

CAPÍTULO 10

REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: POLÍTICAS E TEORIZAÇÃO HISTÓRICO-CULTURAL*

*Sonia Mari Shima Barroco
Neide Da Silveira Duarte de Matos
Carla Salati Almeida Ghirello-Pires*

Introdução

O presente capítulo deriva de estudos teóricos, pesquisas de campo, experiência prática nos campos da Psicologia, Pedagogia e Fonoaudiologia e da docência no Ensino Superior. Tem como objetivos abordar documentos norteadores e políticas públicas referentes à reabilitação de pessoas com deficiência, e expor aspectos teóricos a respeito da reabilitação à luz da Psicologia Histórico-Cultural, considerando uma abordagem educacional, para tanto. Problematiza-se que, se por um lado, é importante que diferentes áreas e organismos internacionais se atentem para a reabilitação – que não se trata de fenômeno raro, muito pelo contrário – por outro, há a necessidade de se marcar o quanto ela não diz respeito apenas à recuperação da funcionalidade ameaçada ou perdida, mas, também, à formação e recomposição das funções psicológicas superiores (FPS) e das relações que a pessoa com necessidade de reabilitação trava com seus pares e com o mundo.

A reabilitação tem sido alvo de atenção da área do Direito, posto envolver os direitos de trabalhadores urbanos e rurais, além de outros aspectos que visem à melhoria da condição social dos sujeitos que dela carecem. Isso é reconhecido pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei n.º 13.146/2015 (BRASIL 2015 b), e por leis ou medidas que remetem ao âmbito trabalhista, como se pode notar com a Medida Provisória n.º 905, de 11 de novembro de 2019, que institui o Contrato de Trabalho Verde e Amarelo, que alterava a legislação trabalhista e dava outras providências, porém, logo mais revogada pela Medida Provisória n.º 955, de 20 de abril de 2020.

Contudo, embora esteja no bojo de disputas trabalhistas, antes disso, a reabilitação é abordada pela Medicina, em sua luta pela garantia da vida, como pode ser encontrado em diferentes documentos norteadores, dentre os quais se destaca as *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico - TCE* (BRASIL, 2015a), que objetiva orientar equipes interdisciplinares no cuidado e reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico.

O TCE tem sido uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo um fato que ocorre em poucos segundos, mas cujos resultantes perduram por longos períodos ou para toda a vida, apontando para o quanto a reabilitação pode se dar ao longo do curso da vida. A reabilitação é ofertada em diferentes pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que deve estar atenta às inúmeras implicações do TCE, visto que podem levar à deficiência e a significativos impactos para a saúde individual e para o desenvolvimento físico, psíquico e social.

Sabendo-se que alguma forma de atendimento é prevista pelos setores públicos e privados aos casos mais graves, é necessário que se atente ao seu conceito. Em meio a diferentes abordagens e conceituações existentes ressalta-se que, segundo a Organização

* DOI - 10.29388/978-65-86678-97-0-f.139-156

Mundial de Saúde (OMS), “Há muito tempo a reabilitação carece de uma estrutura conceitual unificadora” (2012, p. 99). Ela pode ser compreendida com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF (OMS, 2004), que se volta às pessoas com deficiência para torná-las capazes de levarem adiante suas atividades profissionais, educacionais, familiares, sociais etc. A OMS (2020, p. 99, grifo nosso) entende que “A reabilitação é sempre voluntária e alguns indivíduos podem necessitar de apoio para decidir sobre as opções disponíveis. Em todos os casos, a reabilitação deve ajudar a *capacitar* a pessoa com deficiência e sua família”. Tal capacitação seria em relação à nova condição à qual a pessoa pode se *enquadrar* ao longo de sua vida.

Aceita como uma das classificações sociais da Organização das Nações Unidas (ONU) e incorporada às *Normas Padronizadas para a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Incapacidades*, a classificação da CIF refere-se à saúde e aos estados relacionados a ela, sendo empregada por diferentes setores, como: “[...] seguros, segurança social, trabalho, educação, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e alterações ambientais” (OMS, 2004, p. 9).

Segundo a OMS, na CIF, os problemas de funcionalidade humana são agrupados conforme essas áreas, que estão interconectadas entre si:

- **alterações das estruturas e funções corporais** significa problemas de funções corporais ou alterações de estruturas do corpo, como por exemplo, paralisia ou cegueira;
- **limitações** são dificuldades para executar certas atividades, por exemplo, caminhar ou comer;
- **restrições à participação em certas atividades** são problemas que envolvem qualquer aspecto da vida, por exemplo, enfrentar discriminação no emprego ou nos transportes. (OMS, 2012, p. 5, grifo no original),

Por esse documento, a deficiência diz respeito às dificuldades existentes em uma dessas três áreas de funcionalidade ou nas três. Nele se considera que “problemas de saúde” referem-se às doenças, lesões e complicações, e que “diminuições de capacidade” referem-se às “[...] diminuições específicas das funções e estruturas corporais, geralmente identificadas como sintomas ou sinais de problemas de saúde” (OMS, 2012, p. 5).

A CIF (OMS, 2004) aborda *Funções e Estruturas do Corpo, e Atividades e Participação*, considerando o que uma pessoa com determinada condição de saúde ou com doença/perturbação faz ou pode fazer. Salienta-se que a *funcionalidade* compreende todas as funções do corpo, atividades e participação nestas, enquanto a *incapacidade* abrange deficiências, limitação da atividade ou restrição em dela participar, relacionando fatores ambientais que incidem sobre tudo isso. Assim, por esse documento, “[...] a classificação permite ao utilizador registrar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios” (OMS, 2004, p. 7), sendo que os fatores pessoais a implicar na situação de cada um compõem os fatores contextuais e, segundo o documento, estes não estão classificados, devido “[...] à *grande variação social e cultural* associada aos mesmos” (p. 12, grifo nosso).

Isso pode mostrar a diretividade do documento a dada área e perspectiva, visto que é justamente nessa *variação social e cultural* que a Psicologia e a Educação podem/devem intervir sobre o processo de reabilitação, apresentando desde os elementos teóricos atinentes a ela, as reflexões sobre as recomposições das funções psicológicas em meio às relações que a pessoa acometida deve enfrentar/realizar, até a conduta de intervenção prática para seu desenvolvimento.

Reabilitação: o recomendado pela OMS e o preconizado na Lei

Para a OMS (2012, p. 100), “Educar as pessoas com deficiência é fundamental para desenvolver os conhecimentos e habilidades para a autoajuda, a assistência, a gestão e a tomada de decisões. Deficientes e suas famílias conseguem melhorar a saúde e a funcionalidade quando são parceiros na reabilitação”. A reabilitação, por sua vez, diz respeito às medidas que auxiliam pessoas com deficiência ou prestes a estar sob essa condicionalidade, a terem/manterem uma funcionalidade ideal na interação com o ambiente. Para a OMS (2012), pode-se fazer distinção entre a habilitação, que mira auxiliar aquelas pessoas com deficiências congênitas ou adquiridas na primeira infância a desenvolverem sua máxima funcionalidade individual, e a reabilitação, que auxilia as pessoas que tiveram perdas funcionais a readquiri-las (com ou sem uso de próteses, órteses e outros recursos), como, por exemplo, melhorando aspectos básicos como a capacidade de se alimentarem ou fazerem a higiene com menos auxílios possível.

A reabilitação requer a intervenção no ambiente em que o sujeito vive, removendo barreiras, como preconizado, no Brasil, pela Lei n.º 13.146/2015, de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) (BRASIL, 2015b, s.p.):

IV - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em:

- a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo;
- b) barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados;
- c) barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes;
- d) barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação;
- e) barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;
- f) barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias;

Por essa Lei, a reabilitação não diz respeito, portanto, a um programa ao qual alguém deva se submeter a um intenso trabalho de superação individual. Em seu Capítulo II, a *habilitação* e a *reabilitação* são tomadas como direito da pessoa com deficiência (inata ou adquirida). Ambas têm como objetivo o

[...] desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas. (BRASIL, 2015b, s.p.).

Assim, para o alcance desse objetivo, a reabilitação deve compor um trabalho intenso ou mais leve, contínuo ou esporádico, direcionado à uma dada pessoa, podendo ser com vistas a recuperar funcionalidades perdidas, minoradas ou mesmo ameaçadas. Contudo, chama a atenção nessa Lei – que foi resultante de um longo trabalho que contou com a participação efetiva de pessoas com deficiências – o enfoque para que se ultrapasse

os limites individuais e se volte à sociedade no enfrentamento aos impedimentos ou barreiras. Essa Lei considera que os processos de *habilitação* e de *reabilitação* requerem avaliação multidisciplinar das necessidades, habilidades e potencialidades da pessoa, devendo seguir as diretrizes preconizadas (BRASIL, 2015b, s.p., grifo nosso):

- I - diagnóstico e intervenção precoces;
- II - adoção de medidas para *compensar* perda ou limitação funcional, buscando o desenvolvimento de *aptidões*;
- III - atuação permanente, integrada e articulada de políticas públicas que possibilitem a plena participação social da pessoa com deficiência;
- IV - oferta de rede de serviços articulados, com atuação intersetorial, nos diferentes níveis de complexidade, para atender às necessidades específicas da pessoa com deficiência;
- V - prestação de serviços próximo ao domicílio da pessoa com deficiência, inclusive na zona rural, respeitadas a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios locais e as normas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa Lei também prevê que nos programas e serviços de habilitação e de reabilitação sejam garantidos:

- I - organização, serviços, métodos, técnicas e recursos para atender às características de cada pessoa com deficiência;
- II - acessibilidade em todos os ambientes e serviços;
- III - tecnologia assistiva, tecnologia de reabilitação, materiais e equipamentos adequados e apoio técnico profissional, de acordo com as especificidades de cada pessoa com deficiência;
- IV - capacitação continuada de todos os profissionais que participem dos programas e serviços. (BRASIL, 2015b, s.p.)

Aponta, ainda, que os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) devam promover ações articuladas para que a pessoa com deficiência e sua família tenham informações e orientações referentes à saúde, educação, cultura, esporte, lazer, transporte, previdência social, assistência social, habitação, trabalho, empreendedorismo, acesso ao crédito, promoção, proteção e defesa de direitos, etc., de modo a exercer sua cidadania, acessando políticas públicas disponíveis e tendo plena participação social.

O Capítulo VI desta Lei, *Do Direito ao Trabalho*, em sua Seção II, *Da Habilitação Profissional e Reabilitação Profissional*, prevê ser dever do poder público “[...] implementar serviços e programas completos de habilitação profissional e de reabilitação profissional para que a pessoa com deficiência possa ingressar, continuar ou retornar ao campo do trabalho, respeitados sua livre escolha, sua vocação e seu interesse” (BRASIL, 2015b, s. p.).

Tais programas de habilitação ou de reabilitação devem levar à restauração da *capacidade e habilidade* profissional ou, ainda, à aquisição de novas capacidades e habilidades referentes ao âmbito do trabalho. Expõe, também, que

A habilitação profissional corresponde ao processo destinado a propiciar à pessoa com deficiência aquisição de conhecimentos, habilidades e aptidões para exercício de profissão ou de ocupação, permitindo nível suficiente de desenvolvimento profissional para ingresso no campo de trabalho. (BRASIL, 2015b, s.p.).

Cabe ressaltar que, segundo a OMS (2012), em geral, a reabilitação ocorre durante um determinado período (na fase aguda ou logo após a descoberta do problema médico, até as fases pós-aguda e de manutenção), envolvendo intervenções simples ou múltiplas,

executadas por um profissional ou por uma equipe de profissionais. Também requer a identificação dos problemas e necessidades, “[...] o relacionamento dos transtornos aos fatores relevantes do indivíduo e do ambiente, a definição de metas de reabilitação, planejamento e implantação de medidas, além da avaliação de seus efeitos” (OMS, 2012, p. 100).

A CIF repercute o comprometimento das capacidades para realizar atividades que, em seu meio, se consideram “normais” para as pessoas da mesma idade, sexo, grupo social etc. Se, de alguma forma, essa pessoa está fora da “norma” socialmente estabelecida, então, passa a ser considerada com deficiência.

Lembra-se que, para a OMS, a *discapacidade* é toda restrição ou ausência por uma *deficiência da capacidade* de realizar uma atividade social, de acordo com parâmetros considerados comuns à maioria das pessoas, conforme um modelo social dado. É importante mencionar que os termos *disability* (inglês) e *discapacidad* (espanhol) podem ser traduzidos para o português como deficiência.

A OMS considera que as deficiências não são, necessariamente, permanentes. Assim, aqui muito importa o que a Psicologia Histórico-Cultural preconiza: concomitante às deficiências ou *discapacidades* existem as possibilidades culturais de se formar meios alternativos e/ou vias substitutivas (VIGOTSKI, 1989) para que as pessoas sigam com as suas vidas e sejam partícipes, de direito e de fato, da sociedade e da coletividade às quais se vinculam.

Numa direção contrária à uma concepção de cunho adaptacionista da reabilitação, Rossi (2016, p. 20, grifo nosso) escreve:

A reabilitação é um *contrato de vida e deveria ser pensada a partir desta perspectiva*. Uma criança com lesão cerebral será um adulto com lesão cerebral e provavelmente precisará do acompanhamento de reabilitação de longo prazo. É preciso *acomodar* o projeto educacional de reabilitação às diferentes fases da vida e procurar incorporar novas ferramentas educacionais a esses programas.

Ao se tratar de habilitação da pessoa que não desenvolveu grande parte de seu arcabouço cultural, e de reabilitação da pessoa cujo desenvolvimento alcançado esteja sob ameaça ou foram tolhidos/rompidos brusca ou paulatinamente, deve-se reconhecer que se trata de um processo de educação/reeducação. Ou seja, toda a direção desse trabalho centra-se no desenvolvimento cultural, para que uma dada alteração no funcionamento cerebral ou no sistema nervoso central não resulte em limitação ou em impedimento, como um problema apenas pessoal ou individual.

Nenhum trabalho de reabilitação deve forjar algo que não tenha relação com a vida da pessoa. Segundo Rossi (2016), as propostas a respeito devem partir dos *interesses* dos sujeitos envolvidos, de modo a “[...] maximizar os benefícios da abordagem e da recuperação neurológica”, e pondera que um processo compreensivo de reabilitação ocorre a partir do enriquecimento do ambiente natural de vida, da valorização e do respeito aos interesses pessoais e aos valores individuais, de forma prazerosa e sustentável” (p. 20). Rossi (2016) aponta que devem estar “[...] integrados ao cotidiano de vida, incorporando ferramentas, linguagens, modos de comunicação e relacionamento social próprios de cada etapa do desenvolvimento, do contexto e do momento histórico” (p. 20). Considera que a reabilitação se trata de um processo dinâmico, que demanda um diálogo às áreas da educação e da saúde, ante o grande desafio a ser enfrentado.

O que está em jogo, portanto, não é *apenas* a recuperação de funcionalidades, vencendo incapacidades, mas a pessoa como um todo, que pode ser mais bem compreendida e auxiliada/apoiada quando se reconhece a indivisibilidade organismo-psiquismo, afeto-cognição.

Reabilitação sob concepções da Psicologia Histórico-Cultural

Abordou-se que, no Brasil, o Estatuto da Pessoa com Deficiência ou Lei n.º13.146/2015 (BRASIL, 2015b) não trata apenas da reabilitação, mas da habilitação. Ao se refletir sobre como a Psicologia e a Educação podem contribuir para que o conteúdo desta Lei se constitua como uma política que responda às necessidades das pessoas com deficiências e necessidades especiais, entende-se que a teorização histórico-cultural possa apresentar elementos essenciais.

Para tanto, primeiramente, é necessário abordar a *capacidade* à luz da tese central da formação social do psiquismo. Destaca-se que no processo de formação da personalidade, as capacidades são “[...] *qualidades psíquicas*”, ou seja, “[...] *condição para realizar com êxito determinados tipos de atividade*”, de tal forma que, “[...] *nenhuma atividade isolada pode garantir a execução com êxito de uma atividade*” (LEITES, 1969. p. 433, grifos no original, tradução nossa)¹. Elas podem se distinguir em capacidades gerais e especiais, porém ambas são imprescindíveis para o êxito na realização de dada atividade.

A concepção de capacidade está em intrínseca relação com o modo como a sociedade se organiza e reproduz um dado *modus vivendi*. Dessa forma, entende-se que, nas relações sociais, tal concepção permeia a tudo e a todos, e constitui os sujeitos, as organizações e instituições. Tais relações produzem e reproduzem ideias hegemônicas calcadas num modelo de sujeito ideal, produtivo, que desempenha atividades que atendem e reforçam capacidades normativas. Isso leva ao que se denomina *capacitismo* (em inglês, *ableism*), termo que diz respeito à discriminação e ao preconceito social direcionado ou envolvendo pessoas com deficiência ou necessidades especiais.

Em sociedades ou espaços capacitistas, o normal significa a ausência de quaisquer deficiência ou necessidades especiais, devendo as exceções serem superadas ou corrigidas. Por essa concepção hegemônica capacitista, a intervenção médica é altamente desejada, visto que pode produzir a ansiada normalidade em alguém, comumente não respeitado como pessoa, conforme os estudos empreendidos e a prática docente na educação básica e superior permitem afirmar.

Numa direção diversa sobre capacidades, para Leites (1969), “[...] quanto mais ampla e variada se faz a atividade das pessoas, mais ampla e variadamente se desenvolvem suas capacidades” (p. 434, tradução nossa)². Essa compreensão redimensiona todo o trabalho de formação dos sujeitos e reveste de significado o trabalho de reabilitação de funções, ao reestabelecer capacidades que foram afetadas ou perdidas. Certo é que,

À medida que a humanidade cria novas atividades, nasce e se desenvolve novas capacidades e as antigas recebem um novo conteúdo. A divisão e a especialização do trabalho conduzem a especialização das capacidades humanas. *O desenvolvimento das capacidades depende em um grau decisivo das condições histórico-sociais da vida do homem, das condições da vida material da sociedade.* (LEITES, 1969, p. 434-35, grifo no original, tradução nossa)³.

¹ No original: “[...] *cualidades psíquicas* [...] *condición para realizar con éxito determinados tipos de actividades* [...] *Ninguna capacidad aislada puede garantizar la ejecución con éxito de una actividad.*”

² Cuanto más amplia y variada se hace la actividad de las personas, más amplia y variadamente se desarrollan sus capacidades.

³ No original: A medida que la humanidad ha creado nuevas actividades han nacido y se han desarrollado nuevas capacidades y las antiguas han recibido un nuevo contenido. La división y la especialización del trabajo han conducido a la especialización de las capacidades humanas. El desarrollo de las capacidades depende en un grado decisivo de las condiciones histórico-sociales de la vida del hombre, de las condiciones de la vida material de la sociedad. (LEITES, 1969, p. 434, 435).

É necessário complementar que esse desenvolvimento também está implicado pela classe social a que se pertence, pois não somente atua como um prisma para refletir o real, mas o compõe.

Do mesmo modo que a vida de uma sociedade não representa um único e uniforme todo, e a sociedade ela mesma é subdividida em diferentes classes, assim também, não pode ser dito que a composição das personalidades humanas representa algo homogêneo e uniforme em um dado período histórico, e a psicologia tem que levar em conta o fato básico que a tese geral que foi formulada agora mesmo, só pode ter uma conclusão direta, confirmar o caráter de classe, natureza de classe e distinções de classe que são responsáveis pela formação dos tipos humanos. As várias contradições internas que são encontradas nos diferentes sistemas sociais encontram sua expressão tanto no tipo de personalidade quanto na estrutura da psicologia humana naquele período histórico. (VYGOTSKY, 2004, s.p.).

Está, pois, na base dessas afirmações, o reconhecimento da condicionalidade histórica e material da constituição do psiquismo, algo anterior à aquisição ou perda (abrupta ou paulatina) da funcionalidade do organismo e do psiquismo. Não se nasce contando com algumas capacidades determinadas, a não ser algumas particularidades anatômicas e fisiológicas do organismo, como as vinculadas ao sistema nervoso e ao cérebro, ou seja, funções que chamamos naturais ou elementares

Do ponto de vista fisiológico, pode-se considerar que uma função do sistema nervoso central (SNC) possui tanto os mecanismos gerais, como os particulares, que determinam a especificidade das novas relações funcionais que passam a ser estabelecidas com a reabilitação, sendo os fatores sociais de fundamental importância nessa estreita inter-relação. Quanto a estes, reafirma-se que o desenvolvimento humano é eminentemente social, que a base de sua formação está dependente da assimilação da experiência histórico-social, culturalmente produzida. Entende-se, pois, que para que desenvolvam as capacidades, é preciso que haja a assimilação do já elaborado. Isso serve de matéria prima para

[...] a utilização criadora dos conhecimentos, dos hábitos e das habilidades elaboradas no curso da prática histórico-social. Os conhecimentos e as habilidades não são indiferentes com respeito às capacidades. À medida que se assimilam, contribuem com seu desenvolvimento. As capacidades se formam por meio das habilidades generalizadas. (LEITES, 1969, p. 437, grifo no original, tradução nossa)⁴.

Por essa teorização da formação das capacidades, o ensino e a escolarização assumem papéis fundamentais posto que, ao transmitirem a experiência social, permitem a acessibilidade à leitura e escrita, aos conteúdos científicos, artísticos, filosóficos etc., e que se formem hábitos essenciais para a vida cotidiana. Quando assimila o sistema de conhecimentos, ao mesmo tempo, a pessoa adquire o domínio das operações mentais (a análise, a síntese, a generalização), o que desenvolve suas capacidades mentais, e o mesmo ocorre em relação aos domínios técnicos, artísticos etc. A ausência ou a falta desses conhecimentos e da formação dos hábitos necessários tornam-se os maiores impedimentos para a formação das capacidades (LEITES, 1969). Assim, incapacidade ou incapacidade não se refere somente à condição gerada pela deficiência.

⁴No original: *[...] la utilización creadora de los conocimientos, los hábitos y las habilidades elaboradas en el curso de la práctica histórico-social. Los conocimientos y las habilidades no son indiferentes con respecto a las capacidades. A medida que se asimilan contribuyen a su desarrollo. Las capacidades se forman de las habilidades generalizadas?* (LEITES, 1969, p. 437, grifo no original).

Podem ser consideradas capacidades [...] *aquelas qualidades psíquicas que, mesmo dependentes dos conhecimentos, dos hábitos e das habilidades, não se reduzem a eles*” (LEITES, p. 438, grifos no original, tradução nossa)⁵. Para o autor, as capacidades se constituem de forma mais lenta que a aquisição de conhecimentos, hábitos e habilidades e são, portanto, qualidades mais estáveis da personalidade. Por essa explicação, pode-se dizer que a formação de capacidades está baseada nas formas superiores de desenvolvimento psíquico.

Desse modo, se as capacidades se formam e se desenvolvem à medida que se assimilam conhecimentos e habilidades e se formam hábitos, por sua vez, o desenvolvimento da capacidade depende da facilidade com que se aprende a dominar tais conhecimentos e habilidades. Considerando essas teorizações, pode-se dizer que, ainda que existam condições biológicas e sociais desfavoráveis, a formação de [novas] capacidades demandadas na reabilitação está apoiada e é explicada pelo processo compensatório (VIGOTSKI, 1989; VYGOTSKY; LURIA, 1996) que produz, nas estruturas psicológicas, a assimilação das experiências culturais e sociais produzidas historicamente. Há que se considerar que a execução de uma mesma atividade pode se efetivar por distintas combinações de capacidades. Psicologicamente, se pode conseguir o êxito em uma atividade por distintos caminhos. [...] Na prática escolar se encontram com frequência casos de substituição e de compensação de umas capacidades por outras. (LEITES, 1964, p. 441, tradução nossa)⁶.

Mas, para tanto, é mister a formação dos sistemas necessários de conexões condicionadas sendo que, concomitantemente, se desenvolvem os processos nervosos fundamentais e as singularidades das relações mútuas dos sistemas de sinais, em conformidade com as condições da atividade.

Isso tudo remete à anterior teorização de L. S. Vigotski, no *Tomo V* de *Obras Completas* (1989) que, dentre outros propósitos, dedica-se a analisar a essência dos processos psicológicos superiores, com explicações sobre o desenvolvimento e sobre a gênese dos *defeitos* primários e secundários. Quando teorizou, nas décadas de 1920-1930, no campo da *Defectologia* – área comparável à atual Educação Especial – era comum empregar o termo *defeito* para fatores que trariam limitações ao desenvolvimento ontogenético, tais como deficiência, déficit, má formação congênita etc. Apontou para os aspectos biológicos como defeitos primários e para as limitações sociais ao desenvolvimento, geradas e reproduzidas nas e pelas relações sociais, como defeitos secundários.

Além de trazer à luz que as limitações não estariam, necessariamente, nas condições biológicas, mas no modo de produção social da vida, mediante o qual os homens se relacionam entre si, Vigotski acaba reposicionando o fator biológico da deficiência, conferindo-lhe um papel que não é determinante em si mesmo. O autor pleiteia o direito de *todas* as pessoas ao desenvolvimento cultural, ao alcance da formação de FPS a patamares mais elevados/complexos, criticando fortemente as práticas de meros treinos adaptativos empreendidos pelas escolas auxiliares (escolas especiais) e instituições de reabilitação da época.

Tal perspectiva vigotskiana põe em questão o equívoco de se insistir em treinamentos/condicionamentos obsoletos e estéreis como se fossem relevantes para a reabilitação. Antes, postula uma pedagogia especial que pudesse ocupar o papel de diretora do desenvolvimento e não implementadora de uma educação insossa de mediações culturais.

⁵No original: [...] aquellas cualidades psíquicas, que aunque dependen de los conocimientos, los hábitos y las habilidades, no se reducen a ellos.

⁶No original: La ejecución de una misma actividad se puede realizar por distintas combinaciones de las capacidades. Psicologicamente, se puede conseguir el éxito en una actividad por distintos caminos. [...] En la práctica escolar se encuentran con frecuencia casos de substitución [sic] y de compensación de unas capacidades por otras.” (LEITES, 1964, p. 441).

A seu ver, era preciso sair do reino dos treinos e condicionamentos, o que requeria o abandono da ênfase no domínio sensorial para a busca da formação da abstração nas pessoas com deficiência. O alvo de todo o trabalho formativo (de habilitação) e de reabilitação deveria ser o desenvolvimento da consciência, como unidade das FPS e como compreensão do real, das suas leis. A pessoa com deficiência ou com limitações em sua funcionalidade não seria, pois, fadada ao não desenvolvimento, posto que o desenvolvimento cultural, propriamente humano, poderia ser alcançado por vias alternativas, colaterais.

É preciso ressaltar que os treinos vigentes da época, justamente por serem apenas treinos, excluía as situações efetivas de produção de sua prática, ou seja, o significado do ato, seja ele motor ou verbal. Sabemos que significação/significado são termos muito caros para Vigotski, visto que carregam a generalização, a formação dos conceitos, ato indispensável e autêntico do pensamento, uma vez que, para ele “[...] palavra sem significado é um som vazio” (VIGOTSKI, 2001, p. 398). Desta forma, é possível compreender o quão nocivo o treino mecânico fora das situações efetivas de significação pode ser para a formação de FPS de pessoas com deficiência.

Nessa direção, teoriza sobre as particularidades estruturais da personalidade integral da pessoa com deficiência que, tal como as demais, conta com a indissociabilidade afetivo-cognitiva. Em suas explicações sobre o desenvolvimento dessa pessoa, leva em consideração a existência de lesão orgânica do SNC e as limitações que esta pode produzir em potencial, mas não de modo inevitável ou determinante. Postula que as limitações orgânicas são socialmente alteráveis, reconhecendo o papel fundamental da educação na sua *correção* e *compensação*, e nas possibilidades de seu pleno desenvolvimento humano. Para Vigotski,

O defeito orgânico por si só [...] é um fato biológico. Mas o educador deve trabalhar não só com os fatos por si mesmos, mas com suas consequências sociais. [...] Por isso que a educação da criança deficiente não é mais do que educação social. Exatamente da mesma maneira, também os processos de compensação que são representados nesta criança, sob a influência do defeito, são dirigidos, fundamentalmente, não pela linha de eliminação do defeito (o que é impossível), mas pela linha de reorganização psicológica, de substituição, de nivelamento do defeito, pela conquista da validação social ou por sua aproximação. (1989, p.161-2, tradução nossa)⁷.

Com essas explicações gerais sobre as potencialidades dos meios sociais que servem de contexto favorável ou desfavorável diante de um eventual *defeito* no organismo de uma pessoa, o autor concebe que a chave da aprendizagem e do desenvolvimento humano está nas relações estabelecidas entre o adulto e a criança, entre o professor e o aluno, ou entre sujeitos mais experientes e sujeitos menos experientes em uma unidade indivisível e produtiva. A relação de ensino-aprendizagem dos conteúdos e meios da cultura, onde quem assume o papel de agente mediador principal nem sempre é consciente da condição formativa que guia, dirige, promove e acelera o desenvolvimento cultural.

A constituição do edifício cultural sobre a base biológica inicial é um longo e árduo processo, pois se trata da formação da genericidade na criança, o que depende, portanto, do outro. Isso ocorre, por um lado, pela própria condição genética da espécie humana; pela

⁷ No original: El defecto orgánico por sí mismo [...] es un hecho biológico. Pero el educador tiene que trabajar no sólo con los hechos por sí mismo, como con sus consecuencias sociales [...]. Por eso, la educación del niño deficiente no es más que la educación social. De un modo exactamente igual, también los procesos de compensación que se representan en este niño, bajo la influencia del defecto se dirigen, en lo fundamental, no por la línea de la eliminación del defecto (lo que es imposible), sino por la línea del vencimiento psicológico, de la sustitución, de la nivelación del defecto, por la conquista de la validez social o del acercamiento a ella. (VIGOTSKI, 1989, p. 161-2).

filogênese, que permite ao sujeito herdar toda a evolução filogenética. Por outro, porque a formação da personalidade singular, pela ontogênese, encaminha ao produto do desenvolvimento humano peculiar, carece de um processo de internalização das características culturais, históricas e sociais já existentes e potencialmente transmissíveis pelas pessoas, por mediação de signos e significados constituídos.

Ainda, segundo Vygotsky e Luria (1996, p. 177, grifo nosso), no processo de desenvolvimento,

[...] a criança não só cresce, não só amadurece, mas ao mesmo tempo - e isso é a coisa mais fundamental que se pode observar em nossa análise da evolução da mente infantil -, a criança adquire inúmeras novas habilidades, inúmeras novas formas de comportamento. No processo de desenvolvimento, a criança não só amadurece, mas também *se torna reequipada*. É exatamente esse “reequipamento” que causa o maior desenvolvimento e mudança que observamos na criança à medida que se transforma num adulto cultural.

As explicações desses autores a respeito de aprendizagem e desenvolvimento esclarecem a interrelação entre o biológico e o cultural na formação do psiquismo humano. Por essa razão, a relação dialética existente entre os fenômenos biológicos – que são a base da existência e se expressam nos comportamentos reflexos e instintivos – e os culturais – os instrumentos mediadores (signos e instrumentos da cultura), objetivados nos diversos tipos de produção humana – possibilitam um salto qualitativo na direção da história humana, na medida em que são apropriados pelo indivíduo e em sua própria história, seja em processos formativos de habilitação ou de reabilitação.

Ao mostrarem a insuficiência do nascimento para a criança vir a se tornar um ser cultural por conta própria, ambos os autores consideram que são múltiplos os fatores que atuam ao longo do desenvolvimento humano, constituindo-se como sujeito em um todo único, a cada período de sua vida social. Em sua concretude, os processos psicológicos superiores

[...] surgem não no ‘interior’ da célula viva, mas em suas relações com o meio circundante, na fronteira entre o organismo e o mundo exterior, e ela [célula] assume as formas de um reflexo ativo do mundo exterior que caracteriza toda atividade vital do organismo. À medida que a forma de vida se torna mais complexa, com uma mudança no modo de existência e com o desenvolvimento de uma estrutura mais complexa dos organismos, estas formas de interação com o meio ou de reflexo ativo mudam; todavia, os traços básicos desse reflexo, bem como suas formas básicas tais como foram estabelecidas no processo da história social devem ser procurados não no interior do sistema nervoso, mas nas relações concernentes à realidade, estabelecidas em estágios sucessivos de desenvolvimento histórico. (LURIA, 2006, p. 194).

Para Luria, assim como para Vigotski, as FPS (presentes somente nos seres humanos e orientadas pela consciência, pela intencionalidade) se formam por meio das relações sociais com os conteúdos e meios da cultura. Tem-se, com isso, que “[...] toda função psíquica superior foi externa, porque foi social antes de ser interna; antes de ser uma função psíquica propriamente, em princípio constitui-se em uma relação social entre duas pessoas” (VYGOTSKI, 2000, p. 150, tradução nossa)⁸.

Considera-se, assim, que a formação das FPS sobre a base daquelas funções naturais vai se desenvolvendo na atividade e comunicação com os outros; isso corresponde ao desenvolvimento cultural ontogenético, ou seja, para este autor, as funções psicológicas

⁸ No original: Toda función psíquica superior fue externa por haber sido social antes que interna; la función psíquica propiamente dicha era antes una relación social de dos personas.

superiores – como atenção voluntária, memória lógica e linguagem verbal – são estruturadas no cérebro humano sob um processo relacional com outro humano, pois “[...] todas as formas fundamentais de comunicação verbal do adulto com a criança se converte mais tarde em função psíquica” (2000, p. 150, tradução nossa)⁹.

Essa concepção formativa relacional do desenvolvimento psíquico se faz essencial no processo educativo e/ou de reabilitação. Por ela se percebe a possibilidade de o trabalho educativo investir sobre o desenvolvimento de uma maneira prospectiva e potencializadora, pois se considera que a educação promove a construção de estruturas e sistemas psicológicos complexos, nos quais se incluem os mecanismos de compensação da deficiência, da limitação.

Com o exposto, há elementos teóricos para se pensar a habilitação e a reabilitação para além da conquista da independência motora, e passa-se a buscar a funcionalidade do organismo num processo contínuo e intencional de criação das condições necessárias para se realizar, nos sujeitos singulares, a genericidade historicamente dada.

Considerações sobre mediação, habilitação e reabilitação

No Brasil, a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, talvez seja a maior referência para o que denominam neuroreabilitação de lesões medulares congênicas ou adquiridas, de origem traumática (acidentes de trânsito, quedas, mergulhos, ferimentos por armas brancas ou de fogo etc.) ou não traumática (tumores, infecções, malformações arteriovenosas, doenças degenerativas). A Rede aponta que “[...] os programas de reabilitação são individualizados e organizados de forma dinâmica e contextualizada, de acordo com o potencial de recuperação funcional, e podem ser realizados ambulatorialmente, em regime de hospital-dia ou internação”¹⁰. A Rede indica, como seus princípios:

Criar uma rede de neuroreabilitação, que entenda o ser humano como sujeito da ação e não como objeto sobre o qual se aplicam técnicas.

Trabalhar para que cada pessoa seja tratada com base no seu potencial e não nas suas dificuldades.

Vivenciar o trabalho multidisciplinar em saúde como um conjunto de conhecimentos, técnicas e atitudes unificadas, destinadas a gerar um processo de reabilitação humanístico.

Transformar cada pessoa em agente de sua própria saúde.

Atuar na sociedade para prevenir a incapacidade, combatendo, ao mesmo tempo, preconceitos quanto às limitações e diferenças, pois o que caracteriza a vida é a infinita variação da forma que no tempo muda.

Valorizar a iniciativa inovadora e a troca de experiências, no ensino e na pesquisa, estimulando a criatividade de pessoas e grupos, gerando conhecimento.

Melhorar a qualidade dos serviços prestados a um número cada vez maior de cidadãos, através da eficiente aplicação dos recursos e da continuada qualificação dos seus recursos humanos.

Restituir ao cidadão brasileiro, com serviços qualificados de saúde e de reabilitação, os impostos que por ele foram pagos.

Viver para a saúde e não sobreviver da doença¹¹.

⁹ No original: Todas las formas fundamentales de comunicación verbal del adulto con el niño se convierten más tarde en funciones psíquicas.

¹⁰ Disponível em: <https://www.sarah.br/especialidades/neuroreabilitacao-em-lesao-medular/>. Acesso em: 10 maio 2021.

¹¹ Disponível em: <https://www.sarah.br/a-rede-SARAH/nossos-principios/>. Acesso em: 10 maio 2021.

Esses princípios contemplam, de alguma forma, o que os documentos norteadores ou legais já citados apontam. Também se apoiam em elementos teorizados pelos autores soviéticos sobre as novas bases para a constituição do psiquismo humanizado nos sujeitos, para se compreender a organização e funcionamento cerebral, que devem ser recuperados, quando se trata da reabilitação.

A esse respeito, importante salientar que, para Luria (1977, 1981), fatores externos, os quais medeiam a relação entre dois seres humanos, possibilitam a relação entre pontos distintos do sistema nervoso central, ou seja, estruturam e reestruturam o funcionamento do cérebro, visto que as funções mentais (ou psicológicas) superiores não são inatas, mas organizadas na ontogênese. Neste sentido podemos entender que funções superiores são aquelas em que, diferentemente das elementares, ou naturais, não há previsibilidade de que aconteçam, a não ser por meio de uma situação relacional orientada e intencional na qual o outro se faz imprescindível. Portanto, é de fundamental importância um ambiente rico em humanização, que proporcione aos sujeitos, desde a mais tenra infância, situações relacionais intencionais com outras pessoas, principalmente com adultos.

É importante salientar que Luria (1981), compreendendo o cérebro como algo dinâmico, passível de reestruturação e reorganização constantes, apontou falhas na escola clássica de estudos em neurofisiologia sobre a formulação dos conceitos de "função", "localização" e "sintoma". Demonstrou que o que era chamado de função, destinava-se à compreensão de um tecido particular, mas não sendo adequada para todos os tipos de funções, como a de um sistema funcional complexo que recrutava vários processadores neurológicos, resultando em um funcionamento sistêmico e orquestrado de várias unidades cerebrais.

Esta forma de compreender o funcionamento do cérebro como complexo, diferencia-se da abordagem dos chamados "localizacionistas", para quem as funções mentais superiores estariam circunscritas em áreas específicas no cérebro. Assim, qualquer acidente que resultasse em lesões, levaria a um trabalho de reabilitação pautado em treinos, condicionamentos e hábitos levando em conta apenas o sintoma neuropsicológico aparente, sem compreender a profundidade e complexidade do sistema funcional no qual podemos ter, a depender do fator lesado, sintomas primários (perturbações diretamente relacionadas com a lesão) e secundários (perturbações que surgem como consequência dos sintomas primários por meio da interação sistêmica) em um sistema funcional.

A proposta teórico-metodológica de Luria reflete uma perspectiva de desenvolvimento diferenciada, na qual nenhum processo mental pode estar vinculado a uma única região específica do cérebro. Essa forma de raciocínio traz consequências importantes para o processo de reabilitação; sua revisão ao conceito de localização mostra que, quando ocorre uma lesão, não há a "perda" de uma função específica correspondente àquela região, como queriam propor os adeptos do localizacionismo.

Nesse sentido, não obstante haver, sim, a perturbação de uma dada área cerebral, a lesão levaria, segundo Luria (1981), à reorganização do funcionamento original por partes intactas do cérebro. Para ele, na prática, nenhuma função cerebral é tão precisamente demarcada que permita com que a lesão destrua, somente, um grupo estreitamente localizado de células nervosas, e nem todos os elementos de uma região cerebral inteira. Dessa forma, o trabalho de reabilitação torna-se de fato possível, pois como o funcionamento do cérebro é dinâmico, as regiões íntegras ou não afetadas podem ser recrutadas para atuar na reestruturação dos processos mentais.

Ao revisar o conceito de sintoma, Luria (1981) demonstra que um sintoma muito próximo de dois pacientes pode ter sua origem bem distinta no sistema nervoso central; desta forma, é preciso compreender o que o autor russo chama de *fator*. Para ele, um movimento voluntário (praxia) constitui um sistema funcional complexo, que incorpora inúmeras condições ou fatores dependentes de todo um grupo de zonas corticais e

estruturas subcorticais, sendo que cada uma dá sua contribuição peculiar para a realização do movimento.

Para exemplificar o que foi dito Luria (1981) nos dá o exemplo da apraxia, que é quando um paciente não consegue manipular objetos de forma adequada. Para o autor a condição essencial para que um movimento ocorra é sua aferenciação cinestésica, ou seja se estes impulsos aferentes estiverem ausentes o movimento perde sua base e se torna descontrolado. Como resultado desse fato mesmo lesões leves do córtex pós-central podem levar a uma forma característica de “*apraxia cinestésica*”, que é a incapacidade do paciente colocar a mão na posição adequada para a ação manipulatória que queira executar. Mas a presença essencial da aferenciação cinestésica não é suficiente para a ação da ação, pois todo movimento é efetuado por meio de um sistema de coordenadas espaciais que é levado a cabo por zonas terciárias parieto occipital do córtex. Se esta região for afetada um distúrbio do movimento se manifesta, “*apraxia espacial*”, mas agora com características diferentes, ou seja, o paciente tem dificuldades em posicionar a mão em coordenadas espaciais sendo por exemplo difícil levar o garfo à boca. O autor russo aponta ainda outras duas condições que podem alterar o curso do movimento quais sejam: “*apraxia cinética*”, que ocorre quando uma alteração na região pré-motora altera a melodia cinética dos movimentos dificultando a produção da sequência fluida e suave do movimento, e a última condição descrita, que é a incapacidade do paciente para subordinar seus movimentos à intenção expressa pela fala, ocasionada por lesões do lobo frontal. Essa alteração, “*apraxia das ações dirigidas a metas*” leva à uma desintegração de programas organizados reduzindo-os à repetição ecoprática dos movimentos que perderam sua natureza racional.

Desta forma podemos concluir, dos fatos descritos acima, que o movimento voluntário, praxia, constitui um sistema funcional que incorpora inúmeras condições, sendo assim o sintoma “apraxia” segundo Luria (1981) é um sinal de uma lesão que precisa ser minuciosamente analisado. O autor aponta que a primeira tarefa do investigador, neuropsicólogo, é estudar detalhadamente o fator básico que está por trás do sintoma observado, e não confundir o foco, a lesão, que pode ser localizada, com a função, que não é localizada, pois depende de um sistema funcionando em concerto.

Pode-se compreender que quando há lesão no cérebro, isso pode acarretar uma grande desorganização do sistema nervoso central, entretanto, a ação em conjunto de todas as áreas possibilita notáveis rearranjos neurofuncionais, fato este considerado pelas neurociências, na atualidade, como “neuroplasticidade”, o que já havia sido aventado por Vigotski e por Luria nas décadas iniciais até meados do século passado. Desta forma, nota-se quão importante são seus estudos sobre a estruturação do cérebro, vislumbrando novos rearranjos caso se façam necessários.

Com o exposto, entende-se que estimular adequadamente o sujeito durante as primeiras etapas da vida é algo, por si só, importante. Contudo, ao se voltar à pessoa com deficiência ou que apresente algum fator de risco que possa comprometer seu desenvolvimento, identificar as possibilidades e atuar de forma multidisciplinar resulta em uma intervenção fundamental para a sua vida e para a sociedade.

Isso significa dizer que o diagnóstico multidisciplinar e dinâmico deve ser realizado o mais cedo possível e por um processo explicativo das possibilidades de intervenção com vistas a promover o desenvolvimento das funções e/ou analisadores mentais complicados por uma dada condição ou perdidos, de modo a se constituir a substituição, por vias alternativas, daquilo que se encontra comprometido.

Assim, leva-se em conta, necessariamente, a grande plasticidade e dinâmica do SNC e em especial do cérebro, o que permite considerar o complexo e dinâmico mecanismo interfuncional do psiquismo humano. E isso, de tal maneira, que na pessoa com deficiência, os processos compensatórios que aparecem por influência do defeito criam uma posição peculiar e não se dirigem à linha da reparação orgânica da insuficiência (coisa impossível).

Nesse processo, porque o defeito dificulta, se projeta a tendência para o futuro com as exigências e aspirações do ser social seguindo a linha da superação psicológica com atividade intensificada, de substituição, de correção do defeito, de conquista da validade social ou de aproximação à mesma (VIGOTSKI, 1989), como exposto. Este pressuposto teórico subsidia tanto a reabilitação nos aspectos cerebral e físico-motor e, ainda, a integração social com potencialidades superiores de humanização da pessoa com deficiência.

Por esses preceitos, pensar e produzir vias alternativas ao desenvolvimento que se encontra comprometido por uma lesão ou má formação anatômico-funcional, possibilita reconhecer como ocorre a formação da personalidade, intervindo intencionalmente sobre ela, bem como identificar as possibilidades do meio social na compensação do “dano”. Isso é importante para não se tomar a concepção de reabilitação limitada apenas aos recursos e tratamentos clínicos, terapêuticos, médicos individuais e individualizantes, e voltados à uma funcionalidade pragmática que não implica a consciência.

Isso, porque, a formação da personalidade das pessoas com e sem deficiência depende, eminentemente, da situação social de desenvolvimento, ou seja, da capacidade humana (educativa) e do entorno social em formar e produzir as vias colaterais e/ou alternativas, sobretudo, por meio de atividades específicas elaboradas a fim de trabalhar de forma sistêmica, a transformação dos processos internos do desenvolvimento e das condições externas.

De acordo com tais possibilidades, Luria (1981) aponta que os processos mentais humanos são sistemas funcionais que ocorrem por meio da participação de três principais unidades funcionais, cuja participação de cada uma se torna necessária para qualquer atividade mental, sendo elas: a primeira unidade que regula o tônus ou a vigília; a segunda unidade, que recebe, processa e armazena as informações que chegam do mundo externo; e, a terceira unidade, que programa, regula e verifica a atividade mental.

Essas unidades funcionais também são chamadas de Blocos, sendo que o Bloco I localiza-se em estruturas subcorticais, ou seja, tronco cerebral, tálamo, hipotálamo e fibras reticulares. Seu funcionamento de regulação do tônus cortical é pré-requisito para o funcionamento dos Blocos II ou III, pois, para que os processos mentais ocorram, é necessário um nível ótimo de atenção.

O Bloco II, por sua vez, é formado pelas áreas auditivas (lobo temporal), área visual (lobo occipital) e área tátil-cinestésica (lobo parietal), estruturas das regiões laterais do córtex ocupando a região posterior dos hemisférios cerebrais. Diferentemente do Bloco I, o Bloco II subdivide-se em zonas primárias, secundárias e terciárias; e qual o funcionamento destas zonas?

As zonas primárias são encarregadas de receber as informações do mundo externo e transmiti-las para o cérebro; neste nível, não há análise. A zona primária é circundada pela zona secundária, que está encarregada de proceder uma primeira análise, sobre o que foi ouvido, visto ou capturado de algum modo. Já seguindo a hierarquia, tem-se a zona terciária, que diferentemente da zona secundária, não possui área específica; situa-se na fronteira dos três córtices, auditivo, parietal e occipital, ou seja, integrando este funcionamento. Isso faz com que esta seja uma região importantíssima, pois realiza a síntese das informações, permitindo o funcionamento coordenado de vários analisadores, a conversão da percepção concreta ao pensamento abstrato: são estruturas essenciais e especificamente humanas.

O Bloco III ocupa a região anterior do cérebro, chamado de lobo frontal, e é responsável pela programação, regulação e verificação da atividade. É considerado o mecanismo regulador mais complexo do cérebro, pois é onde criamos intenções e formamos planos para serem executados. Divide-se, também, em três zonas, como no Bloco II, entretanto, em ordem inversa. Ou seja, no Bloco III, os processos se iniciam nas

zonas terciárias, que planejam informações necessárias para a execução e verificam a eficácia da ação, na zona secundária.

Com base nas informações recebidas das zonas terciárias, o Bloco III prepara os programas de ação, compondo o que Luria (1977,1981) chama de “melodia cinética” do movimento, referindo-se à passagem gradual e coordenada do movimento voluntário que é executado pelas áreas pré-motoras da região frontal. A zona primária recebe as informações das áreas secundárias e as envia para a realização do movimento, última parte do processo. Pode-se notar o quão complexo é o processo que se inicia desde o momento em que se captura os sinais que permitem a audição, a visão, o tato etc., até que a elaboração de um movimento ou fala seja levada a cabo.

A partir do exposto, pode-se dizer que existem algumas leis para a organização do funcionamento do sistema nervoso, e a que mais interessa, por estar diretamente relacionada ao objeto deste capítulo, é a primeira delas. Ela é exemplificada por Luria da seguinte forma: na criança pequena, a formação de zonas secundárias adequadamente funcionantes não poderia ocorrer sem a integridade das zonas primárias, que constituem a sua base, e o funcionamento apropriado das zonas terciárias não seria possível sem o funcionamento das zonas secundárias.

Neste sentido, um distúrbio das zonas inferiores nos primeiros anos de vida levaria, inevitavelmente, a um desenvolvimento incompleto das zonas corticais superiores. Vigotski (2018, p.145) sinalizou esse fato formulando a explicação de que a passagem das funções para os centros superiores enuncia que a linha de interação das zonas corticais vai de “baixo para cima”.

Diferentemente, no adulto, pelo fato de suas funções psicológicas já estarem formadas, no caso de haver uma lesão, as zonas corticais superiores assumiriam o controle, fato este que levou Vigotski a concluir que, neste caso, no estágio tardio da ontogênese, a linha principal de sua interação das zonas corticais vai de “cima para baixo”, fato explicitado por Luria (1981, p. 56). Nesse caso, a consciência, a intencionalidade atuam de modo decisivo no processo de reabilitação, de compensação do que não está íntegro.

A descoberta de que efeitos diferentes, em caso de lesões em áreas similares no sistema nervoso central, mas em diferentes etapas do desenvolvimento psíquico, é um aspecto de grande importância para a neuropsicologia moderna pois levou os pesquisadores à maior compreensão deste complexo sistema levando, como consequência a melhores possibilidades de reabilitação e organização da consciência.

5. Considerações Finais

Falar de reabilitação é algo que implica a retomada de políticas públicas a respeito, como é o caso do Estatuto da Pessoa com Deficiência, e este remete à habilitação. Para tratar da reabilitação de funções que se tornaram comprometidas devido à deficiência, é necessário que também se considere o passo anterior: a formação delas. (Considera-se que quando a sociedade precisa que algo conste em lei ou em outros documentos, fica evidente que, em sua prática, aquela matéria não é garantida para todas as pessoas.)

Num país em que a educação pública básica não é prioridade, tanto que os resultados de avaliações nacionais e internacionais apontam e posicionam o Brasil nos últimos lugares dentre tantos outros países, há que se lutar pela formação humana em patamares mais complexos para todas as pessoas, como já se garantiu a parcelas reduzidas da humanidade. Quando isto se efetiva, sobretudo para pessoas com deficiências (e com outros marcadores que as levam a vivenciarem intensamente as desigualdades racial, socioeconômica, de gênero etc.), falar em reabilitação demanda um esforço coletivo e continuado.

Recuperaram-se orientações de documentos internacionais e, também, a Lei 13.146/2015, para se identificar que há reconhecimento da necessidade da habilitação e da reabilitação das pessoas com deficiência. As fontes apontam que é essencial que se atue em favor dos que nasceram com ou adquiriram deficiência ao longo da vida, de modo que possam ter funcionalidades em suas vidas diárias, tornando-os independentes.

Questiona-se o quanto isso pode ser enganoso, pois não basta que se focalize a independência, funcionalidade ou a autonomia motora para realização das demandas primárias de garantia da vida, e da vida em sociedade. É preciso que se reconheça que esse é um passo inicial, e que se deve mirar na emancipação dos sujeitos por meio de diferentes vias, sendo a aquisição dos conhecimentos escolares determinante para que participem/atuem de forma ativa e consciente da vida social, em condições de assumirem as exigências que se colocam a qualquer ser humano no contexto das relações sociais. O que está em jogo é a formação multilateral dos sujeitos, na habilitação e na reabilitação.

Para tanto, as pessoas alvo da habilitação e, sobretudo, da reabilitação, precisam ter direito às suas histórias de vida incluindo, aí, os diagnósticos. Também devem ter condições de compreender como o que experienciam em seus corpos e psiquismos não se constituem à parte das relações sociais e das políticas públicas educacionais e de saúde. Trata-se de uma grande cilada seguir pelo caminho do divórcio do sujeito com o seu entorno e com o mundo. Para se alcançar a formação ou uma nova formação de capacidades é necessário o estabelecimento de relações colaborativas com os pares e com sujeitos mais experientes, em propostas que gerem motivos para seguirem ou redirecionarem seu desenvolvimento. Mas, como pode ser demonstrado, há que se ter assegurado em lei os direitos fundamentais à vida e à humanização, e há que se ter garantido na prática educacional, dentre outras, um atendimento que de fato movimente o desenvolvimento, visto provocar a aprendizagem.

A reabilitação se constitui, pois, em um processo de individuação e não de mero resgate de funcionalidades perdidas ou em risco, guardando aspectos diferenciados da formação, posto que também precisa lidar com os impactos dolorosos das perdas ocorridas ou em processo. Isso demanda que se trabalhe não somente os indivíduos, mas a sociedade, que pode constituir barreiras e impedimentos.

Como se pode notar, há um longo trabalho educativo a ser percorrido por aqueles que defendem o enfrentamento das desigualdades de toda ordem, cujas origens estão, antes, mais nas relações estabelecidas entre os seres humanos do que em seus organismos.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988** [com Emendas Constitucionais de Revisão]. Brasília, Palácio do Planalto, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. **Medida Provisória Nº 905**, De 11 De Novembro De 2019. Institui o Contrato de Trabalho Verde e Amarelo, altera a legislação trabalhista, e dá outras providências. Brasília: Palácio do Planalto, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv905.htm. Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. **Medida Provisória Nº 955, De 20 De Abril De 2020**. Revoga a Medida Provisória nº 905, de 11 de novembro de 2019, que institui o Contrato de Trabalho Verde e Amarelo e altera a legislação trabalhista. Brasília: Palácio do Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv905.htm. Acesso em: 02 fev. 2021.

- BRASIL. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a, 132 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatismo_cranioencefalico.pdf . Acesso em: 12 jan. 2021.
- BRASIL. **Lei Nº 13.146**, de 6 De julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Palácio do Planalto, 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 10 dez. 2020.
- CLARINDO, Janailson Monteiro. **Clínica Histórico-cultural**: caracterizando um método de atuação em psicoterapia. Tese (Doutorado em Psicologia) - Centro de Humanidades, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2020, p. 205 f. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/56643/5/2020_tese_jmclarindo.pdf . Acesso em: 23 maio 2021.
- LEITES, N. S. Las capacidades. In: Smirnov, A. A.; LEONTIEV, A. N.; RUBINSTEIN, A, S. L.; Tieplov, B. M. (Org.). (1969) **Psicologia**. Trad. Florencio Villa Landa. 3. ed. México - DF: Grijalbo, p. 433-448.
- LURIA, A. R. **Fundamentos de Neuropsicologia**. Rio de Janeiro. Editora da Universidade de São Paulo. Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1981.
- LURIA, A. R. **Las funciones Corticales Superiores del Hombre**. Habana: Editorial Orbe. 1977.
- LURIA, A. R. O cérebro humano e a atividade consciente. In VIGOTSKII, L., LURIA, A.; LEONTIEV, A. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo, SP: Ícone, 2006, p. 191-228.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf?sequence=4. Acesso em: 23 maio 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: OMS, 2004, 238 p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/11/CLASSIFICACAO-INTERNACIONAL-DE-FUNCIONALIDADE-CIF-OMS.pdf>. Acesso em: 02 maio 2021.
- ROSSI, Luciana de Souza Pinto Alvarenga. **Interação social e neuroreabilitação de adolescentes com lesão cerebral**: um estudo exploratório em torno da Rede Social 5dnet da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Brasília – UnB. Brasília: UnB, 2016, 322 p. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21506/1/2016_LucianadeSouzaPintoAlvarengaRossi.PDF. Acesso em: 01 maio 2021.
- VIGOTSKI, L. S. **7 aulas de L.S. Vigotski**. Sobre os Fundamentos da Pedagogia. Trad. e Org. Zoia Prestes e Elizabeth Tunes. Rio de Janeiro: E-papers, 2018.
- VIGOTSKI, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VIGOTSKI, L. S. **Obras Completas**: fundamentos de Defectología - Tomo V. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación, 1989.

VYGOTSKY, L. S.; LURIA, A. R. **Estudos sobre a história do comportamento**: Símio, homem primitivo e criança. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1996.

VYGOTSKI L. S. **Obras Escogidas III**. Problema del desarrollo de la psique. Madrid: Visor, 2000.

VYGOTSKY, Lev. **A Transformação Socialista do Homem**. trad. Nilson Dória Julho de 2004. Disponível em:

<https://www.ufrgs.br/psicoeduc/chasqueweb/vygotsky/vygotsky-a-transformacao-socialista-do-homem.htm>. Acesso em: 10 abril 2021.