

Capítulo 14

O Afásico e a Legislação Brasileira

*Ana Lucia Tubero, Clara M. Nagamine Hori,
Danuza Numm e Cláudia Saad*

“... O conceito de deficiência reside na incapacidade do indivíduo para certas tarefas, não na falta de qualquer capacidade física ou mental...”

(L. A. D. Araújo)²

J. era casado, tinha uma filha a quem era muito apegado e trabalhava como encarregado de escritório. Sofreu um acidente vascular cerebral do tipo isquêmico aos 25 anos de idade. Ficou afásico, com um quadro inicial de mutismo, e hemiplégico. Iniciou um programa de reabilitação, mas não tinha nenhum respaldo familiar e acabou abandonando após 8 meses de programa. Neste interim, sua esposa separou-se dele e ficou com a guarda da filha. J. foi aposentado por invalidez. Atualmente, reside com seu pai e sua irmã. Ainda apresenta um comprometimento grave de expressão oral e escrita, mas utiliza-se de gestos para se fazer entender. Não trabalha e quase não sai de casa. Vive do dinheiro que provém da aposentadoria por invalidez. Fica com sua filha na época das férias escolares; atualmente, ela quer ir morar com ele.

M. tinha um temperamento muito difícil. Era divorciado e tinha sérios problemas de relacionamento com seus pais. Sofreu um traumatismo crânio-encefálico aos 35 anos de idade, voltando a morar com seus pais. Ficou afásico com uma intensa falha de evocação e dificuldade de compreensão. Submeteu-se durante sete anos ao processo de reabilitação. Atualmente, tem um leve comprometimento da expressão oral, conseguindo comunicar-se bem, porém, de forma mais lenta. M. era vendedor e foi aposentado por invalidez. Sua mãe ficou com a sua curatela e ele perdeu o direito de administrar seus próprios bens. Com a morte de sua mãe, a curatela passou para seu pai, que não repassa a M. nem mesmo o dinheiro da aposentadoria por invalidez. Terminado o processo de reabilitação fonoaudiológica, foi contratado por uma firma de arte-final, mas, por problemas de ajustamento ao sistema de trabalho, abandonou a firma e continua desempregado.

V. tinha 43 anos quando sofreu um acidente vascular cerebral. Ficou com uma afasia severa de emissão. Frequentou o centro de reabilitação, recebendo alta após 1 ano e meio de tratamento com uma performance lingüística satisfatória. V. era corretor de imóveis e foi aposentado por invalidez. Atualmente, é viúvo, mora sozinho e administra seu dinheiro. Não conseguiu ser registrado quando trabalhou em uma imobiliária, após o acidente vascular cerebral, e atualmente não encontra emprego.

Este capítulo tem como objetivo discutir a Legislação Brasileira em relação àqueles chamados incapacitados ou deficientes de alguma natureza e, nesse contexto, discutir qual o tratamento que é dado aos afásicos. Procuramos delinear também o percurso legal/trabalhista de uma pessoa acometida pela afasia e quais as implicações deste percurso em sua vida.

A legislação Brasileira está fundamentada na Classificação de Incapacidade do Código Internacional de Doenças (CID)⁶ que privilegia os aspectos orgânicos, e não os funcionais. Isto é, a própria deficiência em si já enquadra o indivíduo dela portador em uma determinada atitude legal, independentemente do grau de adaptação que este indivíduo possa ter para a execução de tarefas do cotidiano e do trabalho. Para nós, a caracterização de uma pessoa portadora de deficiência não é simplesmente a causa dessa deficiência ou a disfunção orgânica dela decorrente, mas sim, a dificuldade de integração na sociedade que sua deficiência orgânica lhe traz. Nossa análise tem este enfoque: a importância está em verificar o grau de dificuldade na integração social do indivíduo com deficiência dentro de um contexto laboral e social.

Outro problema a ser salientado é que a aplicação efetiva da lei está longe de ser satisfatória, principalmente no que diz respeito aos aspectos da reabilitação profissional e da reinserção no mercado de trabalho. Os recursos para esta instância da Saúde são precários, assim como não há lugar no mercado para absorção dos trabalhadores com alguma deficiência.

A legislação brasileira é omissa quanto ao termo “AFASIA”

Em nenhum texto legal encontramos referência a este distúrbio, porém não se pode precipitadamente deduzir que o afásico esteja desprotegido perante a lei.

A lei maior de nosso país, a Constituição Federal, traz em seu texto a proteção aos doentes e inválidos, e ainda prevê a reabilitação destes tudo amparado pelo Estado, que tem o objetivo de garantir o bem-estar e a justiça social.

Assim, uma pessoa que trabalha e, por consequência, contribui, por intermédio de desconto na folha ou por carnê, para a Previdência Social, terá direito em caso de doença ou invalidez a ser atendido gratuitamente em Postos de Saúde e hospitais conveniados e, ainda, em caso de não poder voltar a trabalhar, receber a aposentadoria pela invalidez que o acometeu.

Para ter acesso a esses serviços, o contribuinte deverá submeter-se inicialmente a uma perícia médica. O diagnóstico é etapa preliminar da avaliação e é feito por um médico perito da Previdência Social que é profissional especializado em critérios exclusivamente técnicos. Este perito tem a atribuição de pronunciar-se sobre as condições de saúde e capacidade laborativa do examinado, enquadrando-o na proteção legal a que este tem direito.

“A perícia é muito importante, pois, ao mesmo tempo em que traz ao segurado a legitimação do enquadramento em seu benefício, possibilita ao governo o controle da Previdência Social que é um patrimônio coletivo de todos os segurados.”¹

Os segurados da Previdência Social, uma vez que contribuem para esta, são os seguintes:

1) Empregado

Aquele que presta serviço, de natureza urbana ou rural, à empresa, mediante contrato de trabalho em caráter permanente. Um exemplo seria: datilógrafo, carpinteiro, secretária, etc...

2) Empresário

Titular de firma individual, urbana ou rural, o diretor não empregado, o membro do conselho de administração da sociedade anônima, o sócio solidário, o sócio na indústria, o sócio cotista que participa da gestão ou receba remuneração decorrente de seu trabalho em empresa urbana ou rural.

3) Autônomo ou equiparado

- a) Aquele que presta serviço de natureza urbana ou rural, em caráter eventual, a uma ou mais empresas, sem relação de emprego;
- b) Pessoa física que exerce por conta própria atividade econômica de natureza urbana com fins lucrativos ou não;
- c) Membro de congregação ou ordem religiosa, salvo se filiado obrigatoriamente a outro sistema previdenciário, em razão de outras atividades;
- d) Empregado de organismo oficial e internacional sediado no Brasil (embai-xadas, consulados...);
- e) Brasileiro que trabalhe no exterior, para organismo internacional;
- f) Médico residente;
- g) Trabalhador autônomo, proprietário ou não, que explore atividade agrope-cuária ou pesqueira, em caráter permanente ou temporário, diretamente ou por intermédio de preposto e com auxílio de empregados, utilizados a qualquer título, ainda que de forma não contínua.

4) Empregado doméstico

É aquela pessoa empregada em residência, para fazer trabalhos domésticos, mediante contrato de trabalho em carteira profissional. Ex.: motorista particular, babá, empregada doméstica, etc...

5) Segurado facultativo

É o maior de quatorze anos de idade, que estiver filiado ao regime geral de Previdência Social, mediante contribuição, desde que não exerça atividade de filiação obrigatória. Ex.: dona de casa, estudante, síndico, quem deixou de exercer atividade remunerada, quem ocupa cargo eletivo federal, estadual, etc...

6) Segurado especial

O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rural, o pescador artesanal e o assemelhado, que exerçam atividades, individualmente ou em regime de economia familiar, ainda que com o auxílio eventual de terceiros, bem como

de seus respectivos cônjuges ou companheiros e filhos maiores de quatorze anos, ou a eles equiparados, desde que trabalhem, comprovadamente, com o grupo familiar respectivo.

7) Trabalhador avulso

É aquele que presta serviço de natureza urbana ou rural, sem relação de emprego, a diversas empresas. Sua inscrição é automática, através do registro da condição de avulso na carteira de trabalho, pelo sindicato correspondente. Ex.: estivador, o vigia portuário, o ensacador de café.

CARÊNCIAS LEGALMENTE DISPOSTAS PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL A SEUS SEGURADOS

Para o recebimento dos benefícios, os segurados devem cumprir um período de carência, que é o tempo correspondente ao número mínimo de contribuições indispensáveis para que o beneficiário faça jus ao benefício. Durante a carência, o beneficiário não tem direito ao benefício.

Os períodos de carência são de doze meses de contribuição em se tratando de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez; cento e setenta meses de contribuição para aposentadoria especial (em caso de atividades laborais que prejudiquem a saúde ou a integridade física).

Este período inicia-se da data de filiação à Previdência Social, para os segurados empregados e trabalhadores avulsos, e da data do efetivo recolhimento da primeira contribuição sem atraso para os trabalhadores autônomos.

Estão livres de carência os casos de acidente de qualquer natureza ou causa, bem como os casos onde o segurado, após filiar-se ao regime geral da Previdência Social, for acometido de qualquer uma das doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelo Ministério da Saúde (deformação, mutilação, deficiência ou outro fatos que lhe confira a especificidade e gravidade que mereça um tratamento especializado). Nestes casos, os segurados receberão imediatamente auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez.

Igualmente independem de carência a aposentadoria por idade ou invalidez, e o auxílio-doença aos segurados especiais, bem como o auxílio-reclusão e a pensão por morte aos seus dependentes, desde que comprovem o exercício de atividade rural, ainda que de forma descontínua em um período imediatamente anterior ao requerimento do benefício, igual ao número de meses correspondentes à carência do benefício requerido.

Tendo em vista os comentários sobre a carência, passaremos agora a explicar o que vêm a ser os benefícios.

OS BENEFÍCIOS

1) Auxílio-Doença

O auxílio-doença significa o recebimento do valor mensal de 80% (oitenta por cento) do salário de benefício acrescido de 1% (um por cento) deste por grupo de 12 (doze) contribuições mensais, não podendo, porém, ultrapassar os

92% (noventa e dois por cento). Se o segurado, ao se filiar à Previdência Social, já era portador da deficiência ou da lesão que o incapacita para o trabalho, não terá direito ao benefício, a não ser que essa incapacidade advinha de uma regressão por agravamento da moléstia.

Se a pessoa ficar incapacitada para trabalhar por mais de quinze dias consecutivos, passará a ter direito ao auxílio-doença a partir do décimo-sexto dia de afastamento. Durante os primeiros quinze dias de afastamento por motivo de doença, cabe à empresa pagar a seu funcionário o salário. Tanto para o segurado empregado quanto para o segurado empresário, este benefício será pago pela Previdência Social a partir do décimo-sexto dia de afastamento da atividade. Já para o doméstico, esse benefício é pago pela Previdência Social a partir do início da incapacidade. Se o auxílio somente for requerido após trinta dias de afastamento, inicia-se a contagem a partir da data de requisição, a não ser que o segurado estivesse sob tratamento ambulatorial ou internação hospitalar. Se o segurado exercer mais de uma atividade, e a incapacidade inviabilizar o exercício de uma delas, lhe será devido o auxílio-doença apenas em relação à atividade para a qual se encontra inapto, e a carência será relativa às contribuições com base nos demais salários.

Se houver incapacidade definitiva para uma das atividades, o auxílio-doença será mantido indefinidamente sem transformar-se em aposentadoria por invalidez, enquanto a inaptidão não se estender para as demais atividades.

Se o segurado em gozo deste benefício tiver um prognóstico que lhe possibilite ocupar sua antiga atividade ou atividade similar, deverá se submeter à reabilitação profissional, sendo tutelado pelo Estado, e esse benefício não cessará até que o indivíduo seja dado como reabilitado. Quando a Previdência Social considerar concluído o processo de Reabilitação Social e Profissional, emitirá um certificado individual indicando as atividades que o beneficiário poderá exercer.

Muitas empresas dispõem de serviço médico próprio, convênio ou conveniado, e solicitam o exame do empregado ou do empresário, para verificar a necessidade do afastamento e do abono de faltas até quinze dias. Se a incapacidade ultrapassar os quinze dias, o segurado será encaminhado à perícia médica.

Ao ser submetido ao exame médico, três situações poderão ser verificadas:

- 1) a recuperação é total;
- 2) a recuperação é parcial;
- 3) não há recuperação.

Se a recuperação for total e esta ocorrer dentro de cinco anos contados da data do início do auxílio-doença, o benefício cessará imediatamente para o empregado, que poderá reassumir o emprego.

Quando a recuperação for total e ocorrer após cinco anos do início do benefício, o mesmo será mantido ainda que o segurado volte a trabalhar, inexistindo o direito ao antigo emprego.

No caso de recuperação parcial, o indivíduo irá receber seu benefício de acordo com os critérios estabelecidos pelo MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) que estipula o grau de parciabilidade de sua recuperação.

**QUADRO RESUMIDO DA APLICAÇÃO DOS BENEFÍCIOS LEGAIS EM
RELAÇÃO À DOENÇA E INCAPACIDADE**

Prazos	Procedimentos	Efeitos no Trabalho
1º a 15º dia	Abono de Faltas	Afastamento
Após 16º dia	Perícia Médica*	Aposentadoria por Invalidez Auxílio-doença
5 anos	Reabilitação	Reabilitado Total (cessa benefício / reassume emprego) Reabilitado Parcial (benefício é mantido / pode reassumir emprego, desde que a incapacidade não seja um impedimento) Não reabilitado (aposentadoria por invalidez)
Após 5 anos	Reabilitação	Reabilitado Total (benefícios são mantidos; inexistente direito ao emprego antigo) Reabilitado Parcial (benefícios são mantidos; inexistente direito ao antigo emprego)

* Até os 55 anos de idade, a Perícia Médica é obrigatória periodicamente.

Se a incapacidade não o impossibilitar de voltar a sua antiga atividade, terá direito a reassumir seu emprego.

No caso de irrecuperabilidade, o indivíduo será aposentado por invalidez.

2) Aposentadoria por invalidez

A concessão do benefício depende da constatação da incapacidade. Uma pessoa acometida de uma incapacidade desse ser levada ou encaminhada a um posto de saúde ou a um hospital conveniado ao SUS* e lá deverá ter toda assistência gratuita, estando o segurado ou não em gozo do auxílio-deença. A constatação da incapacidade é feita mediante exame médico pericial. Ao submeter-se a esse exame, o segurado poderá fazer-se acompanhar de médico de sua confiança, as suas custas.

A aposentadoria por invalidez é benefício de prestação continuada, pois considera-se que o segurado tornou-se incapaz para o trabalho e, portanto, insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência. Ao beneficiário é assegurada uma renda mensal correspondente a 80% (oitenta por cento) do salário-benefício mais 1% (um por cento) deste por grupo de doze contribuições mensais, não ultrapassando 20% (vinte por cento).

A doença ou lesão invalidantes não darão ao segurado a aposentadoria se este já era portador de tais disfunções.

É importante salientar que o segurado em gozo deste benefício (aposentadoria por invalidez), enquanto não completar 55 anos de idade, está obrigado a submeter-se a exames periciais periodicamente e, se não o fizer, poderá ter seus benefícios suspensos.

Para complementação daquilo a que nós nos propusemos ao escrever o capítulo, discutiremos a questão da reabilitação profissional.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

A reabilitação profissional é um serviço prestado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) com a finalidade de proporcionar ao beneficiário afastado do trabalho, por acidente ou doença, os meios de reeducação ou readaptação profissional para o seu reingresso no mercado de trabalho.

De acordo com o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social (Seção II Da Habilitação e da Reabilitação Profissional), a assistência reeducativa e de readaptação profissional, visam proporcionar aos beneficiários parcial ou totalmente incapacitados ao trabalho e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação ou (re)adaptação profissional e social (independentemente de carência).

A reabilitação é de caráter obrigatório aos segurados (inclusive aos aposentados) e com a amplitude que as possibilidades administrativas, técnicas, financeiras e as condições locais do órgão permitirem aos seus dependentes.

* Para poder se prestar amparo aos doentes e inválidos, foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde), antigo INAMPS, que é um órgão responsável pela arrecadação de fundos dos Estados e Municípios com a finalidade de manter a rede pública de saúde e parte da rede privada em funcionamento.

Os beneficiários podem ser encaminhados aos centros e núcleos de reabilitação pela perícia médica, serviço social, empresa, sindicatos e instituições conveniadas. O processo de reabilitação profissional é desenvolvido em fase básicas, simultâneas ou sucessivas, compreendendo avaliações fisiológicas, psicológicas e sócio-profissionais.

As avaliações e o processo de reabilitação são feitos por uma equipe interprofissional especializada em medicina, serviço social, psicologia, fonoaudiologia, sociologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras afins, pertinentes às áreas de saúde, educação e mercado de trabalho.

No decorrer do processo de reabilitação profissional, o INSS fornecerá aos beneficiários, em caráter obrigatório, aparelhos de prótese e órtese, quando a perda ou redução da capacidade funcional puder ser atenuada pelo seu uso, bem como o seu reparo e substituição sempre que necessário. São concedidos também o transporte urbano do acidentado do trabalho para a frequência ao programa, ficando os demais auxílios materiais indicados pela equipe técnica na dependência da disponibilidade orçamentária.

Se o reabilitando não for beneficiário do INSS, a concessão dos auxílios materiais ficará condicionada aos termos dos convênios e/ou acordos de cooperação técnico-financeira.

Quanto à fase de preparação profissional dos reabilitandos, deve ficar claro que o treinamento profissional feito na empresa não estabelece qualquer vínculo empregatício ou funcional entre este e a empresa, bem como entre esta e o INSS.

Ao término do processo de reabilitação profissional, o INSS emitirá um certificado, indicando a função para a qual o reabilitado foi capacitado profissionalmente, sem prejuízo do exercício de outra para a qual se julgue capacitado. Não é obrigação da Previdência Social a colocação do segurado no mesmo emprego que exercia, ou noutro para o qual ficar reabilitado, cessando o processo de reabilitação profissional com a emissão do certificado.

Cumprе ressaltar que a lei obriga as empresas com mais de 100 (cem) empregados a preencher de 2% a 5% de seus cargos com reabilitados, ou ainda, portadores de deficiências.

Os endereços dos centros e núcleos de reabilitação que se encontram no anexo podem ser úteis para consulta e encaminhamento do indivíduo afásico.

O AFÁSICO E A LEI NO BRASIL

Pelos critérios estabelecidos pelo MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) e na classificação do CID⁶ e do DSM III⁵, todos os afásicos que, após consolidação da lesão, apresentarem como seqüela definitiva perturbação da palavra em grau médio ou máximo, desde que comprovado por métodos clínicos objetivos, serão considerados indivíduos incapazes parciais e permanentes, pois o conceito de incapacidade, em termos legais, significa falta de qualidades ou ausência de requisitos indispensáveis para o exercício ou gozo de direitos. É equivalente à inabilidade e atua no sentido de impedir que a pessoa tida como incapaz possa abrigar-se, contratar, dispor de bens, fazer testamentos,

transigir, comparecer em juízo e exercer certas funções públicas, receber certos benefícios ou praticar validamente atos jurídicos.

Assim, o afásico que perder os meios de exteriorização de seu pensamento e de sua vontade precisará de uma representação que é denominada curatela. O juiz de direito determinará a pessoa para ser o curador e a extensão de seus poderes através do grau de incapacidade de o curatelado afásico apresentar.

Pudemos observar que a Legislação prevê e dá proteção aos incapacitados, porém, nosso Sistema Legal, Educacional, da Previdência Social e a própria sociedade em geral não estão preparados, ou até mesmo não compreendem os casos de indivíduos portadores de afasia, concebendo o indivíduo afásico como portador de inabilidades intelectuais, classificando-o como incapaz ou inapto, apesar da afasia não estar inserida na classificação das doenças mentais da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal.

Na perícia médica, o afásico é considerado incapaz por sua dificuldade estar justamente na declaração de sua vontade. Em Direito, esta exteriorização da vontade pode ser tanto, pela linguagem falada quanto escrita ou gestual, desde que expresse uma vontade conscientemente formada e exteriorizada. É nesta análise que o perito irá se ater: se o afásico tem condição de emitir declaração correspondente a uma vontade conscientemente formada.

Ocorre que existem vários tipos de afasia e muitos graus de comprometimentos afásicos. Um afásico de expressão pode formar uma vontade conscientemente, mas sua dificuldade está justamente na enunciação desta vontade; um afásico pode apresentar algumas parafasias, substituindo palavras, letras, embaralhando idéias e assim enunciando declarações incoerentes a sua vontade; um afásico sensorial tem dificuldade para compreender, portanto, fica comprometida a sua avaliação.

Nada é definido na perícia em relação ao grau de incapacidade de *linguagem* destes afásicos. Os critérios adotados pelo CID (critérios orgânicos), DSM III (critérios psiquiátricos) e mesmo pelo MPAS (que é baseado nos 2 anteriores), não abordam, em nenhum momento, uma avaliação de linguagem, pois, como já foi citado no Capítulo 11 (O Afásico e a Lei), nenhum destes critérios oferece um enquadramento e um respectivo tratamento adequados para um afásico que possui, fundamentalmente, uma dificuldade que não é nem do domínio do orgânico e nem do mental (no sentido psiquiátrico).

É de suma importância que haja um terceiro critério que está na ordem da linguagem e das funções cognitivas, que irá, através de avaliações já desenvolvidas nestas áreas, revelar a natureza da dificuldade do afásico, da sua reabilitação e do seu processo de reinserção social.

Se o afásico ocupasse um papel dentro da sociedade, do mundo do trabalho e da lei, tais instrumentos de análise para uma avaliação funcional da linguagem e comunicação deste indivíduo seriam naturalmente validados.

A questão central é essa. As leis não bastam, não protegem, não dão conta. O indivíduo afásico permanece à mercê de interpretação suscetível do julgamento que se impõe contra sua afasia.

A possibilidade de reinserção laboral e social não depende apenas das leis, das capacidades e/ou incapacidades de cada um, mas também dos valores e

atividades de cada sociedade diante desses indivíduos. Não é possível enfrentar a realidade impotente dos afásicos com a nossa própria impotência e indiferença.

Questões a serem refletidas:

J., que, apesar da sua hemiplegia, sempre se mostrou capaz de cuidar de sua filha com carinho, e esta filha que, por sua vez, mostra uma grande vontade de ir morar com ele, pois sua mãe se casou com uma outra pessoa que não lhe quer bem, qual seria o empecilho de se chegar a um resolução que a todos satisfizesse? Será que o fato de ser afásico desautoriza J. a manter seu papel de pai?

M., que atualmente se encontra completamente independente na locomoção, vai ao encontro dos amigos, às consultas médicas, administra seu tempo e sua vida, não poderia também administrar seu dinheiro a quem tem direito da aposentadoria por invalidez?

V., que apesar de afásico, não perdeu o seu tino comercial. Quando ainda estava em tratamento fonoaudiológico, chegou a vender alguns imóveis para ajudar amigos de quem nunca recebeu uma comissão pelas vendas. Atualmente, conseguiu alugar a garagem de sua própria casa, onde funciona uma pequena mercearia. Apesar de todo este feito, V. não consegue emprego. Será que o fato de ser afásico o desautoriza a ter um trabalho, uma vida mais digna?

A história do sr. M.S., relatada por sua fonoaudióloga, nos ajuda a compreender e, por que não, tentar empreender uma trajetória terapêutica e de reinserção social do afásico, mesmo quando se julga que nada mais há para ser feito.

A reinserção social de um afásico: a história do sr. M.S.

Em 1977, o sr. M. S. sofreu um acidente vascular cerebral (A.V. C.) do tipo hemorrágico que lesou a região fronto-têmporo-parietal do hemisfério esquerdo de seu cérebro, tendo evoluído com hemiplegia direita e afasia. Durante nove anos, o sr. M. foi acompanhado por um neurologista de um hospital ao nível ambulatorial em regime de retornos esporádicos às consultas médicas.

Infelizmente, em nenhum momento, houve encaminhamento para atendimento fonoaudiológico. Isto talvez seja um reflexo do descrédito em relação à reabilitação, principalmente se a lesão é extensa. Ou seja, muitas vezes, a extensão da lesão acaba influenciando fortemente na conduta do médico que vai encaminhar ou não o paciente para a reabilitação. Assim, somente em 1986, sr. M. procurou com Centro de Reabilitação, motivado por uma vizinha, para ser avaliado e tratado pela Equipe Multiprofissional.

Em avaliação fonoaudiológica, o sr. M. apresentou-se bastante comunicativo, atento ao que lhe era dito, respondia rápida e eficientemente às solicitações da fonoaudióloga e em conversa com a sua esposa, o sr. M. intervinha vigorosamente se por um acaso ele não concordasse com o que sua esposa dizia. E como era a comunicação do sr. M.? Simplesmente, ele usava uma seqüência de sons (patápatá) para tudo que queria falar. Isto é, o sr. M. tinha uma estereotipia.

Para preencher esta estereotipia de significado, o sr. M. gesticulava, sorria, gritava e sua expressão e mímica faciais eram muito ricas.

Foi iniciado um trabalho fonoaudiológico com o intuito de “substituir a estereotipia por palavras significativas” através de movimentação de lábios, língua, bochechas, para que ele experenciasse a emissão de outros sons. Palavras que fossem mais próximas do dia-a-dia dele foram usadas na tentativa de fazer com que ele as repetisse e as emitisse num contexto... Alguns meses e várias tentativas e ficou bem claro que, após nove anos, o “patápatá” acompanhado de todos os seus gestos, expressões faciais e entonação, eram as palavras do sr. M..

A esposa, os familiares, os vizinhos do sr. M. compreendiam a maioria das coisas que ele expressava através da estereotipia, mas, quando não era compreendido, ele não conseguia encontrar uma outra forma de contar a mesma coisa e isto o deixava muito aflito.

O trabalho consistiu então, em ajudar o sr. M. na descoberta de novas formas de recontar coisas quando ele não era compreendido, através de gestos mais precisos, indicativos, muitas vezes tendo que filtrar o assunto, mesmo que continuasse a verbalizar o “patápatá”.

Após cinco meses aproximadamente de trabalho terapêutico, houve a necessidade tornar sua comunicação o mais funcional possível, mesmo que ele não fizesse uso de outras palavras que não fosse o “patápatá”.

Teve início, então, um trabalho que objetivasse uma reinserção social do sr. M., numa perspectiva de integração ao nível de pequena comunidade, isto é, para que ele pudesse reaver seus contatos com a vizinhança, pudesse fazer pequenas compras do dia-a-dia e se comunicasse com seus familiares de forma efetiva.

Para favorecer esta integração, a fonoaudióloga propôs uma visita ao bairro onde morava o sr. M. e um contato com a vizinhança, com as lojas que o sr. M. freqüentava e iniciou-se uma série de conversações para que se pudesse estabelecer quais seriam as melhores formas de comunicação entre ele e esses diferentes núcleos.

Vale a pena ressaltar que todas as pessoas contatadas mostraram muita abertura e disponibilidade para este trabalho, pois o sr. M. era muito querido na comunidade e também porque tinham muita curiosidade em saber como lidar com pessoas com problemas semelhantes aos do sr. M..

Sr. M. recebeu alta do atendimento fonoaudiológico após ter concluído todo este processo de reinserção à pequena comunidade, o que favoreceu o seu bem-estar geral.

Bibliografia

1. Almeida, Antonio Ferreira de (Junior): *Lições de medicina Legal*, São Paulo, Editora Nacional, 15ª edição, 1978.
2. Araújo, L. A. D.: *A Proteção Constitucional da Pessoa Portadora de Deficiência* – Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994.
3. Balera, Wagner: *O Seguro Desemprego no Direito Brasileiro*, São Paulo, LTr, 1993.
4. Balera, Wagner: *Curso de Direito Previdenciário*, 2ª edição, LTr, São Paulo, 1990.
5. Barbosa, Lúcia Helena Siqueira (trad.): *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM – III* – São Paulo, (3ª edição-revista), 1989.
6. Caetano, Dorgival (trad.): *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento do CID-10*. Porto Alegre, Artes Médica, 1993.
7. Negrão, Theotônio: *Código de Processo Civil e Legislação Processual em Vigor*. São Paulo, Malheiros Editores Ltda, 22ª edição, 1992.