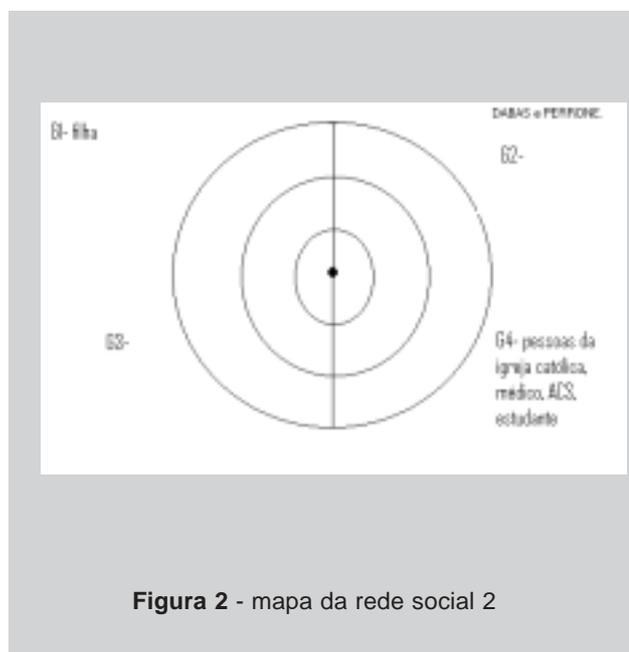
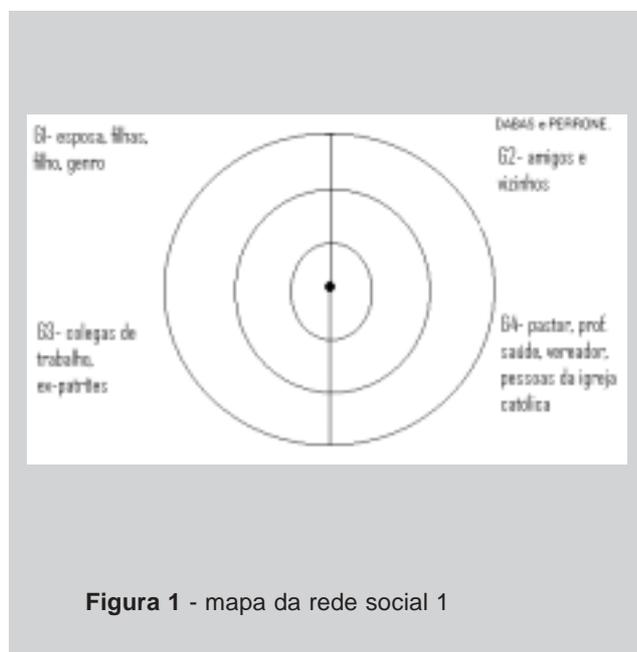
possibilitaram analisar a constituição das redes sociais das pessoas com deficiência e a relevância que elas têm na vida dessas pessoas.

A configuração das redes sociais

A caracterização das redes sociais, proposta por KANAIAUPUNI, THOMPSON-SÓLON, DONATO (2000), conforme o tamanho, a interação e a função que desempenham, contribuiu para analisar as ações das redes de apoio social dessas pessoas.

Uma das constatações que a análise dos mapas permitiu foi a heterogeneidade entre as redes sociais das pessoas entrevistadas, e a outra foi o grau de isolamento social em que vivia a maioria desses sujeitos.

Registramos a situação de duas pessoas que moram na mesma rua há mais de dez anos, portanto têm os mesmos vizinhos, têm também a mesma seqüela de um Acidente Vascular Encefálico (AVE) e condição financeira semelhante. Essas afinidades aparentes fizeram-nos supor que elas apresentariam redes sociais parecidas, tendo alguns elementos comuns e possibilidades ou restrições em termos de convivência social similares. A diferença entre suas redes sociais, ilustrada abaixo, foi uma das primeiras surpresas da pesquisa, levando-nos a refletir acerca dos fatores que motivam ou dificultam as interações sociais das pessoas com deficiência física (Figura 1 e 2).



Em termos do tamanho da rede dessas pessoas, observa-se uma diferença gritante. Essa diferença começa pela família. A família de uma delas é bem maior e também mais participativa, havendo uma distribuição das responsabilidades do cuidado com a mesma, aliviando a sobrecarga da esposa. No caso da outra pessoa, todo o apoio da família provém da filha, a qual não relata qualquer ajuda por parte do marido e dos dois filhos em termos do cuidado com sua mãe. A filha também não tem vínculos externos que possam auxiliá-la, aumentando a sobrecarga.

A presença dos vizinhos é outra diferença marcante nas redes dessas duas pessoas. Registramos nas entrevistas que enquanto uma delas recebia muitas visitas dos vizinhos, a outra pessoa e sua família mostraram-se avessas a qualquer envolvimento com os mesmos, refletindo uma recusa em pertencer àquela comunidade.

SLUZKI (1997) assinala que a presença de uma doença crônica produz um impacto nas interações entre o indivíduo e a rede social. Esse autor explica que doenças graves ou crônicas possuem um efeito interpessoal aversivo, fazendo com que muitas pessoas evitem a convivência e que isso acarreta uma maior inércia ou resistência à ativação do contato por parte da rede social. Além disso, a doença restringe a mobilidade do sujeito e a ausência da pessoa nos contextos através das quais o contato acontece, reduzindo a oportunidade dos contatos sociais e o isola. Ademais, a debilidade causada pela doença restringe no sujeito sua iniciativa de ativação da rede. A falta de ativação por parte da pessoa doente reduz a participação dos outros, o que desvitaliza o intercâmbio interpessoal, reduzindo ainda mais a iniciativa do sujeito, gerando um círculo vicioso.

Todavia, a solidariedade sempre incentiva as pessoas que são tocadas pelo sofrimento do outro e pela noção de sua própria precariedade, enquanto ser humano, a oferecer apoio mesmo em circunstâncias adversas. De modo que, a despeito do fato de que as redes das pessoas com deficiência sofrem uma erosão, alguns tipos de apoio elas conseguem mobilizar. Numerosos estudos têm demonstrado que o apoio fornecido pelas redes sociais pessoais contribui significativamente para o aumento das competências e da auto-estima das pessoas com deficiência (FAZENDA, 2005). Assim sendo, a condição de limitação imposta pela deficiência também pode ser um fator mobilizador de novas formas de apoio social alterando a configuração da rede social.

CABRAL (2003) enfatiza ser preciso tomar

consciência de que as redes pessoais fazem uma grande diferença na atenção aos grupos minoritários, isolados, com problemas e necessidades particulares. Explica ser necessário criar pontes entre as pessoas, promover o encontro; conhecer e valorizar os dons de cada pessoa e cada grupo. É possível, assim, que a intervenção dos profissionais envolvidos no processo de reabilitação das pessoas com deficiência contribua para (re)estabelecer essas pontes.

Nas situações em que a pessoa se encontra impossibilitada de frequentar outros grupos sociais, os vizinhos tornam-se uma importante fonte de apoio emocional. Constatamos, nesta pesquisa, que em momentos de crise os vizinhos oferecem diversos tipos de apoio, inclusive material. A longo prazo, na medida em que outros atores da rede tendem a se afastar, eles representam o grupo social externo à família de maior convivência para a pessoa com deficiência de classes populares, oferecendo, desse modo, uma outra forma de apoio, em uma dimensão mais psicológica e afetiva. No meio popular, em geral, o local de moradia é o principal espaço de congregação das pessoas, permitindo o estabelecimento de relações mais duradouras e personalizadas, formando uma malha de relações que garante a identidade dos sujeitos, proporciona apoio emocional e de recursos materiais, possibilitando o desenvolvimento da vida associativa e o lazer (VASCONCELOS, 1999).

Constatamos, ainda, que outras famílias tão extensas quanto a do usuário anteriormente mencionado mostraram atitudes muito diferentes em termos de dedicação ao familiar com deficiência, revelando que há famílias extensas que oferecem apoio muito restrito. Essa situação foi vivenciada no contexto familiar de duas pessoas com deficiência participantes da pesquisa. Ambas são famílias extensas, mas cujo apoio é insuficiente. A falta de apoio familiar representou durante a pesquisa uma dificuldade na superação das limitações físicas e das restrições sociais enfrentadas por aquelas pessoas.

Os resultados dessa pesquisa confirmam o que os estudos sobre as redes de apoio social indicam (KANAIAPUNI, THOMPSON-SOLON e DONATO, 2000; SLUZKI, 1997) no sentido de que o apoio que é disponibilizado através da rede social varia em conformidade com as características dessa rede. No caso das pessoas cuja rede envolve atores provenientes de grupos diversos, além da família, o tamanho e a diversidade de atores lhes garantem variados tipos de apoio e possibilidades maiores de convivência social, mesmo com as dificuldades de mobilidade que

enfrentam. Dependendo da natureza do envolvimento da pessoa, ela oferece apoio material, afetivo, espiritual, prestação de serviços etc. Acrescenta-se, ainda, a importância do laço afetivo que move esse apoio, como um fator importante no sentido de qualificar o apoio oferecido.

Ficou evidente que a atitude psicológica da pessoa com deficiência diante da sua condição influencia a manutenção e ampliação da rede social. A forma como a pessoa aceita e valoriza o apoio recebido, o sentimento de pertencimento ao meio social onde vive, e a disponibilidade para estabelecer vínculos são fatores importantes para a formação e ampliação de redes sociais.

A rede social muda com o decorrer do tempo

Por ocasião do mapeamento, os entrevistados foram indagados a respeito das pessoas que lhes apoiaram após a deficiência, de modo que algumas que contribuíram inicialmente já não faziam parte da rede de apoio no momento da pesquisa. Isso se deve ao fato de que as redes são circunstanciais, elas mudam conforme o contexto e o episódio que motivam a mobilização do apoio.

Em momentos de crise a rede se amplia, mas na medida em que o problema se cronifica, ela tende a se retrair. O grupo que costuma se afastar mais precocemente é aquele referente às relações de estudo e trabalho. Constatamos nos relatos que nos primeiros tempos, após adquirir a deficiência, os colegas de trabalho tiveram uma participação importante no apoio social, mas com o decorrer do tempo foram se afastando.

As redes bem nutridas pelo grupo de amigos e vizinhos, como era o caso da rede de algumas pessoas envolvidas na pesquisa, propiciam uma interação social mais rica, na qual o contato é mais intenso, o apoio mais perene, e sofrem menos os efeitos do afastamento dos sujeitos pertencentes aos grupos de trabalho e estudo.

De modo similar, o apoio dos religiosos também se mantém nessas situações em que outras dimensões da rede social se esvaem. As igrejas representam no mundo popular um importante suporte espiritual, material, educativo e até mesmo emocional (VASCONCELOS, 1999). Verificamos, a partir do apoio prestado por um dos líderes religiosos da comunidade, que o apoio oferecido pelos religiosos manifesta-se como sendo de fundamental importância na rede das pessoas da pesquisa. O mesmo se dá em relação aos profissionais de saúde e estudantes que se destacaram como elementos constantes na grande maioria das pessoas entrevistadas.

O trabalho de valorização e ativação das redes de apoio social junto a essas pessoas pode resgatar o potencial delas, criar situações geradoras de autoconfiança, destacando as capacidades que elas possuem. Nesse sentido, talvez seja possível transformar, como sugere MORIN (2005), o círculo vicioso da deficiência – redução da rede pessoal, em um círculo virtuoso, no qual a relação deficiência – rede social caminhe em uma espiral, incorporando novos atores e ampliando os vínculos de forma crescente.

Perdendo contatos e restringindo a convivência: o isolamento social

Outra constatação importante na primeira fase da pesquisa foi o isolamento social a que essas pessoas estavam submetidas, em face da redução de seus contatos sociais e das dificuldades de deslocamento. Esse isolamento se apresentava em maior ou menor escala, dependendo da possibilidade de convivência com pessoas próximas ao seu contato, e da capacidade ou do desejo de atrair novos atores e estabelecer novos vínculos.

Ao iniciar a pesquisa, as dificuldades de interação social enfrentadas pelas pessoas com deficiência, daquela comunidade, já eram do nosso conhecimento, uma vez que já convivíamos com elas através das atividades extensionistas. Todavia, o mapeamento de suas redes sociais evidenciou de forma muito mais clara a extensão dessa condição.

Definimos, de acordo com MARTINS (1997) que aquelas pessoas viviam uma condição de inclusão marginal, estando incluídas nos processos econômicos, na produção e circulação de bens e serviços, estritamente em termos daquilo que é conveniente à reprodução do capital. Nessa perspectiva, todos estão inseridos no circuito reprodutivo das atividades econômicas. As pessoas com deficiência pesquisadas estão incluídas marginalmente no circuito do consumo, mesmo com todas as restrições de mobilidade que enfrentam. Um exemplo disso é a aquisição de eletrodomésticos e eletroeletrônicos, que são constantes objetos de desejo e de uso dos poucos recursos que possuem.

As pessoas com deficiência física de classes populares, aqui apresentadas, não conseguem participar de espaços de convivência grupal, sejam eles comunitários, políticos ou religiosos, restringindo seus contatos sociais à família e às pessoas que as visitam, o que lhes obriga a uma situação de isolamento social. Constatada essa problemática do isolamento e cientes da importância da ativação da rede social, procedemos, então, à segunda fase da pesquisa, que objetivou a mobilização/ampliação das redes sociais.

A mobilização da rede social

No processo de reabilitação de pessoas com deficiência nos deparamos com situações em que há uma recuperação da marcha dentro do domicílio, conferindo-lhe autonomia nesse espaço, no entanto, esse mesmo sujeito não consegue se deslocar de forma independente fora do domicílio em função das barreiras geográficas e arquitetônicas. Para as pessoas com deficiência pertencentes às camadas populares essa dificuldade se agrava em decorrência das precárias condições das ruas onde moram, impedindo-as de desfrutar autonomia pertencentes a não poder caminhar pela comunidade e de frequentar os espaços comunitários.

Entendendo que a reabilitação objetiva a (re)inclusão social da pessoa com deficiência e que, para tanto, faz-se necessário uma inserção dessa pessoa no meio social em que vive, a primeira ação realizada visando promover uma interação social das pessoas com deficiência e sensibilizá-las para o reconhecimento de seu potencial interior, foi a apresentação de um grupo de dança em cadeira de rodas, no intuito de mostrar possibilidades de superação das dificuldades e adaptação à nova condição física. Essa atividade foi realizada em uma das escolas do bairro e todas as pessoas com deficiência foram convidadas, bem como os demais moradores da comunidade. Também foi disponibilizado um veículo da secretaria municipal de saúde para transportá-las.

Aquela era a primeira vez que os moradores daquele bairro viam tantas pessoas com deficiência, da comunidade, reunidas. Era também a primeira vez que algumas dessas pessoas se expunham publicamente. A diretora da escola expressou sua surpresa com o número de pessoas usuárias de cadeiras de roda existente no bairro e colocou a escola à disposição delas.

Aquela primeira ação da pesquisa já causara um impacto, tanto nas pessoas com deficiência e familiares, quanto nos moradores da comunidade que foram assistir. Tal como a diretora da escola, outras pessoas também desconheciam aquela situação, uma vez que aquelas pessoas com deficiência não costumam se expor. Naquela ocasião, a ação que se propunha a ser dirigida às pessoas com deficiência, revelou-se uma oportunidade educativa também para os demais moradores.

Para dar seguimento às atividades da pesquisa foram programadas reuniões, que denominamos de reuniões com os atores das redes sociais. A nossa intenção era realizar reuniões semanais, porém, só conseguimos realizar cinco reuniões ao longo dos nove meses de pesquisa.

Embora estivéssemos, no decorrer da pesquisa,

envidando maiores esforços na realização das reuniões com as redes sociais, algumas situações requeriam uma intervenção mais pontual de mobilização da rede pessoal, reforçando o valor e a eficácia dessa forma de mobilização. Destacamos, então, duas modalidades de mobilização da rede social: individual e coletiva. Nas reuniões apresentava-se a possibilidade de uma mobilização mais conjunta, onde todos os atores estavam próximos. Nas ações em torno de uma pessoa, procedia-se a uma mobilização em que os atores eram contatados separadamente, face às dificuldades de reuni-los, e nós, os pesquisadores, agíamos como um elo de ligação entre eles. Essa segunda modalidade representava episódios de atuação em rede, típicos da prática de saúde na atenção básica e que eram experiências muitas vezes bem sucedidas, dentro dos limites que a própria situação impunha, conseguindo ativar a rede social e avançar na solução dos problemas enfrentados.

A realidade é que o funcionamento do serviço, as diferenças de horários em termos de disponibilidade dos diversos atores e a falta de rotina de reuniões entre os mesmos, dificultaram a realização de mais reuniões, e nós temos que lidar com a realidade concreta dos serviços, mas, a despeito dessas dificuldades, a rede social era ativada.

Unidade 2: A Fisioterapia na atenção básica e as redes sociais

O profissional que atua com reabilitação na atenção básica se depara, frequentemente, com casos de pessoas apresentando quadros agudos, que representam uma prioridade para atendimento, como também com pessoas com quadros crônicos, em fase de manutenção. Embora estes últimos não costumem ser considerados prioridade, também necessitam de continuidade na assistência, sob pena de terem seus quadros agravados ou uma regressão dos resultados alcançados.

A situação das pessoas que estão em fase de manutenção do tratamento tem sido uma preocupação constante nas diversas experiências de atuação da Fisioterapia na atenção básica. De fato, ela é vivenciada não apenas pelos profissionais, mas é também debatida pelos gestores, quando entra em discussão o acesso à Fisioterapia neste nível de atenção à saúde, embora esse não seja um problema exclusivo da atuação neste nível de atenção.

Em se tratando da atuação da Fisioterapia junto às equipes de saúde da família existe uma pressão dos profissionais dessas equipes, bem como de usuários e

familiares, no sentido de que seja disponibilizado atendimento fisioterapêutico para as pessoas acamadas e com seqüela de AVE, que costumam ser a principal clientela encaminhada à Fisioterapia nesses serviços.

Em função dessa demanda e da pressão que ela tem gerado, alguns gestores municipais têm contratado fisioterapeutas, buscando atenuar o problema. Ocorre que o número de fisioterapeutas contratados para atuar na atenção básica é sempre reduzido para dar conta da demanda de atendimento, fazendo com que seja necessário encontrar estratégias para atuar nesses serviços. Algumas vezes as estratégias adotadas seguem a lógica da prioridade do atendimento para as pessoas que têm mais dificuldade de acesso aos serviços de fisioterapia de média complexidade, isto é, as pessoas acamadas e com maior dificuldade de locomoção. Em outras situações, a prioridade é dada às pessoas que têm maiores chances de recuperação e também às ações que visam à manutenção da saúde, a exemplo das atividades voltadas aos grupos, buscando uma atenção mais coletiva por ter maior impacto sobre as condições de vida da população. Nesse contexto, destinam-se às pessoas com problemas crônicos, preferencialmente, atividades de orientação aos cuidadores.

Essa situação gera uma dificuldade no sentido de que os fisioterapeutas possam realizar ações que gerem impacto sobre a saúde da coletividade e ao mesmo tempo dêem conta da demanda por atendimento.

Um dos pressupostos da estratégia saúde da família é a formação de vínculos entre as equipes de saúde e a comunidade. Cria-se, então, para o fisioterapeuta que estabelece vínculos e compromisso com seus usuários um dilema ético e moral. Podemos tomar como exemplo a situação de um fisioterapeuta perante uma das usuárias participantes da pesquisa. Trata-se de uma senhora de 71 anos com seqüela de AVE a quem chamaremos de Dona Rosa. Esta senhora encontra-se em uma situação de grande isolamento social, de forma que o acompanhamento fisioterapêutico dos estudantes resulta em uma importante fonte de apoio e de convívio social. Ademais, o processo de envelhecimento aliado ao quadro plégico requerem cuidados e atenção que a filha sozinha não é capaz de assegurar.

Seguindo a lógica custo-benefício, o fisioterapeuta deveria deixar de atendê-la, considerando-se que ela já tem uma seqüela de AVE há dez anos, para dedicar seu tempo ao trabalho com grupos de hipertensos, ajudando a prevenir que outras pessoas venham a ter esses acidentes vasculares. Mas o que fazer com Dona Rosa, considerando-se o impacto que o

atendimento fisioterapêutico tem na vida dela, principalmente devido à pequenez de sua rede pessoal? É um dilema que ilustra bem essa problemática.

Faz-se necessário encontrar estratégias capazes de superar essa dicotomia, isto é, as ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde podem ser distintas, mas não precisam estar separadas, ou ainda, ser postas como antagônicas. É preciso ver a reabilitação e a promoção da saúde sob uma perspectiva de complementaridade.

Outra questão importante é o conceito de reabilitação que norteia a prática profissional. Se considerarmos que a reabilitação termina onde acabam os efeitos de nossas técnicas e procedimentos fisioterapêuticos para recuperar a função perdida, de fato nossa ação fica muito limitada com um usuário crônico. Mas se considerarmos que reabilitação é contribuir com a re-inserção social das pessoas com deficiência e com a readaptação às suas atividades da vida diária, estimulando sua sociabilidade, veremos que há muito a ser feito.

Entretanto, essa não é uma tarefa exclusiva do fisioterapeuta. Ele nem mesmo é capaz de dar conta de tudo isso, foge à sua capacidade resolutiva, pois ela pressupõe a participação de outros atores. A reabilitação assim compreendida pressupõe o envolvimento de toda a equipe de saúde, além da família, dos vizinhos e das lideranças comunitárias, enfim, da rede social da pessoa com deficiência.

Desse modo, optar por “abandonar” Dona Rosa, passando a dedicar seu tempo e seu esforço com clientes mais “reabilitáveis” ou “preveníveis”, é desconsiderar todas as possibilidades advindas do envolvimento da rede pessoal na reabilitação. Podemos incluir Dona Rosa no grupo das pessoas com hipertensão para que ela ajude a conscientizá-los do risco que correm ao não controlarem a pressão arterial. Dessa forma, estaremos estimulando o desenvolvimento de habilidades sociais, uma vez que, como afirma SLUZKI (1997), a existência de habilidades para estabelecer contato social deve ser considerada no sentido de manutenção da rede. Com essas iniciativas de valorização do saber e das iniciativas do usuário, estaremos proporcionando a Dona Rosa a oportunidade de dar apoio, de sentir-se útil, de agir como protagonista da história da qual faz parte e, quem sabe, a partir daí estabelecer novos vínculos ampliando sua rede social.

Grande parte das pessoas com quadros crônicos necessita muito mais de espaços de inserção social, de inclusão em atividades de lazer, de trabalho, do que propriamente de procedimentos fisioterapêuticos. Na

falta dessas oportunidades, o tratamento fisioterapêutico reveste-se de um caráter muito central, torna-se o momento do lazer, da conversa, da interação social.

LIEBERMAN, LIEBERMAN (1993) assinalam que uma deficiência que ocasiona uma perda grave de função é acompanhada pela mudança no estilo de vida, na auto-imagem, na interação social, causando conturbação financeira e vocacional. Acarreta, consequentemente, uma mudança dos papéis sociais, demandando o apoio dos atores da rede social no sentido da reconfiguração desses papéis. Destaca-se, assim, a importância do envolvimento das redes de apoio social em todas as etapas do processo de reabilitação, a serem consideradas pelos profissionais atuantes nesse processo.

Constatamos, nesta pesquisa, que as pessoas cuja rede social era mais ativa e se integrava ao processo de reabilitação alcançavam resultados mais perceptíveis e enfrentavam as dificuldades desse processo de forma mais otimista.

Alguns atores se apresentaram como pessoas-chave da rede social e tiveram um papel de destaque no processo de reabilitação das pessoas com deficiência envolvidas na pesquisa. Foram os agentes comunitários de saúde e uma liderança religiosa, importantes no sentido de articular ações capazes de contornar as dificuldades encontradas, disponibilizando apoio material, espiritual, facilitando o acesso a outros profissionais de saúde e fazendo companhia.

O envolvimento das redes de apoio social no processo de reabilitação desponta, assim, como uma das possibilidades de atuação da Fisioterapia na estratégia saúde da família. A integração das redes sociais é capaz de potencializar as ações de saúde, intensificando-as, contribuindo tanto no que diz respeito aos cuidados necessários ao processo de reabilitação, quanto superando os obstáculos à sua execução. Possibilita, ainda, ao fisioterapeuta continuar contribuindo com esse processo sem que todas as ações estejam centradas nele, permitindo-lhe ter disponibilidade para realizar outras atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aporte teórico da noção de redes sociais foi importante para analisar as condições de vida das pessoas com deficiência. O foco relacional proposto nessa teoria contribuiu para a análise acerca do processo de adaptação à deficiência e re-inserção social, a partir do conhecimento dos vínculos que essas pessoas

estabelecem e da rede social que se forma em torno delas. Também nos orientou quanto à importância de intervir articulando as diversas iniciativas de apoio disponíveis na rede, como forma de superar a condição de isolamento social, bem como de potencializar as ações de reabilitação.

Alguns episódios da pesquisa evidenciaram a possibilidade de que as pessoas com deficiência assumissem a condição de sujeitos nas práticas sociais. Esses momentos revelaram a potencialidade de que a pessoa com deficiência se posicione como protagonista e também como elemento na rede de outros atores, rompendo com a visão de “coitadinho” e “incapaz”, corrente no assistencialismo.

Considerando-se as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde nos processos de reabilitação, destaca-se, nessa pesquisa, o aprendizado acerca dos limites de sua atuação e da complementaridade que as ações de apoio da rede social podem representar para sua prática de saúde. Possibilitou compreender que a discussão com a rede pessoal do sujeito em tratamento ou da família, traz uma compreensão ampliada do problema e aumenta as possibilidades de encaminhamentos e soluções para o mesmo. É evidente que o resultado dos esforços coletivos depreendidos para resolução de questões ou encaminhamento de ações, quando discutidos e decididos coletivamente, é sempre superior ao somatório dos esforços realizados individualmente. Para tanto, faz-se necessária uma interação entre os diversos integrantes da equipe de saúde, e com os participantes da rede social do cliente, de modo articulado e coerente.

Ficou bastante evidente a importância de considerarmos a heterogeneidade da rede social de pessoas que apresentam o mesmo problema e pertencem à mesma classe social. Essas pessoas apresentam dificuldades motoras e materiais similares, mas reagem diferentemente perante as limitações. Mostram, também, diferentes formas de estabelecer e manter os vínculos sociais e de conviver com a nova condição física, passando a ocupar novos papéis na estrutura familiar e social.

Destaca-se, outrossim, a centralidade que a participação dos profissionais de saúde assume na rede social das pessoas com deficiência das classes populares. Isso se dá não apenas do ponto de vista técnico, instrumental, mas também pelo aspecto emocional através do apoio moral e afetivo. É possível que a intervenção dos profissionais envolvidos na rede dessas pessoas, atuando juntamente com os membros que a compõem, reative os laços sociais das pessoas

com deficiência, estimule a formação de novas redes, as quais podem, inclusive, envolver outras pessoas com deficiência. É necessário, para tanto, conhecer a rede pessoal, buscar formas de estabelecimento de novos contatos, contribuindo para que essas pessoas saiam do isolamento e restabeleçam os vínculos sociais.

Acrescenta-se a isso, o fato de que essa é uma perspectiva de reabilitação mais realística, com uma abordagem mais integral e mais comprometida com processos geradores de autonomia. Ela permite o reconhecimento dos limites da técnica para dar conta de uma questão complexa, valorizando a participação de novos atores no processo, contribuindo com o empoderamento de atores que, na verdade, sempre estiveram envolvidos, mas não reconhecidos como tal.

REFERÊNCIAS

1. CABRALAC. A utopia da igualdade: inclusão ou exclusão – a pessoa com deficiência no meio da cidade, *Rev. Integrar*, 2003. Disponível em www.iefp.pt/iefp/publicacoes/Integrar (acessado em 25/nov/2006).
2. CASTELLS M. *A sociedade em rede - a era da informação: economia, sociedade e cultura*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1999, Vol. 1. 698 p.
3. DABAS E, PERRONE N. *Redes en salud*. 1999. Disponível em <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf> (acessado em 04/abr/2005).
4. FAZENDA I. Família, coesão e diferenciação. *Rev. Integrar*, 2005. Disponível em: www.iefp.pt/iefp/publicacoes/Integrar (acessado em 21/nov/2006).
5. KANAIAUPUNI SM, THOMPSON-SÓLON T, DONATO KM. Counting on kin: social networks, social support and child health status. University of Wisconsin, março/2000. Disponível em: <http://www.ssc.wisc.edu/cde> (acessado em 13/out/2005).
6. LAVILLE C; DIONNE J. *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999, 219 p.
7. LIEBERMAN MB, LIEBERMAN A. Ajustamento psicossocial à incapacidade física. In O'SULLIVAN SB; SCHMITZ TJ. *Fisioterapia – avaliação e tratamento*. 2. ed. São Paulo: Manole; 1993. p. 09-30.
8. MARTINS JS. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus; 1997, 140 p.
9. MINAYO MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1998, 210 p.
10. MORIN E. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina; 2005, 120 p.
11. OLIVEIRA MLS, BASTOS ACS. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicol. Reflex. Crít.* [online], vol. 13, nº. 1, (97-107, 2000).
12. PORTUGAL S. *Quem tem amigos tem saúde: o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde*. 2005. www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/235/235.pdf. (acessado em 12/abr/2006).
13. SLUZKI CE. *A rede social na prática sistêmica - alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, 145 p.
14. THOLLENT M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 7 edição. Rio de Janeiro: Record, 1993, 132 p.
15. VALLA VV. Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, suppl. 2, (7-14, 1999)
16. VASCONCELOS EM. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999, 336 p.

Correspondência

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Av. Umbuzeiro, 91, Manaíra
58038-180 João Pessoa – Paraíba – Brasil

E-mail

katiaribeiro@ccs.ufpb.br