

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

HENRIQUE RUAS TEIXEIRA

**REINSERÇÃO PRODUTIVA NA SOCIEDADE DE PACIENTES QUE
SOFRERAM UMA AMPUTAÇÃO FÍSICA**

VITÓRIA
2011

HENRIQUE RUAS TEIXEIRA

**REINSERÇÃO PRODUTIVA NA SOCIEDADE DE PACIENTES
QUE SOFRERAM UMA AMPUTAÇÃO FÍSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges

VITÓRIA
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

T266r Teixeira, Henrique Ruas
Reinserção produtiva na sociedade de pacientes que sofreram
uma amputação física. – 2011.
94f. Ilus.

Orientador: Luiz Henrique Borges.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da
Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Amputados. 2. Reabilitação. 3. Políticas públicas. I. Borges,
Luiz Henrique. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

HENRIQUE RUAS TEIXEIRA

**REINSERÇÃO PRODUTIVA NA SOCIEDADE DE PACIENTES
QUE SOFRERAM UMA AMPUTAÇÃO FÍSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 29 de julho de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Orientador

Prof^a. Dra. Alacir Ramos Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Prof^a. Dra. Maria Madalena Nascimento Sartim
Universidade Federal do Espírito Santo

Ao meu pai, Agenor de Souza Teixeira (in memoriam), por ter me ensinado a respeitar e amar o próximo, me direcionando para o caminho do bem.

AGRADECIMENTOS

a Deus, pedindo sua benção para todos nós.

à Fátima, Pedro Henrique e Victor Hugo, esposa e filhos – fontes de inspiração e motivação –, pela paciência, com pedido de desculpas por minha ausência.

aos meus irmãos queridos, sempre presente em minha vida, pelo estímulo.

às minhas mães, Dona Mariazinha e Lia (in memoriam), pelo amor.

aos meus amigos, pela força.

aos amputados que participaram desta pesquisa, sem os quais ela não teria sido possível.

ao Prof. Dr. Vladimir Ivanovitch Dynnikov por sua amizade e por ter acreditado em mim como profissional confiando-me seu acervo, objeto de pesquisa, sobre o amputado. E também pelas palavras elogiosas proferidas sobre minha pessoa na presença do meu primogênito, as quais me encheram de orgulho.

a Maria Augusta Torezani, Responsável Técnica de Reabilitação Profissional no ES, por ter permitido que esta pesquisa realizasse no interior da UTRP/ES, e também pela ajuda na interpretação das normas.

ao Programa de Pós-Graduação em Política Pública e Desenvolvimento Local, pela oportunidade singular que me concedeu para realizar esta pesquisa.

às professoras Alacir Ramos Silva, Gilsa Helena Barcellos, Larissa Letícia Andara Ramos, Luciana Carrupt Machado Sogame, Maria Helena Rauta Ramos, Nara Cuman Motta, Raquel de Matos Lopes Gentili, Sheilla Diniz Silveira Bicudo, Caroline Jabour de França, exemplos de respeito, dedicação, compromisso e seriedade com nossa formação ética e profissional.

ao Prof. Dr. Luiz Henrique Borges, meu orientador, que brilhantemente me conduziu com muita competência e paciência, combinação perfeita. Não tenho palavras para agradecê-lo e, por isso, busco inspiração em Dr. Sergio Pinto Martins que escreveu:

“O sonho começa, a maior parte das vezes,

com um professor que acredita em você,

que o puxa, empurra para o próximo estágio,

às vezes até o aguilhoando com um bastão profundo chamado verdade”.

E em Paulo Freire:

“Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso,

Eu amo as gentes e amo o mundo.

E é porque amo as pessoas e amo o mundo,

Que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade”.

O mundo é um lugar perigoso de se viver,
não por causa daqueles que fazem o mal,
mas sim por causa daqueles que observam
e deixam o mal acontecer.

Albert Einstein

RESUMO

O processo de reestruturação produtiva, em desenvolvimento na sociedade capitalista, traz, entre outras consequências, a precarização do trabalho e o aumento do nível de desemprego, os quais refletem com maior intensidade sobre os trabalhadores vítimas de amputação física provocada por acidente de qualquer natureza. O convívio diário com o sofrimento físico e psicossocial de pacientes com esse tipo de seqüela em processo de reabilitação profissional, na Unidade Técnica de Reabilitação Profissional do INSS (UTRP), despertou-nos o interesse em entender como se efetiva a participação da Política de Previdência Social, no processo de reinserção produtiva dos segurados amputados na sociedade. Tal Política tem por princípio legal assegurar aos trabalhadores acidentados o acesso à reabilitação profissional. Nessa perspectiva, propusemo-nos a realizar uma pesquisa de abordagem quantitativa e de caráter descritivo. A metodologia utilizada compreendeu pesquisas bibliográfica e documental nos prontuários da UTRP/Vitória/ES, além de entrevistas com segurados amputados reabilitados e já desligados da Reabilitação Profissional da referida Unidade. A deficiência nos registros dos prontuários, principalmente no tocante aos endereços atualizados dos segurados, dificultou a localização de muitos deles para realização das entrevistas. Observou-se que os amputados têm dificuldades de retornar ao trabalho, havendo em alguns casos cerceamento do seu direito de exercer sua função, desvelando-se, assim, o preconceito na empresa. Foi observado, ainda, que fatores de ordem social interferem diretamente no processo de adaptação à prótese e que um número significativo de amputados mora em ruas não pavimentadas, além da existência de barreiras arquitetônicas e dificuldades de acesso ao transporte coletivo, impedindo seu direito de ir e vir com segurança. As Leis destinadas a assegurar os direitos dos trabalhadores, no momento de infortúnio, abrigam distorções que comprometem o seu bem-estar físico e social, pois, embora a Previdência Social se preocupe em reabilitar profissionalmente seus segurados, não lhes dá garantia de reinserção no mercado de trabalho, muito menos apresenta qualquer preocupação com sua reinserção social, pós-reabilitados, eles são abandonados à própria sorte.

Palavras-chave: Previdência Social. Protetização. Amputado. Reabilitação Profissional. Políticas Públicas. Precarização do Trabalho.

ABSTRACT

The process of a productive restructuring, which is in constant development in the capitalist society, brings, among other consequences, some job insecurity, aspects that influence on the rising of the unemployment level, which reflect with more intensity on the workers victims of physical amputation caused by accidents of any kind. The daily contact with the physical and psychosocial suffering of patients with this type of sequel in a professional rehabilitation process, in the Technical Unit for Professional Rehabilitation of the National Institute of Social Security (UTRP in Portuguese), intrigued us in understanding how the participation of the Social Security Policy works in the productive reintegration process of the insured amputees in society. This policy has in its legal basis the aim to ensure injured workers the access to professional rehabilitation. From this perspective, we decided to conduct this study using a quantitative model based approach, and with a descriptive characteristics as well. The methodology used consisted in bibliographical research as also documentary records of UTRP/Vitória/ES, not to mention interviews with insured and rehabilitated amputees who are already out of the Rehabilitation Center previously mentioned. The inadequacy of medical records data, specially in what concerns to the updated addresses of the insured workers, made it difficult to find the location of many of them for the interviews. In these interviews, it was observed that the amputees have difficulties in returning to their work, and in some cases many had their rights to carry out their duties curtailed, revealing, therefore, prejudice of the company. We also noticed that social factors affect directly the process of adaptation to the prosthesis and that a significant number of amputees live in unpaved roads, besides the existence of architectural barriers and difficulties of access to public transport, prevent their right to free movement safely. Laws aimed at ensuring workers' rights at the time of misfortune, show distortions that undermine the physical and social well-being of these people since, although the Brazilian Social Security worry about professionally rehabilitate its insured workers, it neither gives them any guarantee of reintegration in the work field, nor express any concern for their social reintegration, once post-rehabilitated, they are abandoned to their own fate.

Keywords: Social Security. Prothetization. Amputee. Professional Rehabilitation. Public Policy. Job insecurity.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo sexo (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009.....	49
Gráfico 2 - Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo faixa etária à época da pesquisa (n = 59). Vitória-ES, 2004-2009.....	50
Gráfico 3 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo estado civil à época da amputação (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009.....	51
Gráfico 4 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo estado civil à época da pesquisa (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009.....	51
Gráfico 5 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo número de pessoas que lhe são dependentes (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009.....	52
Gráfico 6 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo propriedade do imóvel onde mora (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009.....	52
Gráfico 7 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo pavimentação da rua do imóvel onde mora (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009.....	53
Gráfico 8 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo escolaridade (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009.....	53
Gráfico 9 - Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo situação trabalhista à época do acidente (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009.....	55
Gráfico 10 - Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo classificação do acidente (n = 53). Vitória-ES, 2004-2009.....	55
Gráfico 11 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo causa da amputação (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009.....	58
Gráfico 12 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, por região corporal acometida (n = 59). Vitória-ES, 2004-2009.....	59
Gráfico 13 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, sem ter passado por avaliação de psicólogo (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009.....	59

Gráfico 14 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo realização de curso profissionalizante, durante processo de reabilitação na instituição (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009.....	60
Gráfico 15 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo recebimento de treinamento pela instituição antes do retorno ao trabalho (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009.....	61
Gráfico 16 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo oferta de readaptação por parte da empresa de vínculo (n = 51) Vitória-ES, 2004-2009.....	61
Gráfico 17 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo tempo transcorrido entre a amputação e o ingresso na instituição, em meses (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009.....	62
Gráfico 18 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo idade de ingresso na instituição (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009.....	62
Gráfico 19 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo tempo de permanência na instituição, em meses (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009.....	63
Gráfico 20 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo sentimento em relação à sua prótese (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009.....	64
Gráfico 21 – Segurados amputados que responderam ao questionário, sobre estar seguindo adequadamente as orientações com relação ao coto e à prótese (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009.....	65
Gráfico 22 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo ocorrência de ferimento no coto, após desligamento da instituição (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009.....	66
Gráfico 23 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo ocorrência da sensação de que o membro amputado ainda existe (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009.....	66
Gráfico 24 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo uso diário da prótese (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009.....	67

Gráfico 25 – Segurados amputados que responderam ao questionário, estando trabalhando à época da realização da pesquisa (n = 37). Vitória-ES, 2004-2009.....	69
Gráfico 26 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo existência de vínculo formal de emprego com a empresa em que trabalhavam à época da pesquisa (n = 36). Vitória-ES, 2004-2009.....	70
Gráfico 27 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo avaliação da importância da UTRP no processo de retorno ao trabalho (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009.....	72
Gráfico 28 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo autoavaliação sobre ser um sujeito produtivo ou não (n = 38). Vitória-ES, 2004-2009.....	72
Gráfico 29 – Segurados amputados que responderam ao questionário, afirmando sentir-se prejudicado na empresa devido à amputação (n=36). Vitória-ES, 2004-2009.....	73
Gráfico 30 – Segurados amputados que responderam ao questionário, alegando sentir-se prejudicado em outros aspectos da vida, devido à amputação (n=39). Vitória-ES, 2004-2009.....	74
Gráfico 31 – Segurados amputados que responderam ao questionário, alegando sentir prejuízo na vida amorosa, devido à amputação (n=39). Vitória-ES, 2004-2009.....	75
Gráfico 32 – Segurados amputados que responderam ao questionário, alegando sentir prejuízos nas relações com amigos, devido à amputação (n=39). Vitória-ES, 2004-2009.....	75
Gráfico 33 – Segurados amputados que responderam ao questionário, alegando sentir prejuízo nas relações familiares, devido à amputação (n=39). Vitória-ES, 2004-2009.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo ano de entrada nesse serviço. Vitória-ES, 2004-2009.....	48
Tabela 2 – Comparação da amostra que respondeu ao questionário com a amostra que não respondeu, em relação a sexo, faixa etária, situação trabalhista e acidente do trabalho como causa da amputação. Vitória-ES, 2004-2009.....	48
Tabela 3 – Distribuição dos segurados amputados que responderam ao questionário, segundo tempo de vínculo na empresa onde ocorreu o acidente, em meses. Vitória-ES, 2004-2009.....	56
Tabela 4 – Distribuição dos segurados amputados que responderam ao questionário, segundo tempo decorrido entre a formalização do vínculo de emprego na empresa e o acidente, em meses. Vitória-ES, 2004-2009.....	57
Tabela 5 – Distribuição dos segurados amputados que responderam ao questionário, segundo fonte de renda à época da pesquisa. Vitória-ES, 2004-2009.....	71

LISTA DE SIGLAS

AISS –	Associação Internacional de Seguridade Social
AT –	Acidente de Trabalho
CAP –	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAT –	Comunicação de Acidente de Trabalho.
CEREST –	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNPS –	Conselho Nacional de Previdência Social.
CREFES –	Centro de Reabilitação Física do ES
CRP –	Centro de Reabilitação Profissional
CTPS –	Carteira Trabalho Previdência Social
CUT –	Central Única dos Trabalhadores
EUA –	Estados Unidos da América
FMI –	Fundo Monetário Internacional
IAP –	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INPS –	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS –	Instituto Nacional de Seguro Social
MPS –	Ministério da Previdência Social
MS –	Ministério da Saúde
NRP –	Núcleo de Reabilitação Profissional
OIT –	Organização Internacional do Trabalho
OMS –	Organização Mundial da Saúde
PS –	Previdência Social
PT –	Partido dos Trabalhadores
RENAST –	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RF –	Reabilitação Física

- RP – Reabilitação Profissional
- SAT – Seguro de Acidentes do Trabalho
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UTRP – Unidade Técnica de Reabilitação Profissional

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO 1 – PREVIDÊNCIA SOCIAL, REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E TRABALHO PRECÁRIO	25
1.1 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO BRASIL.....	25
1.2 A POLÍTICA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	32
CAPÍTULO 2 – ENTRE PROPOSTAS E RESULTADOS: OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
CAPÍTULO 3 – UMA VISÃO SOBRE OUTRAS AMPUTAÇÕES SOFRIDAS PELOS “SEGURADOS” VÍTIMAS DE AMPUTAÇÃO FÍSICA: OS RESULTADOS E NOSSAS ANÁLISES	47
3.1 DOS SEGURADOS AMPUTADOS QUE PROCURARAM A UTRP NOS ANOS DE 2004 A 2009.....	47
3.1.1 Características Sociodemográficas.....	49
3.1.2 Relação entre a Causa da Amputação e o Trabalho.....	54
3.1.3 Atendimento ao Amputado Anterior à UTRP.....	58
3.1.4 Atendimento na UTRP.....	60
3.1.5 Adaptação à Prótese.....	64
3.1.6 Reinserção Social e no Trabalho.....	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	83
ANEXOS	87
ANEXO A - Declaração do Comitê de Ética e Pesquisa	88
APÊNDICES	89
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	90
APÊNDICE B - Formulário para Coleta de Dados em Prontuários	91

APÊNDICE C – Questionário sobre Reinserção no Trabalho após Reabilitação.....	92
--	-----------

INTRODUÇÃO

O processo de reestruturação produtiva do atual momento do capitalismo conduz à precarização do mundo do trabalho, trazendo como consequência, entre outras, o desemprego estrutural (ALVES, 2010). Desse processo resulta um grande contingente de trabalhadores sem emprego nem condições de sobrevivência, o qual reflete com maior intensidade sobre os trabalhadores vítimas de amputação física provocada por acidente de qualquer natureza.

Trabalho e Previdência Social, no Brasil, nem sempre estiveram interligados, pois foi com a expansão e mudanças operadas nos processos de produção e acumulação capitalista, em meados do século XX, que se iniciou o desenvolvimento da proteção social de cunho estatal, inicialmente dirigida para a classe trabalhadora (ROCHA, 2007).

A ideia de Seguridade Social tem estado associada à de *welfare state* (estado de bem-estar social). Este sistema já se propagara nos países desenvolvidos, a partir da década de 1930, em face do fortalecimento dos partidos social-democratas, da difusão do fordismo como modelo de organização industrial e da imensa aceitação das propostas keynesianas, que foram elementos essenciais para a construção de uma ideia de seguridade social. Esta ideia referia-se às políticas sociais asseguradas pelo Estado às camadas excluídas do processo de produção. Entendidas como fenômeno do século XX, foram fundadas sobre uma particular e fecunda aliança entre as políticas econômica e social, sendo sustentadas por um consenso acerca do estímulo econômico conjugado com segurança e justiça social (BOSCHETTI, 2003).

O amplo processo participativo da sociedade que caracterizou a democratização do Brasil após o período de ditadura militar possibilitou a inscrição do conceito de seguridade social na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2001), operacionalizado em três eixos: a previdência, a saúde e a assistência social.

Para Boschetti (2003), tratou-se de uma nova forma de articular políticas já existentes anteriormente no Brasil. Entretanto, segundo esta autora, a adoção do conceito de seguridade social foi obstaculizada pela interferência das políticas neoliberais prevalentes após a constituição, que lhe eram contrárias, aumentando o

tempo de contribuição do trabalhador e diminuindo, conseqüentemente, o período que ele teria para ficar aposentado, tendo por justificativa a necessidade de equilibrar o caixa da Previdência Social.

As políticas econômicas neoliberais foram medidas de governo que visaram a um ajuste estrutural para reduzir as despesas públicas, pelo enxugamento do funcionalismo estável do Estado, através da extinção e privatização dos serviços sociais. A implantação dessas políticas teve os seguintes impactos sociais: ampliação do desemprego, precarização do trabalho, concentração de renda, enfraquecimento da representação sindical e o desmonte da rede de proteção social (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

A reabilitação profissional foi definida

[...] como um programa de intervenção estruturado para desenvolver atividades terapêuticas e de profissionalização que abrange a totalidade dos indivíduos e os fortalece para lidar e superar as dificuldades impostas por suas incapacidades (TAKAHASHI; IGUTI, 2008, p. 2662).

Para Takahashi e Iguti (2008), constitui-se como uma das políticas que integram o sistema de benefícios previdenciários, desenvolvida com exclusividade no âmbito do Estado, como uma resposta pública ao grande número de incapacitados decorrentes dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais. Visam à recuperação física e psicossocial, possibilitando a reintegração nas relações sociais cotidianas e de trabalho. O seu resultado é a inserção da pessoa em um trabalho que permita sua integração social plena, para o que é necessário que o amputado seja tratado como um ser que necessita de cuidados máximos no que diz respeito ao preparo físico, ao emocional e ao profissional. O amputado, quando chega à UTRP, traz consigo, além da dor da perda, queixas físicas e um total desconhecimento de seus direitos.

Dessa forma, a reabilitação profissional tem um duplo papel: de um lado, são formas de intervenção estatal para a redução e a superação das desvantagens produzidas pelas incapacidades e, de outro, são estratégias de regulação econômica destes sistemas, ao reduzir o tempo de concessão de benefícios previdenciários, diminuindo seus custos (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

Na década de 1970, esta área da previdência social recebeu um grande volume de recursos financeiros para serem utilizados com equipamentos e contratação de pessoal técnico especializado de maior faixa salarial, formando equipes multiprofissionais com médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas,

terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos e sociólogos. Os Centros de Reabilitação Profissional (CRP) eram dotados de departamentos, com estrutura física e equipamentos necessários para se desenvolver a reabilitação, conforme se preconizava. Além de consultórios, existiam as clínicas de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, mais oficina de reabilitação com recursos como: marcenaria, torno mecânico, oficina mecânica de autos, etc.

O segurado em processo de reabilitação profissional poderia submeter-se a treinamento na própria comunidade (empresas conveniadas que treinavam o segurado para uma nova função em seu processo de produção) ou no próprio CRP, em uma dessas áreas.

Desde que me graduei em Fisioterapia, em 1974, trabalho na Previdência Social, mais precisamente na Reabilitação Profissional do INSS. Inicialmente eu atendia segurados incapacitados para o trabalho com diagnósticos diversificados como lombalgia, tendinites, artroses, seqüela de esmagamento de mãos e amputados.

Atualmente, desenvolvo minhas atividades na Unidade Técnica de Reabilitação Profissional (UTRP) de Vitória – ES, junto aos beneficiários da política de Previdência Social, amputados devido a doenças ou por acidentes de qualquer natureza – em sua maioria acidentes de trabalho. Cabe-me reabilitar os pacientes, de modo a reintegrá-los no mercado de trabalho em sua função anterior ou numa nova função.

Durante o desenvolvimento de minhas atividades como Fisioterapeuta, tenho observado que os pacientes chegam ao setor, desmotivados e desinformados quanto aos seus direitos e, principalmente, quanto aos objetivos da reabilitação profissional.

Com o passar do tempo, há uma mudança de comportamento, de atitudes e na maneira de se expressarem. É visível a descontração que estes pacientes adquirem no convívio com outros pacientes também amputados, durante o processo de reabilitação. Entretanto, é comum os segurados serem tomados por episódios de desânimo, desinteresse e, às vezes, depressão. O medo e a insegurança passam a fazer parte do seu dia a dia. Muitos chegam à UTRP com o pensamento voltado para a aposentadoria, psicologicamente comprometidos, entendendo que são

mutilados e que a aposentadoria passa a ser um direito adquirido com o trauma da amputação.

Portanto, é importante estudar as políticas públicas sociais direcionadas ou que beneficiem os segurados amputados, que devem prever ações desde a primeira internação hospitalar. O profissional de saúde deve saber que a primeira preocupação com um paciente, que vai se submeter a uma cirurgia de amputação deve ser com a sua sobrevivência; mas, a segunda preocupação, já no pós-operatório, deve estar voltada para sua reabilitação. Entretanto, após a alta hospitalar, o paciente, em geral segurado da previdência social, fica à mercê de visitas esporádicas a ambulatórios, para curativos, ou à agência previdenciária, para concessão ou renovação de benefícios.

Quando estes pacientes são encaminhados para Fisioterapia ou para Reabilitação Profissional, já são, na sua maioria, portadores de encurtamentos musculares significativos, causados por um posicionamento incorreto no leito, que dificultam e, às vezes, inviabilizam a colocação de próteses.

O paciente com indicação ou com risco de amputação deve receber precocemente atendimento global por profissionais qualificados, preparando-o para o processo de reabilitação plena, tanto física como profissional.

A aparência corporal, além de ser uma presença inscrita no biológico do corpo, segundo Sant'Ana (2001), carrega consigo significados que são culturalmente construídos. Nesse sentido, algumas marcas corporais como sinais de beleza, de saúde e perfeição, são significativas, enquanto outras carregam consigo o estigma de serem vistas como sinal de feiura, de doença ou de deficiência.

Omote (1997) afirma que, apesar de sabermos que são infundáveis as diferenças entre as pessoas, algumas características corporais destacam-se mais que outras, como, por exemplo, as marcas da amputação, às quais é atribuída uma diferença desvantajosa entre os indivíduos, podendo levar a um descrédito socialmente construído.

Torna-se necessário identificar e conhecer a legislação previdenciária, pertinente ao segurado amputado, assim como as normas da RP, bem como avaliar sua aplicabilidade. Interessa saber o que ocorre na vida destes segurados após o

processo reabilitatório, o quanto esta legislação, enquanto política pública, tem possibilitado uma satisfatória reinserção social e profissional.

É preciso entender que o paciente, quando submetido a uma amputação, deve ter retirado de si apenas um membro ou parte dele. Maior do que a perda física, a confusão psicossocial em que o segurado se vê envolvido dificulta, e muito, o processo de aceitação do trauma físico. Ele, na maioria das vezes, vê a sociedade lhe virar as costas, não entendendo que o ser humano é indivisível e que somos todos iguais em direitos, apesar da lesão.

É fundamental que os profissionais que atendem tais pacientes tenham conhecimentos suficientes da legislação previdenciária para aplicá-la em prol deles, na tentativa de preservar ou restabelecer sua autoestima, como também sua dignidade. Ou mesmo, analisar seus limites e apresentar propostas que possam reinserir este cidadão socialmente, na atividade de trabalho ou através de compensações que possibilitem acessar os bens para suas necessidades.

Os segurados, quando desligados da UTRP, recebem um certificado dizendo que ele foi preparado para uma determinada função, mas que nada o impede de exercer outra função para a qual se julgue capaz.

Por reconhecer a necessidade de conhecer como os segurados amputados são reabilitados e como é a sua vida pós-reabilitação, esta pesquisa foi desenvolvida visando analisar a política da Previdência Social e sua efetivação no atendimento ao paciente amputado.

Nessa perspectiva, construímos como objetivo geral Analisar a Política de Reabilitação Profissional da Previdência Social e sua efetivação no atendimento ao paciente amputado, dela beneficiário, o qual se desdobrou em 4 objetivos específicos: descrever o perfil dos pacientes amputados atendidos na UTRP do ES no período de 2004 a 2009, do ponto de vista dos aspectos sociodemográficos, ocupacionais e natureza patológica da lesão; descrever as características do processo reabilitatório de pacientes amputados atendidos na Reabilitação Profissional; verificar a reinserção em atividades produtivas e a qualidade de vida dos pacientes amputados que passaram por processo reabilitatório na UTRP nos anos de 2004 a 2009; e conhecer as políticas da Previdência Social no Brasil,

particularmente as que contemplam o direcionamento na reabilitação do paciente amputado.

Efetivamente, gostaríamos de conhecer como se processa a vida dessas pessoas, aqui classificadas apenas como segurados, após serem desligadas da UTRP e retornarem ao trabalho, já reabilitados. Como estão suas relações familiares; e se a reabilitação profissional se efetivou enquanto possibilidade de emprego e trabalho.

Na prática, não existem dados que nos mostrem a real situação desses segurados, assim como, são poucos os trabalhos na literatura científica que abordam essa temática.

Na literatura nacional, foi encontrado apenas um trabalho (GUARINO; CHAMLIAN; MASIERO, 2007), que estudou pessoas amputadas de membro inferior atendidos de 1999 a 2005 num centro de reabilitação em São Paulo-SP. Os autores encontraram uma taxa de retorno ao trabalho de somente 10,2%, considerando que à época da amputação todos estavam trabalhando ou estudando. No caso, os autores levantaram a hipótese explicativa de que a idade avançada na época da amputação e o baixo nível de instrução poderiam ter colaborado com esses resultados.

Na literatura internacional, foram acessados dois estudos relacionados a amputados holandeses. No primeiro deles (SCHOPPEN et al, 2001a), objetivou-se descrever a situação ocupacional de pessoas com amputações de membros inferiores na Holanda e comparar as experiências de saúde de pacientes amputados que estavam trabalhando e os que não estavam com a população geral de referência. Esse estudo concluiu que, embora os amputados tivessem relativamente boas taxas de emprego (64%, comparáveis às da população geral), relataram problemas com o longo tempo de demora entre a amputação e o retorno ao trabalho, além de problemas para encontrar empregos adequados, poucas possibilidades para promoção e problemas em obter modificações necessárias no local de trabalho para que se adequasse à sua nova condição física. Quem parou de trabalhar devido à amputação mostrou uma pior experiência de saúde do que os que voltaram a trabalhar.

O segundo estudo (SCHOPPEN et al, 2001b) objetivou estudar fatores relacionados ao emprego que mostravam relação com reintegração ao trabalho bem sucedida de pacientes, após amputação de membros inferiores, sendo verificado sucesso na

reintegração para cerca de 80% dos amputados. Os autores concluíram que pacientes mais velhos, com um baixo nível educacional e problemas com o conforto e adaptação no uso da prótese, apresentavam maior risco de insucesso e, portanto, requeriam atenção especial durante o processo de reabilitação para o retorno ao trabalho. Os que mudaram o tipo de trabalho após a amputação, principalmente quando diminuíram a sobrecarga física de trabalho, foram mais bem sucedidos no retorno ao trabalho do que aqueles que tentaram ficar no mesmo tipo de função.

A carência de estudos com o enfoque proposto, particularmente para a realidade brasileira, torna necessário este estudo.

Entendemos, e isto fortalece nossa pesquisa, que o segurado amputado não pode nem deve ser visto apenas como um contribuinte para a Previdência, mas sim, e principalmente, como um cidadão que pertence a uma sociedade e que o trauma não pode dela retirá-lo ou colocá-lo em situação precária de vida.

CAPÍTULO 1 – PREVIDÊNCIA SOCIAL, REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E TRABALHO PRECÁRIO

A privatização da Previdência Social ainda não aconteceu no Brasil e, segundo Maeno e Vilela (2010), nas últimas décadas convivemos com mudanças internas que direcionam qualquer interpretação da legislação pertinente, ações de contenção de custos que demonstram formas de gestão que muito se assemelham às empregadas pelas seguradoras privadas. As condutas adotadas para operacionalizar a Reabilitação Profissional por meio de normas internas, acordos e parcerias, nos diz Mendes (2006, apud MAENO; VILELA, 2010), são formas práticas que distanciam o processo da Legislação vigente.

É visível o interesse em enxugar gastos sobrepondo-se aos interesses humanitários do segurado amputado. Isto fica explícito na mudança iniciada em 2001 com a criação do projeto chamado Reabilita, fundamentado no Regulamento da Previdência Social, e que até hoje está em fase de implantação (TAKAHASHI, 2006). A mudança principal está na descentralização da reabilitação e na mudança da orientação profissional, pois deixa de ser multiprofissional. Segundo Cannalunga (2009a), a mudança para o Reabilita descarta a recomposição da equipe multiprofissional para o atendimento do reabilitado. Isto significa atendimento simplificado, e a falta de algumas especialidades compromete o processo, principalmente na reabilitação do amputado.

Neste capítulo abordaremos a Reabilitação Profissional, como um todo, desde sua origem (reabilitação) até os dias de hoje, tentando entender este processo, como também a reinserção produtiva no mercado de trabalho do paciente amputado, quando reabilitado.

1.1 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO BRASIL

O trabalho constitui atividade de transformação da natureza para satisfazer as necessidades humanas, tendo como resultado produtos com valor de uso. A análise

das formas que assumiu durante o processo histórico de desenvolvimento das sociedades humanas possibilita compreender as formas de organização dessas sociedades. O modo de produção hegemônico no mundo atual é o capitalista, que nos últimos 400 anos vêm se transformando continuamente no sentido de melhorar a capacidade produtiva, seja na quantidade seja na qualidade dos produtos para satisfação humana. Mas, não transforma suas características básicas de divisão social que coloca, de um lado, aqueles que detêm os meios de produção (matérias-primas, equipamentos, maquinários, etc.), os capitalistas e, de outro, aqueles despossuídos dos meios de produção e possuidores somente de sua força de trabalho. As relações entre estes dois grupos transformam-nos em duas classes sociais com interesses antagônicos em relação ao trabalho, na medida em que os trabalhadores vendem sua força de trabalho como única forma de sobreviver, enquanto os capitalistas compram esta força de trabalho e a utilizam para aumentar seu capital.

Segundo MARX (1983), a existência de trabalhadores livres, que vendiam seu trabalho em troca de um valor, denominado salário, e a propriedade privada dos meios de produção constituíram, portanto, condição para o surgimento do capitalismo. Quando seres humanos executam tarefas e com elas produzem objetos de valor, é denominado processo de trabalho capitalista, causando uma transformação em si e também na natureza.

O trabalhador, utilizando de sua força de trabalho, de suas capacidades físicas e mentais, e de seu corpo, transformados em valor de troca, os vende aos proprietários do capital. De posse disto, o capitalista passa a utilizar esta força de trabalho de forma que lhe permita captar um valor excedente àquele pago ao trabalhador (também chamado mais-valia) e, com isso, aumentar seu capital.

Como o objetivo dos capitalistas é aumentar o capital, eles começaram a desenvolver manobras, explorando o trabalhador com diminuição dos salários e aumento da carga horária de trabalho, ou mesmo, fazendo também um incremento tecnológico, intensificação e reorganização do trabalho, para obtenção de mais-valia.

Uma primeira forma de organizar o trabalho e a produção, para aumentar a produtividade e lucratividade das empresas, ocorreu no início do século XX, com as concepções propostas pelo taylorismo-fordismo. Taylor estabeleceu uma forma de

organização do trabalho, chamada por ele de “científica”, para, assim, exercer o controle sobre o trabalho: fragmentação das atividades, apropriação do saber operário pela gerência, separação entre planejamento e execução do trabalho, seleção dos trabalhadores mais apropriados para realizarem as tarefas conforme prescritas. Para ele, organização e administração formavam dois pilares de sustentação em um processo que visava a um maior rendimento no trabalho.

Como consequência, o taylorismo abriu espaço para o fordismo. Nos idos de 1914, Henry Ford propôs o sistema de produção através do uso da esteira rolante, que possibilitou a produção em massa. Ford tinha uma visão de que os automóveis deveriam ser mais baratos para atingir uma parcela grande da população. Diante da desqualificação e desvalorização do trabalho propiciada pelo taylorismo e visando diminuir grandes esforços na execução de suas tarefas, ao invés de o trabalhador ir buscar suas tarefas estas vinham até ele através da esteira de montagem.

Tal sistema incrementou a produtividade de modo a, no seu apogeu, remunerar intensamente o capital. Entretanto, na década de 60, esgotou-se como organização do processo produtivo que permitia desenvolver o capital, tendo em vista, principalmente, os altos investimentos com estoques de matéria-prima, a incapacidade do mercado de absorver grandes estoques de produtos e os vários benefícios trabalhistas obtidos por reivindicações de sindicatos fortes. Segundo Borges (1999), o capitalismo da produção em massa entrou em crise e sua reação exigiu um novo paradigma de produção que culminou com manobras sobre os trabalhadores para diversificar a produção.

Trata-se de uma segunda forma de organizar o trabalho e a produção para aumentar a produtividade e lucratividade das empresas conhecida como movimento de reestruturação produtiva, que tem como modelo o toyotismo e seu princípio de produção sem estoques.

Contrariamente ao modelo de produção em massa, o toyotismo visou a atender um mercado que requeria produtos diversificados e pedidos relativamente pequenos. Para isso, baseou-se no máximo de flexibilização: da estrutura produtiva (que terceiriza para outras empresas a maior parte do processo produtivo, cabendo à empresa-mãe somente as atividades de marketing na busca do maior número de consumidores e a etapa final de montagem no processo produtivo), da disponibilidade de trabalhadores (desregulamentação do emprego, perda de direitos

trabalhistas anteriormente conquistados, aumento de desempregados dispostos a contratações temporárias, inserção feminina no mercado de trabalho, etc.) e da própria organização do trabalho na produção (rápido transporte, controle de qualidade, estoque mínimo, manuseio de várias máquinas pelo mesmo trabalhador, etc.). Esta flexibilização tornou-se possível com o desenvolvimento e implantação maciça de novas tecnologias informatizadas e automatizadas (BORGES, 1999).

No Brasil, houve um atraso no desenvolvimento econômico e político em relação aos países centrais (Europa Ocidental e EUA), em grande parte decorrente de situação particular vivida durante períodos ditatoriais. A história nos remete aos anos 50, no governo de Juscelino Kubitschek, para lembrar que, nesta época, o desenvolvimentismo tinha um perfil taylorista-fordista. Um grande *boom* de industrialização impulsionou a economia brasileira dos anos 70 para um novo surto produtivo, época em que já estava implantada no Brasil, uma ditadura militar, iniciada em 1964. Este foi um período em que os capitais nacional e internacional obtiveram altas taxas de lucro, possibilitado pela repressão política que impedia o exercício das reivindicações sindicais pelos interesses dos trabalhadores, impondo intenso arrocho salarial.

Neste período, o trabalhador, responsável pelo aumento do capital, foi super-explorado, pois, além de trabalhar mais que o normal, havia uma grande rotatividade do profissional mesmos na linha de produção, por não ser detentor de qualificação.

O período entre 1978 e 1985 caracterizou-se como de transição do regime ditatorial para a democracia, com o surgimento de inúmeras greves, quando reivindicações salariais dos trabalhadores foram atendidas.

Em meados da década de 80, o movimento da reestruturação produtiva alcança o Brasil, causando grande impacto sobre o mundo do trabalho. A força do capital, pressionando a produtividade para recuperar as altas de lucro, causa impactos importantes no mundo do trabalho. Esta ofensiva foi responsável pela fragmentação e, conseqüentemente, um enfraquecimento da classe trabalhadora. Como consequência direta, o sindicalismo brasileiro entra em crise, fica debilitado e perde, assim, seu poder de ação.

Com isso, quem mais sofreu foi a classe trabalhadora que, aos poucos, foi perdendo direitos adquiridos através de históricas lutas sindicais. O novo complexo de

reestruturação produtiva aprofunda o sofrimento direto da classe trabalhadora, pois muitos sindicatos passam a adotar, a partir daí, uma postura classista, com práticas principalmente neocorporativas.

Mesmo o polo industrial automotivo do ABC paulista, berço da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e do Partido dos Trabalhadores (PT), conviveu com a implantação do toyotismo no Brasil, permitindo que aparecesse e desenvolvesse aqui um novo (e precário) mundo do trabalho.

Ainda na segunda metade da década de 1970, as portas da economia brasileira se abriram para o capital externo, e a produção passou a ser voltada também para o mercado externo. A busca de novos mercados foi uma forma de escoar a sua produção, buscando um suspiro para o capital. Coincidentemente, foi nesta época que o Brasil se tornou um país exportador e, para tanto, procurou principalmente variar seus produtos.

Com a economia debilitada, num momento de crise do capitalismo no Brasil, o neoliberalismo apareceu nos governos de Fernando Collor de Melo e de Fernando Henrique Cardoso com o objetivo principal de socorrê-lo, enfraquecendo a participação e intervenção do Estado nas relações mercadológicas da economia.

Foram adotadas estratégias para atrair capital externo, tendo como principal atrativo benesses de incentivos fiscais, na tentativa de se conseguir aumentar a produção. Além deste recurso, outros foram implementados para fortalecer e dar segurança de retorno aos investidores internacionais, como a privatização. A partir daí, o país passou a conviver com dois tipos de capital: o produtivo e o especulativo. O primeiro buscava mais e mais lucros incessantes e, para tanto, aumentava a exploração do trabalhador; e o segundo, na sua busca desenfreada de lucro, com sua sede voraz de lucros sem trabalho, puxava para cima a inflação.

Com o incremento do capital estrangeiro no Brasil, o país adentrava no processo de mundialização do capital, dando início, também, ao que se chamou, na época, de “ciranda financeira”.

Nesse contexto, o trabalhador desprotegido ficava cada vez mais espoliado, principalmente com o aparecimento de formas de contratação temporária, legalizada por meio do Decreto nº 2.172, de 05 de março de 1997 (BRASIL, 1997), que, após

sua implantação, permitiu que fossem desregulamentados direitos adquiridos pelos trabalhadores.

Do ponto de vista da organização do trabalho na produção, com o objetivo de acelerar o processo capitalista, foi introduzido no Brasil o *just-in-time*, que é uma estratégia de organização tanto de bens como de serviços. Esta estratégia, direcionada principalmente para conter perdas, tanto de tempo como de material, reorganizava o setor produtivo, buscando qualidade no planejamento, na preparação e na execução das tarefas.

Com isto, propalou-se a possibilidade de uma parceria entre o capital e o trabalho. Porém, o que se via era uma repetição da exploração do trabalhador, que acontecia com a implantação de uma nova rotina do trabalho e que buscava no salário do trabalhador parte das soluções necessitada pelo capital, instituindo para isto a depreciação do salário. Depreciando o salário, o trabalhador era submetido a um arrocho salarial com perdas importantes.

Com a reestruturação produtiva e o advento de novas tecnologias – tanto de organização como de produção – onde o capital se sobrepunha à produção, explorando a mão de obra cujos representantes (sindicatos) se encontravam politicamente enfraquecidos, instala-se, no Brasil, um novo tipo de controle do trabalho, com a criação de novas exigências de qualificação dos operários e aprofunda-se a exclusão social caracterizada pelo desemprego estrutural.

O mundo do trabalho e do emprego sofreu um revés ao ser implantada a prática empresarial da terceirização¹, demonstrando aí uma ofensiva do capital sobre os trabalhadores no processo produtivo e também sobre as práticas sindicais. Com a fragmentação do setor produtivo, o poder sindical foi se debilitando.

De acordo com Alves (2010), um dos principais efeitos maléficos da terceirização, apontado pelos trabalhadores, foi o ataque aos benefícios sociais e salários, quando comparados os da empresa que terceirizava com os da empresa principal. Isto, sem falar na perversidade das condições insalubres no trabalho e com relação à segurança no trabalho e ambiental. Além disso, instala-se uma polarização quanto à

¹ A terceirização, para Borges (2001), é uma das principais estratégias da nova reestruturação produtiva, que distribui partes do processo produtivo por diferentes empresas secundárias, permanecendo com a empresa-mãe a parte que mais valoriza o capital.

qualificação dos trabalhadores destas empresas – qualificados na empresa principal e menos qualificados nas terceirizadas – para a qual passou a ser item importante a faixa etária do trabalhador. Porém, com a implantação de novas indústrias e o maior retorno dos investimentos produtivos, houve uma aceleração no processo de qualificação dos trabalhadores.

Conforme Alves (2010), o IBGE afirmou que o processo de gerenciamento da produção, baseado na concepção da qualidade total, por si só, tornaria possível aumentar a produtividade, sem necessidade de investir em máquinas. Aponta Castro (apud ALVES, 2010) para uma crítica a essa visão: a hipótese do desemprego tecnológico é de difícil sustentação, sendo necessário buscar no movimento conjuntural da economia – período de recessão – a explicação para a diminuição do nível de emprego. O novo complexo de reestruturação produtiva, na era neoliberal, submetido a exigências do capitalismo globalizado, eliminou vários postos de trabalho, principalmente os que exigiam menor qualificação e ligados à cadeia de produção.

Caracterizada pela subcontratação, a terceirização foi responsável pela divisão da classe operária: de um lado ficaram os novos operários, mais qualificados e, do outro, os com menor ou nenhuma qualificação, que passaram a fazer parte do exército de reserva.

Na década de 90, foi aprovada uma lei que permitia o contrato de trabalho por tempo determinado (trabalho temporário) e que, no final do contrato, penalizava o trabalhador que não recebia seus direitos trabalhistas, antes garantidos. Com isso, o maior beneficiado foi o capitalismo, que passou a explorar o trabalhador vítima desta lei e este passou, assim, a integrar o segmento de excluídos socialmente. A estes foram se somando os trabalhadores que antes mantinham vínculo formal e que, após serem demitidos, eram, em uma nova contratação, incorporados a esta nova legislação.

O governo Collor de Mello, com sua política altamente recessiva, tentou ocultar a ofensiva do capital sobre a sociedade produtiva. Porém, foi no governo de Fernando Henrique Cardoso, com a implantação do plano Real, quando se esboçou um crescimento da economia, que foi possível observar a precarização do trabalho. Nesta época, o congelamento dos salários e o aumento do desemprego favoreciam um novo tipo de crescimento do capitalismo, sob a era da mundialização do capital.

Nesta época, surgiu o que se chamou *jobless growth*, expressão que caracterizava o aumento da lucratividade da economia sem a proporcionalidade do emprego. É difícil entender a lógica (ou a falta dela), pois, se houve investimentos produtivos, o normal seria existir qualificação e aumento de oferta de empregos.

Houve aumentos reais de salários, porém, eles não acompanhavam a produtividade do trabalho. O poder de negociação dos sindicatos foi diminuindo com a implantação do novo complexo de reestruturação produtiva. Mesmo com os danos causados pela terceirização sendo irreversíveis, inclusive promovendo a perda política, com a pulverização do coletivo operário, os sindicatos conseguiram garantir alguns benefícios salariais dos operários terceirizados, mas não impediram a discriminação sofrida pelo operário metalúrgico que, não era reconhecido como tal na empresa terceirizada.

1.2 A POLÍTICA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Tendo como objetivo principal reorganizar as condutas nos processos de reinserção do deficiente e do incapaz na sociedade produtiva, a Organização Internacional Trabalho (OIT) - fundada em 1919, da qual o Brasil é signatário desde 1950 - editou a Recomendação n°. 99, de 25 de junho de 1955², que afirma: em seu art. 27, que “Sempre que for possível, e observando as recomendações médicas, a Adaptação e a Readaptação Profissional devem começar durante o tratamento médico”; no art. 26.1: “Entre as instituições encarregadas do tratamento médico dos inválidos, e os serviços encarregados da Adaptação e Reabilitação Profissional destes, deve existir a máxima coordenação de suas atividades”. Segundo o Convênio 159, de 20 de junho de 1983³, no seu art. 1.2, informa que: Aos efeitos do presente convênio todo membro deverá considerar que a finalidade da Reabilitação Profissional é a de permitir que a pessoa inválida obtenha e conserve um emprego adequado, e

² Disponível em: <www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/pub_59.html>. Acesso em: 28 jun. 2011- aborda métodos de orientação vocacional e treinamento profissional.

³ Disponível em: <www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/pub_59.html>. Acesso em 28 jun. 2011.

progrida nele, e que se promova, assim, a integração ou a reintegração desta pessoa à sociedade.

Complementando, a recomendação define reabilitação profissional como a parte contínua e coordenada do processo de reabilitação, que envolve a provisão de serviços profissionais; isto é, orientação e treino profissional, além de colocação seletiva, designando pessoas capazes para funções determinadas.

A literatura internacional amplia esta definição dizendo que é um processo contínuo e coordenado que objetiva restaurar o indivíduo ao mais completo desempenho físico, mental, social, profissional e econômico de que é capaz. Visa a torná-lo, portanto, independente, restaurando, desenvolvendo ou preservando, quando possível, sua capacidade de encontrar um emprego adequado, alcançando ajustamento social satisfatório (MATSUO, 2002). Orientado por tal recomendação, buscou-se entender dois conceitos, muito importantes no contexto da RP, que são deficiência e incapacidade. O Decreto-lei nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 (BRASIL, 1999), define deficiência como “a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”. Já incapacidade é

[...] uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida. (BRASIL 1989).

A incapacidade é um elemento central no fundamento e na lógica de organização dos sistemas de previdência social.

Entendemos que os conceitos de deficiência e incapacidade, por serem complexos, merecem um maior aprofundamento, para que o processo de reabilitação profissional se inicie pautado em conhecimentos sólidos do indivíduo como um todo (tanto fisicamente como socialmente), pois, como afirmam Diniz, Squinca e Medeiros (2007), não é a existência de uma lesão ou incapacidade que faz com que uma pessoa seja deficiente, mas a forma como a sociedade possibilita meios para sua inclusão e garanta o seu direito de estar no mundo produtivo. A sociedade, sendo participativa e, portanto, menos perversa, faz com que a incapacidade deixe de ser tão incapacitante. Ser deficiente não quer dizer ser incapaz de uma maneira geral,

mas sim numa forma específica de incapacidade localizada, ou seja, para uma determinada função ou atividade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a incapacidade como um fenômeno complexo e que é tanto um problema no corpo da pessoa, como também, e primariamente, social (OMS, 2002). Assim, o modelo social de incapacidade vê a incapacidade como um problema socialmente criado e não totalmente como um atributo de um indivíduo. No modelo social, a incapacidade demanda uma resposta política, uma vez que o problema é criado por um ambiente insatisfatório, trazido por atitudes e outras características do ambiente social (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Analisar a deficiência como uma questão social, segundo Rioux e Zubrow (2001), tem algumas características comuns, assumindo que a deficiência não é inerente ao indivíduo, independentemente da estrutura social; eles dão prioridade a aspectos políticos, sociais e ambientais; reconhecem a deficiência mais como uma diferença do que como uma anomalia; tratam da inclusão das pessoas com deficiência como uma responsabilidade pública e não como uma questão do âmbito individual; destacam-se as condições sociais, ambientais e econômicas como ponto primário de intervenção.

Compreendemos, com base em Matsuo (2002), que a Reabilitação Profissional deve ser discutida no campo da Sociologia da Saúde e da Sociologia do Trabalho, e que estes estudos deveriam focar a relação de pacientes com a doença e suas consequências na vida familiar e profissional. O próprio gerenciamento da seqüela física e a redefinição dos papéis sociais na família ajudam no processo de Reabilitação Profissional.

Considerando que o acidente significa uma ruptura na trajetória de vida dos indivíduos e que acarreta um desequilíbrio no âmbito da família, é necessária a reorganização dos papéis para a manutenção do grupo social. A família desempenha o papel de apoio afetivo, emocional e financeiro na estratégia de sobrevivência.

O mundo do trabalho, espaço da racionalidade econômica, conduz a uma reinserção social do acidentado reabilitado, portador de uma desigualdade física problemática, tanto no que se refere à sua relação com seus pares, quanto em relação a seus superiores hierárquicos. Um ponto que demonstra um avanço nas discussões sobre as políticas sociais é a formulação e implantação da legislação que determina a

responsabilidade dos empregadores na reabilitação profissional dos acidentados (MATSUO, 2002), sendo importante salientar que os segurados, no retorno ao trabalho, podem sofrer preconceitos e discriminação, que devem ser vistos como relacionamentos sociais no trabalho. Sendo assim, principalmente os amputados, necessitam de acompanhamento psicológico para que possam entender e contornar tal situação. A discriminação é um fator que contribui negativamente em todo processo de ressocialização de um paciente amputado.

Do ponto de vista de uma história da constituição da reabilitação profissional, enquanto política pública no Brasil, talvez se possa considerar um primeiro marco a promulgação do Decreto-lei nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919 (BRASIL, 1919), a primeira lei sobre acidentes do trabalho (AT). Com ela, a legislação brasileira passou a regulamentar as relações de trabalho e reconhecer a ocorrência dos acidentes do trabalho, que já à época acometia um grande número de trabalhadores, tendo por consequência mortes e sequelas incapacitantes para o exercício do trabalho e de outras atividades da vida diária.

Entretanto, além dos acidentes do trabalho, começaram a aparecer enfermidades que afastavam o trabalhador de suas funções e que não eram reconhecidas como acidente do trabalho, o que levou a outro marco, com a promulgação do Decreto- Lei nº 7.036, de 10 de novembro de 1944 (BRASIL, 1944). Este decreto caracterizou as doenças inerentes ao exercício de determinadas atividades (doenças profissionais) e as doenças decorrentes de condições especiais ou excepcionais em que o trabalho era realizado (doenças relacionadas ao trabalho), mas também introduziu a readaptação profissional e a reabilitação do empregado acidentado, tornando obrigatório o seguro de acidente do trabalho (SAT) como garantia do pagamento das indenizações.

Nascia, assim, a reabilitação profissional como política pública no Brasil, mas ainda numa concepção de “readaptação profissional” e “reaproveitamento do empregado acidentado”, executada pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Suas práticas restringiam-se à fisioterapia e à cirurgia ortopédica reparadora, somadas ao ensino em escolas profissionais especiais conveniadas, que condiziam à natureza traumática dos acidentes de trabalho e à abordagem terapêutica vigente à época (MAENO; VILELA, 2010).

De acordo com Maeno e Vilela (2010), a expressão reabilitação profissional foi adotada na legislação brasileira somente em 1967, com a estatização do Seguro de Acidente do Trabalho (SAT) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sem, no entanto, explicitar o seu significado ou quaisquer procedimentos. Tornou-se, portanto, uma obrigação legal, garantida, pela primeira vez, por uma fonte de custeio permanente a cargo exclusivamente da empresa (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

Como visto, a década de 1970 pode ser considerada “a era de ouro” da reabilitação profissional, tendo em vista o volume de recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos e contratação de pessoal técnico qualificado para compor equipes multiprofissionais e operacionalizar o programa. É importante ressaltar que em 1975, em pleno período de regime militar, o Brasil foi considerado o campeão no número de Acidentes do Trabalho, tendo sido notificados 1.916.187 acidentes do trabalho para uma população segurada de 12.996.796 trabalhadores (CARMO et al, 1995).

Denúncias da Organização Internacional do Trabalho (OIT) pressionaram para que fosse proposta nova legislação em prol da reabilitação profissional, o que se efetivou com a promulgação da Lei nº 6.367, de 19 de outubro de 1976, que, entre outras coisas, tornou a reabilitação profissional obrigatória ao acidentado do trabalho (BRASIL, 1976). Nesta lei, a reabilitação profissional foi caracterizada como um direito do acidentado do trabalho, sendo contemplada como uma seção que, inclusive, citava um programa.

Passam a ser fundamentais na estrutura do novo projeto os Centros de Reabilitação Profissional do INPS (CRP), unidades localizadas nas capitais estaduais, orientadas por uma concepção de excelência e pela tendência hospitalocêntrica da assistência médica vigente à época, que concentravam no próprio serviço todos os recursos terapêuticos necessários, com grande número de equipamentos e profissionais. Nas grandes cidades do interior, existiam os Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP), unidades menores que referenciavam ao CRP os casos mais complexos (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

Segundo Takahashi e Iguti (2008), os CRP e NRP contavam com um sistema de apoio técnico e logístico de avaliação, prescrição e concessão de órteses e próteses que atendia a população amputada, vítimas de AT.

Nesta época, inicialmente a Perícia Médica do INSS encaminhava o segurado para reabilitação (MATSUO, 2002), sendo que o primeiro atendimento era na seção de Recepção e Registro que, após registrar o segurado, o agendava para uma triagem. Nesta triagem, ele era atendido por uma equipe (denominada equipe de triagem) composta por um médico, um assistente social e um psicólogo. Se esta equipe entendesse que o caso não era passível de RP, ele era reencaminhado à perícia médica como inelegível, cabendo-lhe destinar o caso. Caso o segurado fosse classificado como passível de RP, ele seria classificado como elegível e teria registro definitivo na RP.

Em seguida, seria atendido por uma equipe básica de reabilitação, formada por um médico e uma assistente social que, após avaliação em conjunto, estabelecia o programa a ser seguido para cada segurado. Eram disponibilizados vários profissionais no CRP, como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, psicólogo e sociólogo. Havia, também, como parte integrante do processo de RP, uma Oficina de Reabilitação, onde os segurados tanto faziam treinamento como também aprendiam o ofício, e também professores de ensino básico. Este era o *staff* disponível no CRP que poderia ser usado pela equipe em benefício do segurado reabilitando.

Toda equipe tinha um coordenador que era responsável por fazer o acompanhamento dos casos em prontuários, promovendo reunião mensal para que cada integrante da equipe apresentasse a evolução do caso. Nesta reunião era decidido se o segurado deveria prosseguir com o Programa, se seria desligado ou se seria encaminhado ao setor de vagas (previamente cadastrado, para treinamento ou curso). Os desligados seriam reencaminhados à Perícia Médica, que o desligava para retorno ao trabalho.

Dessa mesma época, sabemos que a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2001), unificando os regimes urbano e rural, estabeleceu um tratamento igualitário, facilitando a elegibilidade ao programa de RP, pois declara todos iguais para participarem do processo, consagrando, com isto, os direitos previdenciários, incluindo-os sob uma nova dimensão – a da seguridade social. O Art. 203 apregoa que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de existir contribuição à seguridade social. Com isto fica assegurado ao trabalhador

rural o direito a todo o processo relacionado à RP como, protetização e preparo social para o retorno ao trabalho.

Aliás, este foi outro grande avanço na questão social, proporcionado pela Lei 8.213, de 24 de julho de 1991⁴ (BRASIL, 1991), quando focou a preocupação com a habilitação, isto é, com a nova qualificação profissional dos segurados do INSS. Assim, o segurado tem que ser preparado antes de voltar à atividade laborativa, sendo este o eixo principal de todo e qualquer processo de reabilitação que vise à inserção do segurado à atividade produtiva e social.

Entretanto, para Maeno e Vilela (2010), a atuação dos CRP e NRP foi tímida, pois se restringia aos limites de procedimentos administrativos e, apesar das intervenções para reduzir as desvantagens decorrentes das incapacidades, nada propunha como intervenção sobre as condições de trabalho causadoras dos infortúnios. Isto se devia, em grande parte, à vinculação da reabilitação profissional ao órgão segurador (INPS), à fragmentação das atuações dos órgãos de Estado e à falta de articulação com os órgãos assistenciais de saúde e fiscalizadores das condições de trabalho, e com o próprio corpo pericial da previdência.

A Reabilitação Profissional, para ser operacionalizada, necessita que várias instituições – Estado, empresa, família, comunidade, sindicatos – além do próprio trabalhador participem deste programa. É fundamental identificar as relações sociais do trabalhador na empresa e na família, antes e após o infortúnio, pois, como já comentado, ambos se constituem em pontos importantes no processo de RP.

Segundo Takahashi e Iguti (2008), após um início de expansão, já na década de 1980, começaram o sucateamento das instalações físicas e a perda dos recursos humanos dos CRP e NRP, devido à falta de investimento governamental, movimento intensificado na década de 1990 pelas políticas neoliberais citadas anteriormente, que preconizavam o Estado mínimo, afetando significativamente os programas relacionados às políticas sociais.

Do organograma antigo foram retirados todos os profissionais que formavam verdadeiramente uma equipe multiprofissional. Já não contava com profissionais especializados, oficina de reabilitação, nem com os professores de ensino básico.

⁴ Essa lei foi regulamentada em 1999, pelo Decreto-lei nº. 3.048, de 06 de maio de 1999 (Brasil, 1999).

Após uma avaliação inicial para definição da capacidade laborativa, o segurado passava a ser acompanhado apenas por um médico e por um orientador profissional. O orientador profissional era um profissional com formação na área da saúde, reaproveitado com os remanescentes e treinado para esta nova função. Após a conclusão, o segurado era encaminhado para a perícia médica do INSS para desligamento.

Baseado em experiência profissional pessoal, era difícil entender e até mesmo justificar para o segurado o porquê das mudanças, já que ele tinha conhecimento de como era antes a RP, antes, através de outros reabilitados ou mesmo nos casos de retorno para outra reabilitação (inclusive troca ou manutenção de prótese).

Este processo de desmanche da RP do INSS finalizou-se na década de 2000, com a total desativação desta estrutura com a mudança do modelo de reabilitação profissional que passa a constituir o Programa Reabilita, agora como apenas um subprograma das perícias médicas das agências de benefícios da Previdência Social.

O Programa Reabilita é definido como o modelo que operacionaliza as ações de RP em integração com a perícia médica, no âmbito das Agências da Previdência Social (APS), articulado com os demais serviços do INSS (BRASIL, 2005). Este novo modelo de Reabilitação Profissional tem como objetivo principal a descentralização deste serviço, a ampliação da rede de atendimento e que este seja feito preferencialmente nas APS de abrangência de domicílio do segurado, desde que existam as condições mínimas necessárias para o atendimento.

A ideia de atender o segurado amputado nas APS não deveria fazer parte desta nova modalidade devido à inexistência de pessoal qualificado no interior para este tipo de atendimento. Como a RP conta em sua unidade apenas com o médico perito e o orientador profissional, onde ficam profissionais como assistente social, fisioterapeuta e psicólogo? Há previsão de que a Unidade Técnica de Reabilitação Profissional (UTRP) poderá estabelecer parcerias por meio, inclusive, de convênios, para atendimentos nas áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, atendimento, preparação e treinamento para uso de prótese, melhoria da escolaridade com alfabetização e elevação da escolaridade, porém, hoje não é o que vemos. Entendemos que tanto os profissionais como a comunidade, deverão ser previamente preparados para participarem do processo de RP com o mínimo de

conhecimento. Portanto, faz parte do processo de implantação o item preparação e divulgação antes da implantação.

Conforme Takahashi e Iguti (2008), a nova estrutura funcional da Reabilitação Profissional foi oficializada pelo Decreto nº 2.172, de 05 de março de 1997, do Ministério da Previdência Social (BRASIL, 1997). Além deste decreto, uma resolução descentralizava os serviços de RP para as agências de benefícios do INPS e outra alterava as funções básicas do processo de reabilitação profissional que passou a ser: 1) avaliação e definição da capacidade laborativa; 2) orientação e acompanhamento do programa profissional; 3) articulação com a comunidade para reingresso no mercado de trabalho e 4) acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho.

Essas autoras concluem que as alterações propostas foram, mais do que medidas centradas em necessidades técnicas para melhor efetivar a RP dos segurados, medidas orientadas pelo ideário das novas políticas de gestão pública neoliberais da década de 1990, que buscavam o enxugamento e a eficiência da máquina pública.

Segundo afirma Cannalunga (2009b), a RP se constitui atualmente num atendimento que é prestado, essencialmente, por dois profissionais: o responsável pela orientação profissional e o perito médico, sendo que o responsável pela orientação profissional é o servidor de área afim à RP e pode ser assistente social, psicólogo, pedagogo, terapeuta ocupacional e sociólogo, entre outros. Torna-se fundamental que os profissionais participantes desta equipe sejam coordenados por um membro desta mesma equipe, para que haja um fechamento conclusivo no final de cada processo de reabilitação profissional. Percebemos um avanço no que diz respeito à integração do médico perito à RP; porém, infelizmente, no restante, não podemos comemorar, pois o que vemos são profissionais executando normas previamente redigidas que, em alguns casos, não contemplam o necessário para um bom processo de reabilitação.

Takahashi e Iguti (2008) consideram que as mudanças apresentadas como medidas meramente organizativas e gerenciais afetaram profundamente o conteúdo e a oferta dos serviços de reabilitação profissional, particularmente, com o desmantelamento de um modelo de atenção por equipes multiprofissionais, reconhecido internacionalmente como mais adequado. Isso significou a supressão total das atividades terapêuticas e de profissionalização, subutilizando a capacidade

técnica de seu quadro de técnicos altamente qualificados (assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais), homogêneos pela figura do orientador profissional, o qual, inclusive, poderia nem ser de área afim à saúde.

Assim, estas autoras concluem que, certamente, a nova política da Previdência Social para a reabilitação profissional é desfavorável à saúde dos trabalhadores acidentados ou incapacitados para o trabalho, já que contribui para que não se efetive a superação de suas desvantagens através de programas específicos. Com isso, propõem uma profunda revisão dos atuais métodos gerenciais da reabilitação profissional, concebidos na ótica do seguro social, que utiliza critérios fundamentalmente mercantis para manter sua rentabilidade, com prejuízos aos segurados. A reorientação da máquina previdenciária pelo caráter distributivo a legitimaria socialmente, com a garantia de direitos sociais fundamentais, com uma Previdência Social pública que constitua um mecanismo de articulação entre os interesses econômicos e os da sociedade em geral (incluindo os despossuídos) na promoção do desenvolvimento.

Por outro lado, Maeno e Vilela (2010) consideram que, para a superação das deficiências da reabilitação profissional, é necessário compreender as transformações por que passa o mundo do trabalho e também a concepção das práticas em saúde em que a perspectiva da prevenção dos agravos esteja presente em todos os níveis de intervenção.

Dessa forma, podemos pensar que, no mundo do trabalho atual (de capitalismo mundializado, de mercado e produção globalizada, de reestruturação produtiva, de precarização do trabalho, de desemprego e de exclusão social) não é possível efetivar a reabilitação profissional se não se colocar em questão e buscar formas de intervir desde o contexto do direito ao trabalho e da inserção dos trabalhadores em processos produtivos, as condições concretas de salubridade dos ambientes e processos de trabalho, as exigências das formas de organização do trabalho e da produção, o acesso à assistência à saúde em todos os níveis, a possibilidade de afastamento do trabalho para tratamento de saúde, etc.

Maeno e Vilela (2010) consideram também que a reabilitação profissional é um direito constitucional, mas ainda a ser conquistado na prática, desde a inserção das questões trabalhistas e sanitárias nas escolhas das políticas econômicas, pois recai

sobre o Estado e a sociedade o ônus sanitário e social das escolhas que se pautam exclusivamente na dimensão econômica. Outro desafio levantado pelos autores é o da integração efetiva entre os setores da Saúde e da Previdência Social, no que diz respeito às concepções de saúde, incapacidade, reabilitação psicossocial e profissional.

Portanto, deve-se considerar que a reabilitação profissional requer o esgotamento de todas as possibilidades terapêuticas no âmbito do setor Saúde, particulares a cada caso, em sincronia com uma cobertura previdenciária durante o período de incapacidade para a função habitual, prerrogativa do setor da Previdência Social. Para tanto, é necessária uma compreensão comum intersetorial de conceitos como o de incapacidade e de reabilitação profissional. Nesse sentido, é urgente a definição de critérios de avaliação da incapacidade e da funcionalidade, que possam ser utilizados pelas duas instituições e facilitar a avaliação, a comunicação e o trabalho integrado de busca da reinserção social e profissional dos pacientes.

Além disso, esses autores trazem à tona também a necessidade de discussão interdisciplinar sobre a definição de incapacidade, principalmente nos casos mais complexos clínica e socialmente, que requerem decisões singulares para operacionalização e efetivação da reabilitação profissional. Com isso, posicionam-se, também contra a ideia, presente na atual política da Previdência Social para a RP, de que o retorno ao trabalho, em si, é o que possibilita a reabilitação, na medida em que o retorno precoce à atividade laboral pode encobrir as desvantagens em que se encontram estes trabalhadores na competição pelo mercado de trabalho, sendo mais garantia de exclusão desse mercado.

Por fim, esses autores propõem que os órgãos da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social se articulem realmente para o desenvolvimento de programas locais e regionais, que possibilitem satisfazer, no âmbito desses níveis territoriais, as necessidades amplas da reabilitação profissional, no plano pessoal e coletivo. Eles consideram que o SUS já detém uma estrutura descentralizada e em rede, nas quais se inserem inclusive a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que, apesar de suas insuficiências e dificuldades de implantação, podem contribuir com a articulação pretendida.

CAPÍTULO 2 – ENTRE PROPOSTAS E RESULTADOS: OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Alcançar os objetivos propostos neste trabalho exigiu de nós um grande esforço e determinação. O afã de responder às nossas inquietações nos fez acreditar que as respostas estavam dadas nos documentos que definimos para coleta de dados e nas entrevistas com os usuários amputados. Mas a realidade institucional não se comporta tal qual idealizamos e nos reserva muitas surpresas.

Não muito diferente foi o acesso aos usuários e sua disposição para participar da pesquisa. Vários foram os segurados com quem não conseguimos contato devido à falta de registro de endereços, assim como dos números atualizados dos telefones. Outros, mesmo após terem confirmado a participação, não compareceram nem justificaram, dos quais decidimos respeitar a decisão de não participar. Os que participaram, o fizeram de forma espontânea, respondendo ao questionário, sem interferência do pesquisador.

Esta é uma pesquisa exploratória de natureza quantitativa, constituída de três etapas: bibliográfica; documental e a de levantamento de dados diretamente dos segurados.

Para a realização dos objetivos propostos, a pesquisa bibliográfica foi recorrentemente utilizada, pois, como afirma Minayo (2004), nenhuma pesquisa científica deve dela prescindir, porque o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos.

Assim, lançamos mão do arsenal bibliográfico que trata do desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, principalmente da política da Previdência Social que, junto à Saúde e à Assistência Social compõem a Seguridade Social brasileira, auxiliando-nos inclusive, no delineamento do objeto de estudo. O recurso à legislação referente à política de Previdência Social no Brasil nos auxiliou tanto na compreensão do objeto de estudo, como também na análise dos dados empíricos.

A pesquisa quantitativa descreveu o universo dos segurados amputados que demandaram atendimento pela UTRP-ES, seu processo reabilitatório e seu estado atual, do ponto de vista da reinserção social e do trabalho. Procedeu-se inicialmente a uma pesquisa documental, através da coleta de dados existentes nos prontuários

dos pacientes atendidos na UTRP-ES. Em seguida, foram coletados dados primários sobre a situação atual dos segurados levantados em pesquisa documental, por meio de entrevista individual.

Esta pesquisa foi realizada na UTRP do INSS-ES, área da fisioterapia, setor de pacientes amputados. A unidade é interligada aos setores de perícia médica e de logística da Previdência. Para tanto, recebe segurados encaminhados pela perícia médica das várias agências do estado do Espírito Santo, portadores de incapacidades, que são submetidos inicialmente a uma avaliação que determina sua elegibilidade ao programa de reabilitação.

A UTRP-ES, no primeiro semestre de 2009, atendeu 550 segurados no seu programa de reabilitação, dos quais apenas 240 foram reinseridos no mercado de trabalho⁵.

Participou desta pesquisa um conjunto de segurados amputados que deram entrada na UTRP no período de 2004 a 2009 e foram submetidos ao processo de reabilitação profissional, num total de 60 segurados. Não houve critérios de exclusão, sendo participante a totalidade dos que adentraram a unidade no período estudado.

Inicialmente, buscou-se junto à chefia da UTRP-ES a autorização formal para que esta pesquisa pudesse ser realizada nas dependências da RP. A pesquisa quantitativa, realizada em agosto de 2010, se iniciou com levantamento de dados nos prontuários dos segurados amputados, atendidos na Unidade nos anos de 2004 a 2009.

Tendo em vista que o pesquisador exerce atividades nesta unidade há 31 anos, houve facilidade de acesso ao arquivo de amputados que passaram ou estão em processo de reabilitação. Nos referidos prontuários foram obtidos dados sobre os aspectos sociodemográficos, ocupacionais e a natureza patológica da lesão, além de outros dados que possibilitaram entender a reabilitação profissional e todo o processo que culminou com o retorno do amputado à atividade laborativa. Para isso, foi elaborado e utilizado um formulário para coleta de dados em prontuários, constituído de vinte questões (APÊNDICE B).

⁵ Disponível em: http://www1.previdencia.gov.br/agprev/agprev_mostraNoticia.asp?Id=35044&ATVD+1&xBotao+2. Acesso em: 25 maio 2011.

Em seguida, houve acesso aos segurados relacionados na coleta de dados dos prontuários para se obterem dados atuais sobre seu processo de reinserção social por meio do trabalho. O acesso se deu por contato pessoal com o segurado, por ocasião de visita à unidade de reabilitação, quando buscavam algum reparo em sua prótese; contato telefônico e convite para passarem na UTRP e participar da pesquisa; contato telefônico, envio e retorno do questionário pelos correios e entrevista por telefone. Para os que compareceram à UR, a aplicação do questionário foi feita pelo pesquisador e ocorreu em sala com condições adequadas de conforto e privacidade.

Aos que concordaram em participar desta etapa de coleta de dados, foram apresentados os objetivos e metodologia da pesquisa, bem como foram informados sobre a participação voluntária (sem prejuízo para os que não concordassem em participar) e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A coleta de dados utilizou formulário elaborado especificamente para esta finalidade, constituído de 29 questões abertas ou fechadas, que nos informaram acerca de características da constituição familiar e condições de moradia atuais; tratamentos e cuidados com o coto após a reabilitação; reinserção na produção; opiniões sobre o processo reabilitatório e sobre a condição de amputado na sociedade (APÊNDICE C). Essa etapa foi realizada entre os meses de setembro e dezembro de 2010.

Dos 60 segurados elegíveis para o estudo a partir da coleta de dados nos prontuários, 39 participaram na aplicação do formulário. Os demais não puderam ser acessados através das referências de endereço e telefone que constavam nos prontuários. De todos os que foram contatados, somente um segurado dispôs-se a participar, mas não compareceu ao encontro para coleta de dados, não sendo localizado posteriormente.

Após a criação de banco de dados computadorizado, os questionários foram embalados e estão sob guarda do pesquisador na Instituição de Ensino (EMESCAM), devendo ser incinerados decorridos seis meses da apresentação da dissertação.

Os dados empíricos obtidos na aplicação dos formulários de coleta (APÊNDICES B e C) foram analisados pela aplicação de análise estatística descritiva: média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e distribuição de frequências para as

variáveis categóricas. Para a apresentação dos resultados destas últimas, foram elaboradas tabelas de frequência e gráficos.

O cotejamento dos dados descritivos com a bibliografia consultada possibilitou levantar hipóteses explicativas para os fenômenos sociais apresentados.

O projeto de pesquisa foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, sendo aprovado em 14 de abril de 2010 (ANEXO A).

CAPÍTULO 3 – UMA VISÃO SOBRE OUTRAS AMPUTAÇÕES SOFRIDAS PELOS “SEGURADOS” VÍTIMAS DE AMPUTAÇÃO FÍSICA: OS RESULTADOS E NOSSAS ANÁLISES

Quando nos propusemos a estudar o tema aqui referido, já nos apoiávamos em hipóteses que acreditávamos comprovar ao final desta dissertação. Contudo os resultados apresentados pelas pesquisas documental e empírica nos revelaram fatos que extrapolaram a nossa ingênua imaginação, e que só quem vivencia a dor da perda pode retratar.

Não são poucas as amputações que sofrem aqueles que por motivos diversos perdem um membro do corpo. Essas, contudo, pouco visibilizadas e constantemente ignoradas, pois, parece que, o que não está visível não existe, logo, pouco incomoda a quem deveria, principalmente nos momentos de luto, garantir amparo e proteção aos seus contribuintes e beneficiários, sujeitos de direitos.

Esta pesquisa desvelou muitas das amputações sofridas pelos, podemos então afirmar, literalmente amputados. E, neste capítulo, nos propusemos a apresentá-las, esperando com isso provocar muita indignação, mas principalmente mobilização do Estado, no intuito de mudar a atual e real situação dos nossos sujeitos de estudos, para que uma amputação física, à qual estamos todos sujeitos, não nos ampute o direito de vivermos com qualidade de vida.

3.1 DOS SEGURADOS AMPUTADOS QUE PROCURARAM A UTRP NOS ANOS DE 2004 A 2009

A Tabela 1 mostra o número de segurados amputados que entraram no processo de reabilitação profissional da UTRP, por ano, no período entre 2004 e 2009. Os dados mostram que esse número variou de 7 a 9 casos no período, com exceção dos anos de 2005 e 2008, quando foram de, 12 e 16 casos, respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição dos segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo ano de entrada nesse serviço. Vitória-ES, 2004-2009.

Ano	Frequência	%
2004	8	13,3
2005	12	20,0
2006	9	15,0
2007	8	13,3
2008	16	26,7
2009	7	11,7
Total	60	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos prontuários dos anos 2004-2009.

Conforme relatado na metodologia, conseguimos acessar somente 39 dos 60 segurados amputados que foram atendidos na UTRP-ES no período estudado, para a resposta ao questionário. Visando avaliar se teria ocorrido um tendenciamento com a amostra que respondeu ao questionário, procedemos à sua comparação com aquela dos que não responderam, segundo algumas variáveis: sexo, faixa etária, situação trabalhista e acidente do trabalho como causa da amputação. O resultado desta comparação encontra-se no Quadro 1.

Tabela 2 – Comparação da amostra que respondeu ao questionário com a amostra que não respondeu, em relação a sexo, faixa etária, situação trabalhista e acidente do trabalho como causa da amputação. Vitória-ES, 2004-2009.

Variáveis		Respondeu ao questionário			
		Total de respostas válidas	Sim	Não	% de Sim
Sexo	Feminino	7	4	3	57,14
	Masculino	53	33	20	62,26
Faixa etária	Até 35 anos	36	23	13	63,88
	Acima de 35 anos	23	14	9	60,86
Situação trabalhista	Desempregado	13	8	5	61,53
	Vinculado	46	29	17	63,04
Acidente do trabalho	Sim	22	19	3	86,36
	Não	31	14	17	45,16
TOTAL		60	39	21	65,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos prontuários dos anos 2004-2009.

Conforme se observa, das variáveis utilizadas na comparação, somente ocorreu um tendenciamento, com maior participação na resposta ao questionário entre aqueles que relataram um acidente do trabalho como causa da amputação, aspecto que deverá ser levado em conta por ocasião da análise dos resultados.

A seguir, os resultados serão apresentados agrupando as variáveis de acordo com aspectos específicos da temática estudada, quais sejam: características sociodemográficas, relação entre a causa da amputação e o trabalho, atendimento ao amputado anterior à UTRP, atendimento na UTRP, adaptação à prótese e reinserção social e no trabalho.

3.1.1 Características Sociodemográficas

De acordo com o Gráfico 1, observa-se que 88,3% dos segurados atendidos na UTRP-ES, no período entre 2004 e 2009, eram do sexo masculino.

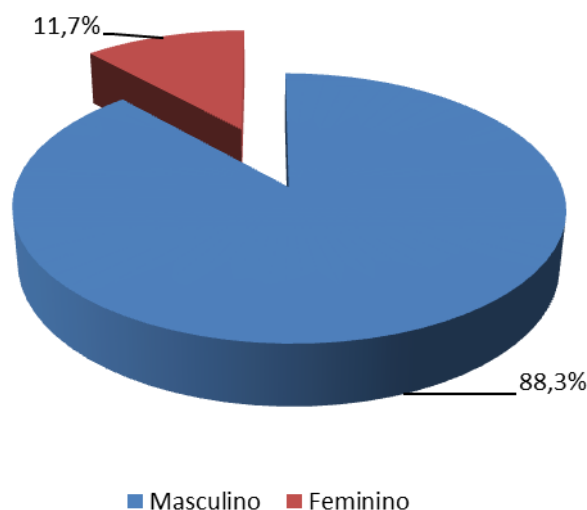


Gráfico 1 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo sexo (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009

A maior proporção de amputados do sexo masculino também foi encontrada em todos os estudos que nos possibilitaram comparação, variando de 77% a 82% (GUARINO; CHAMLIAN; MASIERO, 2007, IDE; OBAYASHI; TOYONAGA, 2002, SCHOPPEN et al, 2001a). Possivelmente, isto reflete uma distribuição desigual dos fatores causadores de amputação entre os gêneros, onde é maior a exposição e o acometimento do sexo masculino, tanto nas causas traumáticas (incluindo AT) quanto nas vasculares.

A idade dos pesquisados à época da pesquisa variou de 21 a 60 anos, sendo a média de 34,88 anos (desvio padrão de 9,54 anos). O Gráfico 2 mostra que 61% dos segurados tinham até 35 anos de idade.

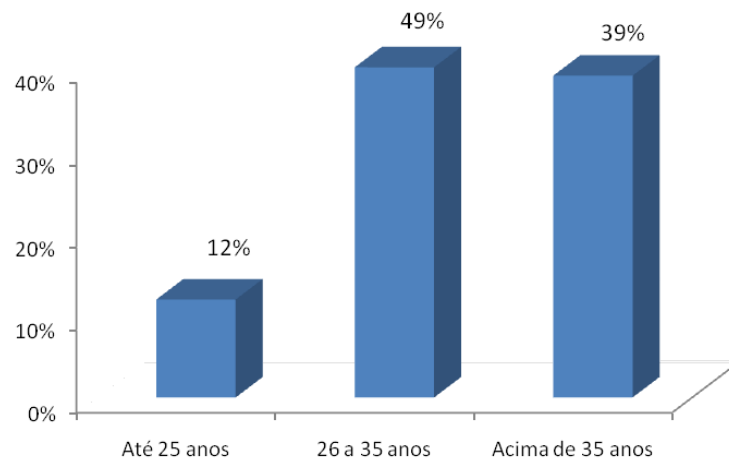


Gráfico 2 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo faixa etária à época da pesquisa (n = 59). Vitória-ES, 2004-2009

A média de idade encontrada foi bem menor do que a encontrada em outros estudos: 54,4 anos para Ide; Obayashi e Toyonaga (2002); 46,3 anos para Guarino, Chamlian e Masiero (2007); 46 anos para Schoppen et al. (2001b) e 44,5 anos para Schoppen et al. (2001a). Estas diferenças se devem, em parte, a questões metodológicas como o tempo decorrido desde a amputação que, em alguns estudos, chegou a 16 anos, o que acabou se concentrando em faixas etárias maiores. Mas, não deve ocultar o fato de que o atual estudo revelou uma população de amputados relativamente jovem.

O Gráfico 3 mostra que 51,3% dos amputados que responderam ao questionário estavam casados à época da amputação, enquanto os solteiros corresponderam a 41%.

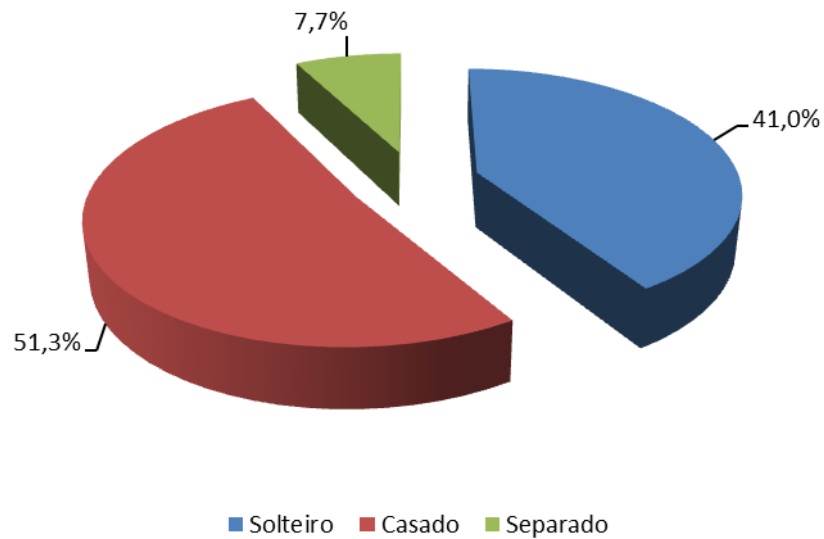


Gráfico 3 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo estado civil à época da amputação (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009

Por outro lado, o Gráfico 4 mostra que, posteriormente, por ocasião da aplicação do questionário, a proporção de pesquisados casados aumentou para 66,7%, enquanto a dos solteiros abaixou para 23,1%.

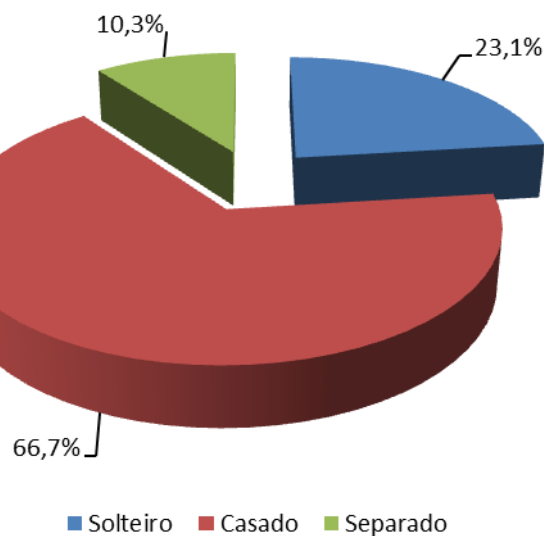


Gráfico 4 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo estado civil à época da pesquisa (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009

O número médio de pessoas da família que dependem do segurado amputado foi de 3,33 pessoas (desvio padrão = 1,30 pessoas). O Gráfico 5 mostra que a maioria (64,0%) tem pelo menos três pessoas da família que lhe são dependentes.

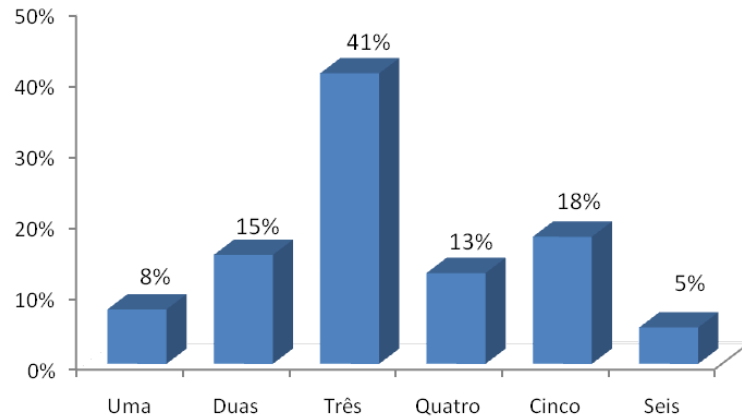


Gráfico 5 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo número de pessoas que lhe são dependentes (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009

O Gráfico 6 mostra que a maioria dos segurados amputados (59%) são proprietários do imóvel onde moram.

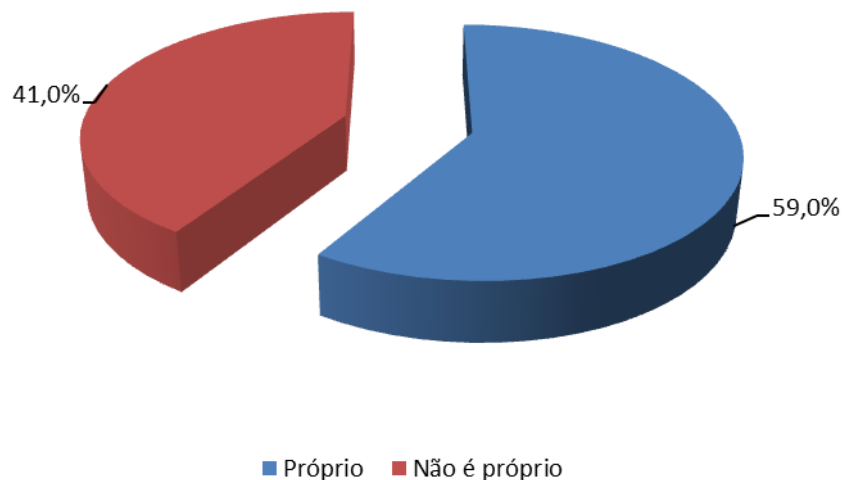


Gráfico 6 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo propriedade do imóvel onde mora (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009

O Gráfico 7 mostra que a maioria (69,2%) dos pesquisados morava em rua pavimentada, à época da aplicação do questionário.

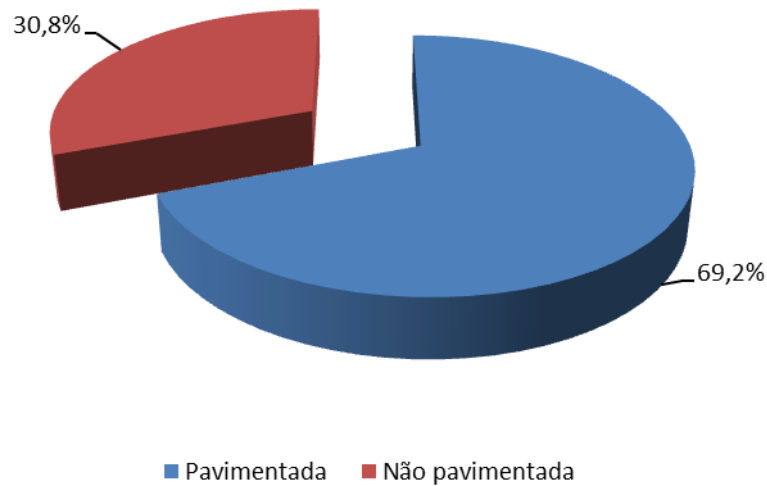


Gráfico 7 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo pavimentação da rua do imóvel onde mora (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009

O Gráfico 8 mostra que a maioria dos pesquisados (56,4%) tinha escolaridade igual ou superior ao ensino médio (ou técnico) incompleto.

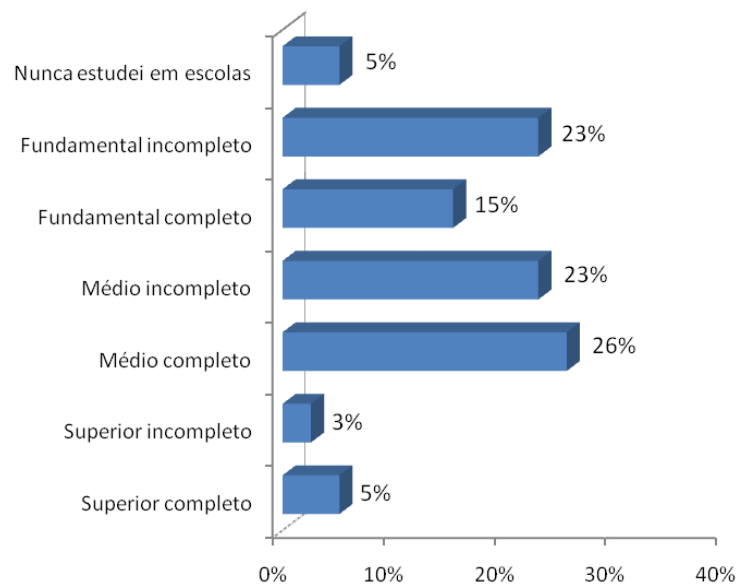


Gráfico 8 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo escolaridade (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009

Este dado foi maior do que o encontrado por Guarino, Chamlian e Masiero (2007), que encontraram, em seu estudo, uma taxa de 34,6% de amputados com escolaridade acima do fundamental completo.

Resumindo, do ponto de vista das características sócio-demográficas, os segurados amputados estudados são predominantemente pessoas adulto-jovens, do sexo masculino, cujo estado civil à época da amputação, em sua metade, era casado, condição esta ampliada por ocasião da realização desta pesquisa; 56,4% possuíam nível de escolaridade maior do que o ensino fundamental completo. A maioria possuía sob sua dependência pelo menos três pessoas (incluindo o próprio), quarenta por cento não eram proprietários do imóvel em que habitavam e trinta por cento não habitavam em ruas pavimentadas.

Estes dados podem estar indicando que a população estudada é constituída de chefes de família que possuem um razoável nível de escolaridade, mas que não se reflete em oportunidades que lhes possibilitam um padrão razoável de sobrevivência.

3.1.2 Relação entre a Causa da Amputação e o Trabalho

Do ponto de vista da situação trabalhista à época do acidente, 76,7% dos amputados possuíam vínculo empregatício com empresas, conforme mostra o Gráfico 9.

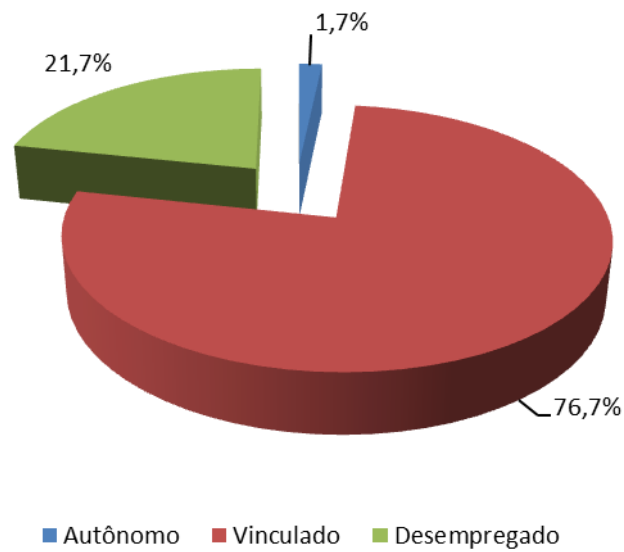


Gráfico 9 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo situação trabalhista à época do acidente (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009

Esta taxa foi superior à encontrada por Schoppen et al (2001a) em amputados na Holanda, que foi de 64%, considerada por eles como similar aos índices de emprego da população geral holandesa.

Dos 53 segurados para os quais havia referência no prontuário à forma em que a amputação foi classificada, 41,5% tiveram o acidente classificado como Acidente de Trabalho, conforme mostra o Gráfico 10.

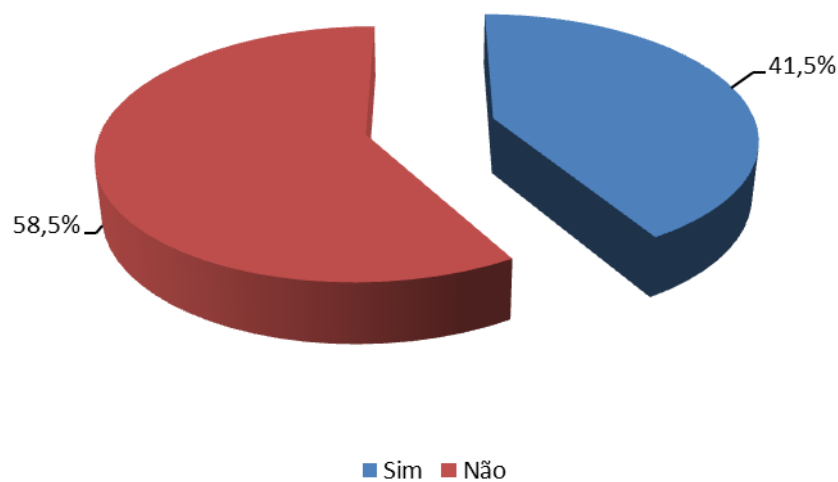


Gráfico 10 - Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo classificação do acidente (n = 53). Vitória-ES, 2004-2009

Apesar de o trabalho estar associado à principal causa de amputação e poder ser considerada de grande magnitude, o estudo de Ide, Obayashi e Toyonga (2002) encontrou, entre 101 pessoas que participaram do seu estudo, o trauma como causa de 86,13% das amputações, sendo que, entre estas, 73,56% foram relacionadas ao trabalho.

Dos que tiveram o acidente classificado como Acidente do Trabalho, em 87% dos casos houve emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) pela empresa de vínculo.

O tempo médio de trabalho dos amputados na empresa de vínculo, à época da ocorrência do acidente, foi de 38,7 meses (desvio padrão = 64,42 meses). Entretanto, observa-se na Tabela 3 que metade dos pesquisados estavam contratados há, no máximo, 7 meses.

Tabela 3 – Distribuição dos segurados amputados que responderam ao questionário, segundo tempo de vínculo na empresa onde ocorreu o acidente, em meses. Vitória-ES, 2004-2009.

Tempo em meses	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
1	3	16,7	16,7
2	1	5,6	22,2
3	1	5,6	27,8
5	2	11,1	38,9
6	1	5,6	44,4
7	1	5,6	50,0
11	3	16,7	66,7
30	1	5,6	72,2
39	1	5,6	77,8
72	1	5,6	83,3
120	1	5,6	88,9
132	1	5,6	94,4
240	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados das entrevistas com segurados amputados da UTRP-INSS.

Uma primeira hipótese explicativa para essa distribuição poderia ser a de que o acidente é mais frequente nas pessoas com pouco tempo de experiência no trabalho. Entretanto, a experiência do pesquisador, atendendo amputados há 35 anos, mostrou que, em muitos casos, as pessoas já trabalhavam há muito tempo na empresa sem vínculo formal, sendo assinada a carteira de trabalho somente pela necessidade de entrada do sujeito no sistema previdenciário, o que pode ser confirmado pela Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos segurados amputados que responderam ao questionário, segundo tempo decorrido entre a formalização do vínculo de emprego na empresa e o acidente, em meses. Vitória-ES, 2004-2009.

Tempo (em meses)	Frequência	%	% Acumulado
1	7	23,3	23,3
2	2	6,7	30,0
3	2	6,7	36,7
5	4	13,3	50,0
6	1	3,3	53,3
7	1	3,3	56,7
11	1	3,3	60,0
12	4	13,3	73,3
18	1	3,3	76,7
48	1	3,3	80,0
56	1	3,3	83,3
60	1	3,3	86,7
72	1	3,3	90,0
240	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados das entrevistas com segurados amputados da UTRP-INSS.

A causa da amputação está relacionada a acidentes com transporte em dois terços dos casos, conforme mostra o Gráfico 11. A causa mais encontrada foi moto, em 41,7% dos pesquisados.

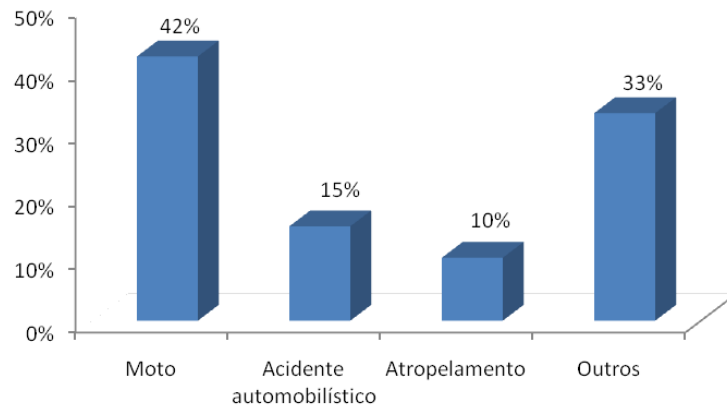


Gráfico 11 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo causa da amputação (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009

A situação trabalhista à época da amputação nos direciona para dados concretos, considerando que 76,7% estavam empregados e que 41,5% tiveram seu acidente classificado como acidente de trabalho. Porém, nos chama a atenção o pouco tempo de vínculo empregatício do amputado à época da amputação da maioria dos pesquisados. Além disso, a maior causa das amputações são acidentes automobilísticos e, destes, o acidente com moto tem maior incidência.

Esses dados indicam o trabalho como causa importante de amputações, acometendo trabalhadores em situação precária de vínculo empregatício, particularmente um segmento que vivencia as pressões do tempo na realização do trabalho, visando a maior produtividade para as empresas, como é o caso do motoboy.

3.1.3 Atendimento ao Amputado Anterior à UTRP

O Gráfico 12 mostra que, em 83,3% dos pesquisados, o membro amputado foi o inferior.

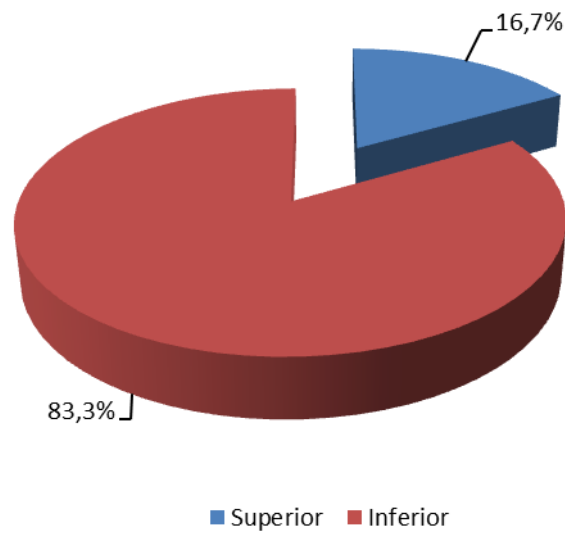


Gráfico 12 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, por região corporal acometida (n = 59). Vitória-ES, 2004-2009

O Gráfico 13 mostra que somente 13,3% dos pesquisados passaram por avaliação de um psicólogo por ocasião da amputação, anteriormente à sua entrada na UTRP. Além disso, nenhum dos pesquisados fez fisioterapia enquanto esteve internado

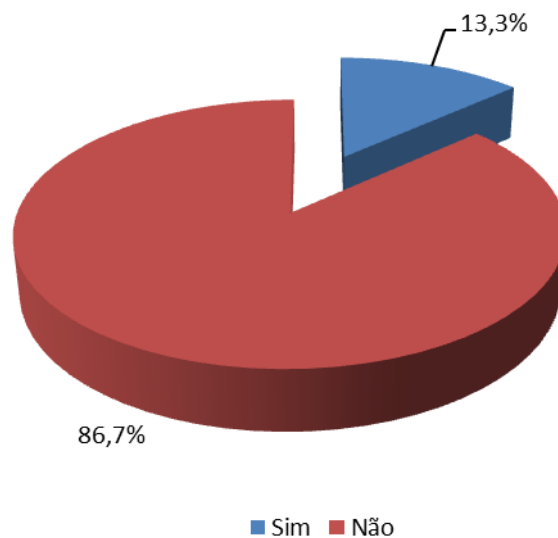


Gráfico 13 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, sem ter passado por avaliação de psicólogo (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009

Resumindo, o membro amputado de maior incidência foi o inferior, coerente com a maior causa relacionada a moto, devido a exposição dos membros inferiores e a falta de proteção.

Observou-se, também, que, do ponto de vista do atendimento realizado com o amputado anteriormente ao seu encaminhamento à UTRP, foi relativamente insignificante o número de segurados atendidos por psicólogo e nenhum deles foi atendido por fisioterapeuta. Estes dados configuram situação preocupante, em que há falta de atenção primária ao amputado, seja quanto ao suporte emocional que necessita ou a procedimentos fisioterapêuticos que contribuam com o sucesso de uma futura protetização.

3.1.4 Atendimento na UTRP

O Gráfico 14 mostra que somente um terço dos segurados amputados atendidos na UTRP-ES no período estudado realizaram curso de profissionalização durante o processo de reabilitação na instituição.

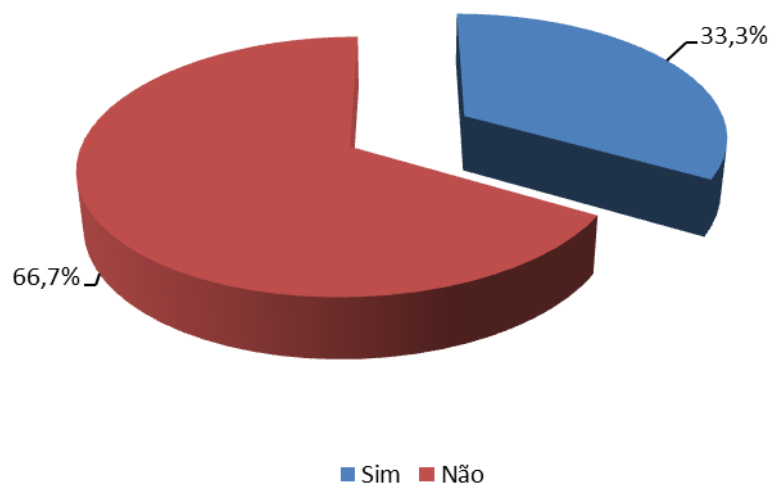


Gráfico 14 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo realização de curso profissionalizante, durante processo de reabilitação na instituição (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009

O Gráfico 15 mostra que cerca de metade dos pesquisados (51,7%) não recebeu treinamento pela instituição antes do retorno ao trabalho.

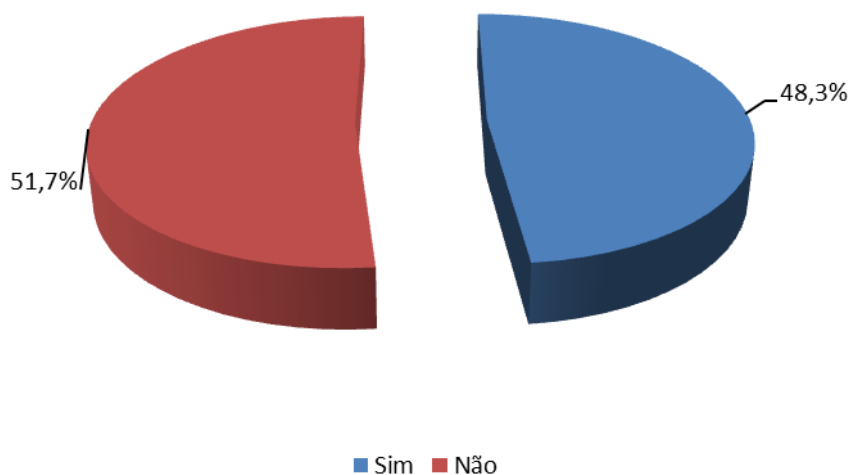


Gráfico 15 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo recebimento de treinamento pela instituição antes do retorno ao trabalho (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009

O Gráfico 16 mostra que somente 41,2% dos pesquisados tiveram oferta de readaptação por parte da empresa de vínculo.

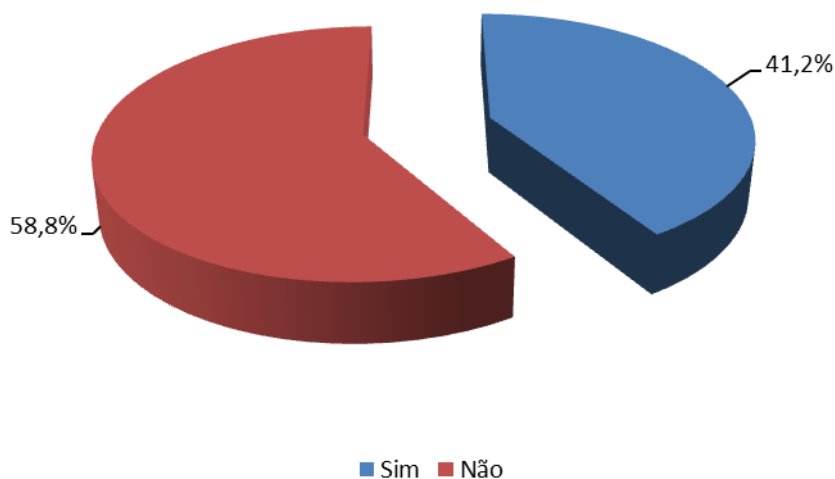


Gráfico 16 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo oferta de readaptação por parte da empresa de vínculo (n = 51). Vitória-ES, 2004-2009.

O tempo transcorrido entre a amputação e o ingresso na UTRP-ES variou entre 3 e 240 meses, sendo em média de 22,64 meses (desvio padrão de 39,42 meses). O Gráfico 17 mostra que um terço dos pesquisados demorou mais do que 15 meses entre a amputação e o ingresso na instituição.

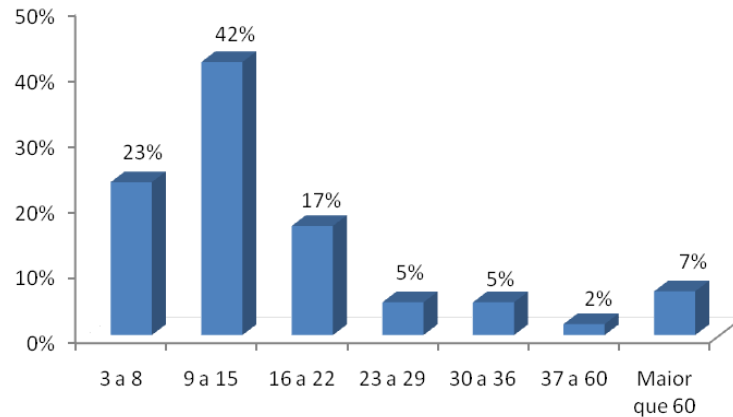


Gráfico 17 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo tempo transcorrido entre a amputação e o ingresso na instituição, em meses (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009

A média de idade por ocasião da entrada na UTRP foi de 31,5 anos. O Gráfico 18 mostra que a maioria dos pesquisados (68,0%) possuíam até 35 anos de idade, por ocasião da entrada na UTRP.

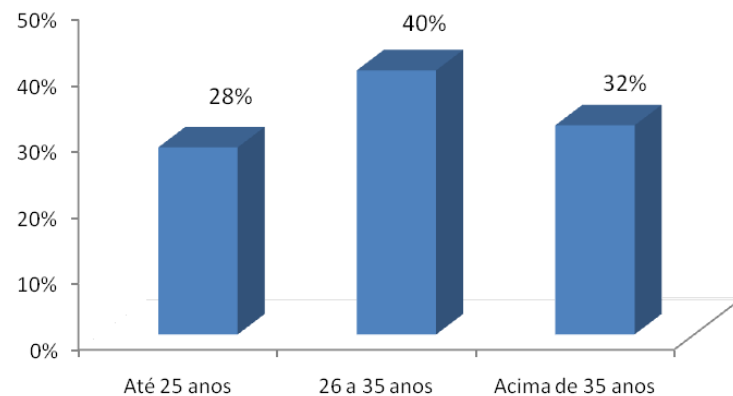


Gráfico 18 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo idade de ingresso na instituição (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009

A título de comparação, o estudo de Ide, Obayashi e Toyonaga (2002) encontrou uma média de idade à época da amputação um pouco maior, de 38,6 anos.

O tempo de permanência dos segurados amputados no processo de reabilitação da UTRP-ES foi em média de 16,05 meses (desvio padrão de 8,78. O Gráfico 19 mostra que somente 38,3% dos pesquisados permaneceram no processo de reabilitação pelo tempo máximo de um ano, enquanto 50% permaneceram pelo período entre 1 e 2 anos.

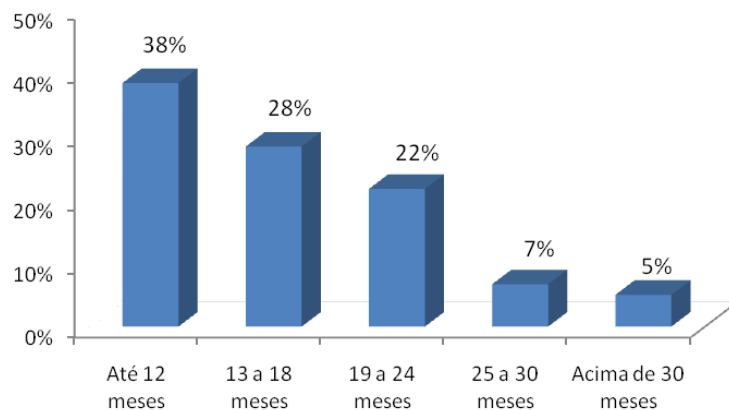


Gráfico 19 – Segurados amputados atendidos na UTRP-ES, segundo tempo de permanência na instituição, em meses (n = 60). Vitória-ES, 2004-2009

Somados o tempo médio decorrido entre a amputação e o ingresso na instituição (22 meses) com o tempo de permanência para reabilitação na instituição, totalizam um tempo médio de 38 meses entre a amputação e o encerramento do processo de reabilitação, com saída do amputado para adentrar no mercado de trabalho. Este tempo foi muito superior ao encontrado por Schoppen et al. (2001a), de 2,3 anos (ou 28 meses), entre amputados holandeses.

Resumindo, a média de idade no ingresso na UTRP configura população adulta-jovem no auge do exercício profissional. Foi relativamente longo o tempo médio transcorrido entre a amputação e o ingresso na UTRP, sendo razoável (do ponto de vista técnico) o tempo de permanência na instituição. Grande parte dos pesquisados não realizaram curso de profissionalização (cerca de dois terços) ou receberam treinamento pela instituição (cerca da metade) antes do retorno ao trabalho.

Considerando que esta população encontrava-se no auge de sua produtividade profissional por ocasião do acidente, não deveria ocorrer a demora em ser encaminhado à reabilitação profissional. Em se tratando de amputados, a precocidade no encaminhamento colabora e muito no processo de protetização e sua reabilitação. O tempo em que permaneceram na instituição poderia ser abreviado se, por exemplo, o amputado pudesse ter recebido cuidados psicológicos e fisioterapêuticos anteriormente à chegada à UTRP. Por outro lado, o baixo número de segurados que receberam o curso profissionalizante e o treinamento anterior ao retorno ao trabalho mostra dificuldades da instituição, à época, em cumprir com seu programa de RP. Experiência pessoal vivenciou que, nesta época, a instituição passava por uma fase de dificuldades na contratação de cursos, por ocasião de mudanças institucionais.

3.1.5 Adaptação à Prótese

Metade dos que responderam ao questionário afirmou estar se sentindo bem com sua prótese, enquanto a outra metade avaliou seu sentimento como regular ou mau, conforme mostra o Gráfico 20.

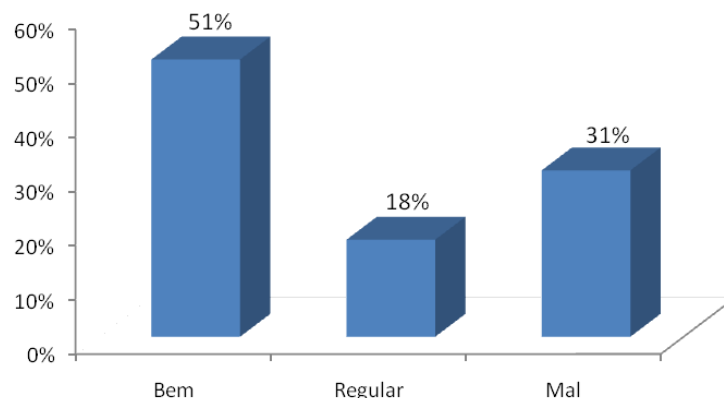


Gráfico 20 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo sentimento em relação à sua prótese (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009

Dos que afirmaram estar se sentindo bem com sua prótese, 80% referiram que a resposta se deve ao fato de estarem bem adaptados, enquanto 20% referiram o grau de independência adquirido. Por outro lado, dos que afirmaram estar se sentindo regular ou mal, os motivos principais foram adaptação ruim (25%), estar machucando (25%) e não estar usando a prótese por estar quebrada (25%).

O Gráfico 21 mostra que a grande maioria dos pesquisados (92,3%) considera estar seguindo adequadamente as orientações com relação ao seu coto e à sua prótese, realizadas por ocasião de sua passagem na UTRP.

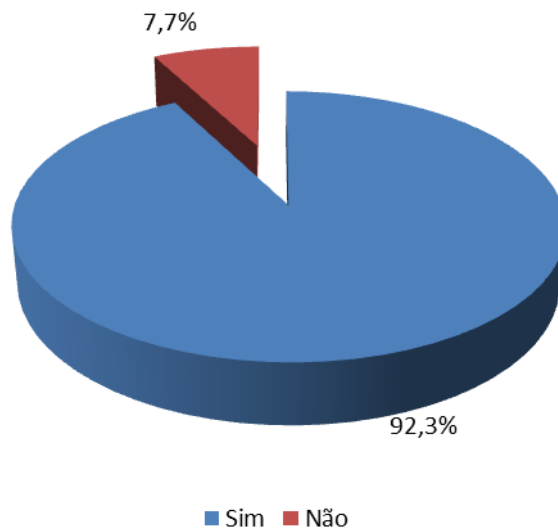


Gráfico 21 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo estar seguindo adequadamente as orientações com relação ao coto e à prótese (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009

Os que responderam não estar seguindo adequadamente as orientações fornecidas pela UTRP referem que o motivo é não estarem usando a prótese.

O Gráfico 22 mostra que aproximadamente dois terços dos pesquisados (66,7%) referiram não ter ocorrido ferimento no coto, da amputação após o desligamento da UTRP.

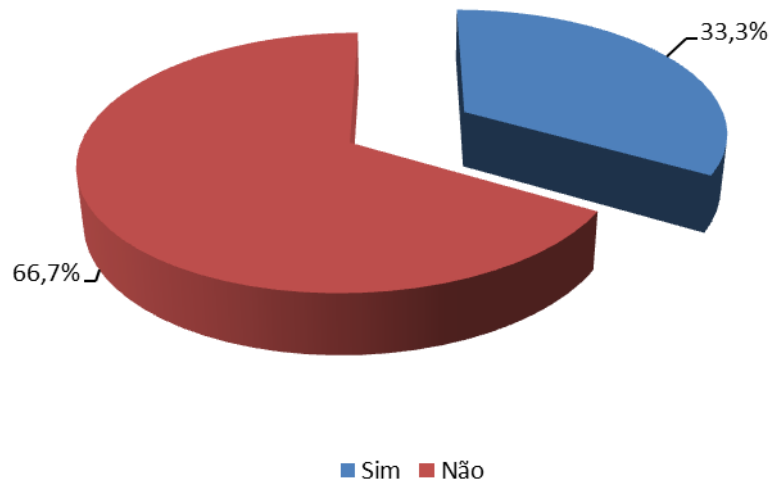


Gráfico 22 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo ocorrência de ferimento no coto, após desligamento da instituição (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009

Dos que relataram ferimento no coto da amputação, as principais providências tomadas foram: automedicação (38,5%), procurar por médico (23,1%) e troca ou ajuste da prótese (23,1%).

O Gráfico 23 mostra que a grande maioria dos pesquisados (76,9%) refere continuar com a sensação de que seu membro amputado ainda existe, condição denominada de membro-fantasma.

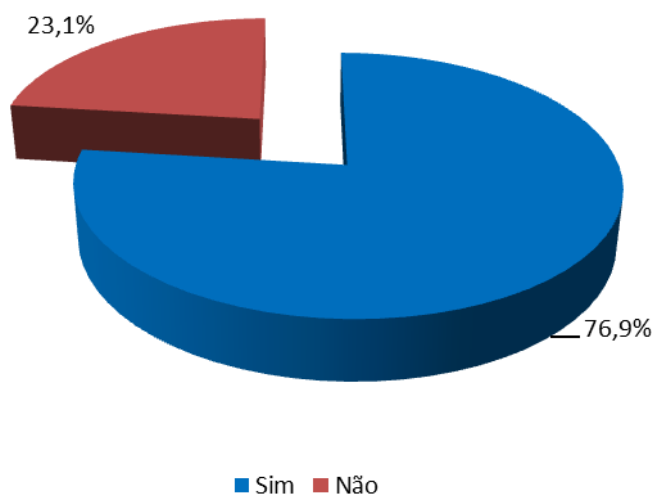


Gráfico 23 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo ocorrência da sensação de que o membro amputado ainda existe (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009

Dos recursos utilizados para solucionar o incômodo, por parte daqueles que o referiram, massagem foi relatado por 41,9%, usa de gelo ou de remédio por 9,7% sem fazer nada por 32,3%.

Conforme o Gráfico 24, 59% dos pesquisados usam a prótese diariamente, enquanto 41% não.

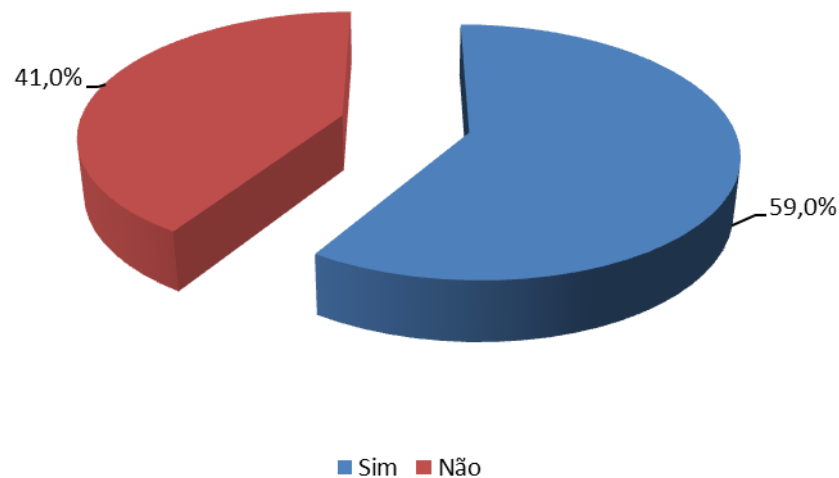


Gráfico 24 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo uso diário da prótese (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009

Dos que não fazem uso diário da prótese, os principais motivos referidos foram: por causar ferimentos (18,8%), adaptação ruim (18,8%) e estar quebrada (12,5%). Outros motivos referidos em menor proporção foram: incomodar, ficar livre, não usar em casa, a falta de função na prótese, trauma por queda, uso apenas para ir à igreja e ter ganho outra prótese mais avançada.

Em estudo com pacientes amputados atendidos num centro de reabilitação em São Paulo, Guarino, Chamlian e Masiero (2007) encontraram 64% dos pesquisados fazendo uso da prótese à época da pesquisa, sendo relatados problemas de adaptação e conforto por parte daqueles que não a estavam usando.

Resumindo, do ponto de vista da adaptação à prótese, metade considerou estar sentindo-se bem com ela, principalmente por estarem bem adaptados e pelo grau de autonomia que lhes proporciona. A outra metade considerou sentir-se regular ou

mal, sendo relatados má adaptação, estar machucando ou não estar usando por estar quebrada. A maioria usa a prótese diariamente e aqueles que não o fazem relataram má adaptação e estar machucando. A maioria ainda segue as orientações da UTRP quanto ao cuidado com o coto e a prótese e, também, relatam não terem ocorrido ferimentos. Entre os que tiveram ferimentos no coto, alguns se automedicam e outros procuram médico. A maioria relata também que ainda mantém a sensação do membro-fantasma.

Inserido na reabilitação profissional está o processo de protetização que, em síntese, o seu sucesso depende também de condutas adotadas antes do seu encaminhamento à reabilitação, refletidas no estado em que se encontra o seu coto de amputação. Na UTRP não existe clínica de fisioterapia e o único recurso fisioterapêutico que se utiliza é o enfaixamento. Se o segurado chega com queixas de sensação de membro-fantasma, reflexo da falta do atendimento anterior pelo psicólogo e pelo fisioterapeuta, ele terá um grau maior de dificuldade de adaptação com a prótese. Apesar de reconhecerem serem orientados de como se comportar com o uso da prótese, alguns apresentaram ferimento no coto recorrendo à auto medicação, contrariando orientações.

Em relação à sensação de membro fantasma, Ide, Obayashi e Toyonaga (2002) empreenderam estudo que objetivou avaliar a relação entre a dor residual que acompanha esta sensação e a vida de trabalho de amputados no Japão, concluindo que a severidade da dor não estava associada com o retorno ao trabalho, mas com a satisfação com a vida no trabalho. Dessa forma, sugeriram que o bom tratamento para o membro-fantasma possibilita maior satisfação com o trabalho, entre os amputados.

3.1.6 Reinserção Social e no Trabalho

O Gráfico 25 mostra que aproximadamente dois terços dos pesquisados estão atualmente trabalhando.

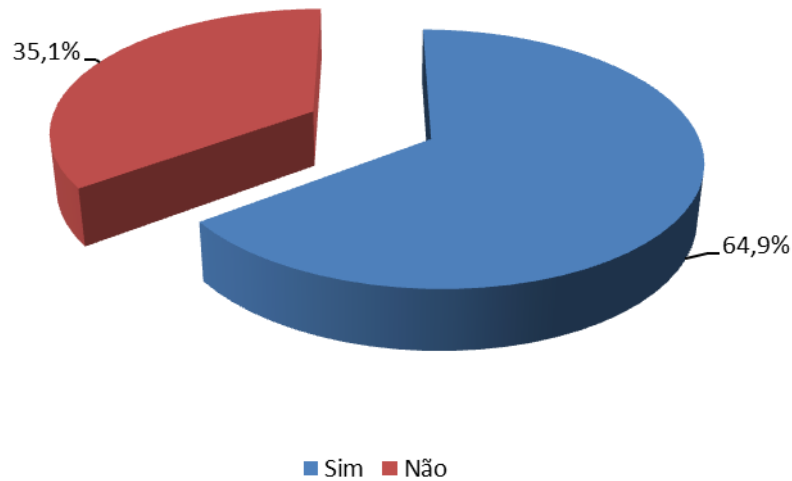


Gráfico 25 – Segurados amputados que responderam ao questionário, estando trabalhando à época da realização da pesquisa (n = 37). Vitória-ES, 2004-2009

A taxa de retorno ao trabalho no único estudo brasileiro (GUARINO; CHAMLIAN; MASIERO, 2007) foi de apenas 10,2%, resultado interpretado pelos autores como decorrente de ser uma população de mais idade (que, portanto, sofrera a amputação há mais tempo), aposentada ou recebendo pecúlio, além de menor qualificação. Os estudos holandeses, de Schoppen et al (2001a) e Schoppen et al. (2001b), encontraram, respectivamente, as taxas de 64% e 79%. Entretanto, somente 40,9% dos pesquisados continuavam a trabalhar na mesma empresa em que estavam vinculados à época em que obtiveram alta da UTRP.

Entre aqueles que não trabalhavam mais na mesma empresa a que estavam vinculados após alta da instituição, 66,7% também não exerciam a mesma função anteriormente exercida nem a função para a qual havia sido reabilitado. As funções que estavam exercendo por ocasião da pesquisa foram principalmente: auxiliar administrativo e cobrador, com 17,6% em cada uma destas funções. Também foram referidas, em menor proporção: auditor fiscal, gerente de padaria, gerente administrativa autônoma, portuário, guarda de ferramentas, bico na área de vendas, repositor de mercadorias, advogado e auxiliar de expedição. O tempo de trabalho nesta nova atividade foi de até 1 ano para 63,7% dos que responderam e de 3 a 8 anos para os demais.

Para Schoppen et al (2001b), os amputados holandeses que mudaram o tipo de trabalho após a amputação foram mais bem sucedidos no retorno ao trabalho do que aqueles que tentaram ficar no mesmo trabalho, principalmente se isto implicou diminuir a sobrecarga física de trabalho.

De acordo com o Gráfico 26, dois terços dos pesquisados trabalhavam à época da pesquisa com vínculos formais (carteira de trabalho assinada) com a empresa.

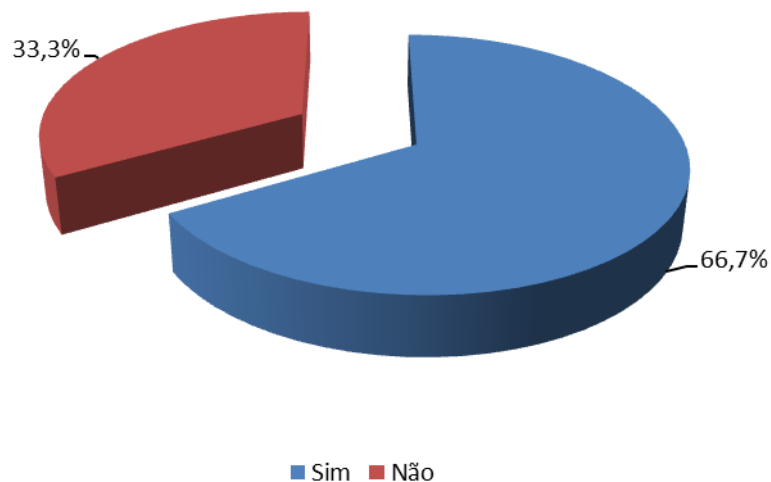


Gráfico 26 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo existência de vínculo formal de emprego com a empresa em que trabalhavam à época da pesquisa (n = 36). Vitória-ES, 2004-2009

A proporção dos que relataram vínculo formal de emprego com a empresa em que trabalham (Gráfico 25) é semelhante àquela dos que relataram estar trabalhando (Gráfico 24), o que significaria que praticamente todos os que relataram estar trabalhando o estavam fazendo com vínculos formais de emprego. Entretanto, isto não é o esperado, por se tratar de parte da população que teria maiores dificuldades em competir no mercado formal de trabalho. É possível que não tenha ocorrido compreensão adequada do que seria vínculo forma de trabalho, quando da questão feita pelo questionário.

A Tabela 4 mostra que mais da metade dos pesquisados (53,8%) relatou que sua fonte de renda atualmente provém de salário somado a pecúlio. Para os demais, as

principais fontes relatadas foram: aposentadoria (12,8%), somente pecúlio (7,7%) e ajuda da família (5,1%).

Tabela 5 – Distribuição dos segurados amputados que responderam ao questionário, segundo fonte de renda à época da pesquisa. Vitória-ES, 2004-2009.

c	Frequência	%
Salário + pecúlio ⁶	21	53,8
Aposentadoria	5	12,8
Pecúlio ⁷	3	7,7
Ajuda da família	2	5,1
Auxílio acidente	2	5,1
Pecúlio + Seguro desemprego	1	2,6
Aposentadoria + Ajuda da família	1	2,6
Pecúlio + Banca de jornal	1	2,6
Pensão judicial vitalícia	1	2,6
Autônoma	1	2,6
Pecúlio + Honorários	1	2,6
Total	39	100

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados das entrevistas com segurados amputados da UTRP-INSS.

O Gráfico 27 mostra que a maioria absoluta dos pesquisados avalia como muito importante a atividade desenvolvida junto à UTRP no seu processo de retorno ao trabalho.

⁶ Pecúlio por invalidez consistia em um pagamento único de 15 (quinze) vezes o valor-de-referência vigente na data da autorização do pagamento, que era devido ao aposentado por invalidez decorrente de acidente do trabalho, o qual foi substituído pela indenização auxílio acidente por meio da Lei nº. 9.129, de 20 de novembro de 1995 (BRASIL, 1995). Aquele, no entanto, foi mantido no gráfico, no intuito de respeitar a forma como foi respondida pelos entrevistados.

⁷ Auxílio acidente é concedido, como indenização, ao segurado quando, após a consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultar seqüelas que impliquem redução da capacidade funcional (BRASIL, 1995).

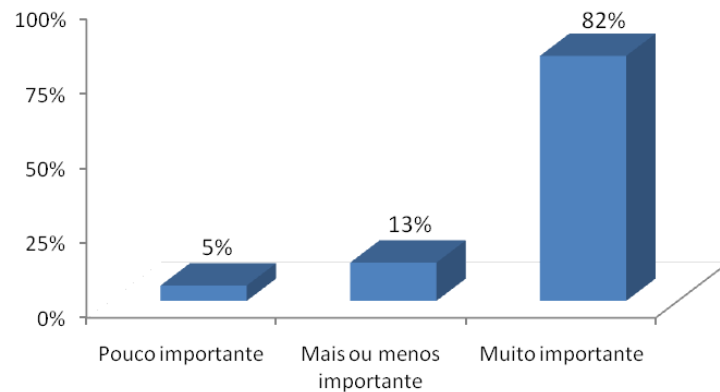


Gráfico 27 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo avaliação da importância da UTRP no processo de retorno ao trabalho (n = 39). Vitória-ES, 2004-2009

Os motivos principais para uma avaliação positiva foram: ter ajudado a voltar ao trabalho (33,3%), ter sido protetizado (15,6%) e ter proporcionado voltar a andar (5,1%). Por outro lado, 5,1% consideraram que deveria ser mais bem preparado. Outros motivos da avaliação realizada, referidos com menor frequência, foram: pela insegurança, sozinho seria difícil a recuperação, indispensável, faltou emprego, ter obtido prótese e fisioterapia, terem mostrado que ser amputado não é ser incapaz, pelo trabalho e tratamento, ter voltado a uma vida habilitado para o trabalho e a família e a longa distância de casa à instituição.

O Gráfico 28 mostra que aproximadamente dois terços dos pesquisados (68,0%) consideram-se produtivos, decorrido o processo de reabilitação profissional.

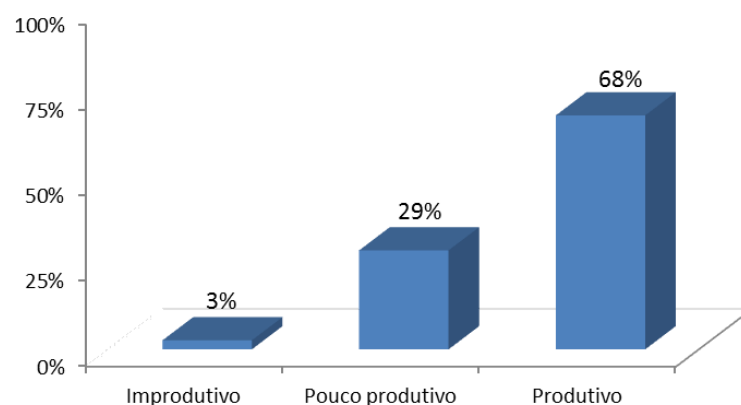


Gráfico 28 – Segurados amputados que responderam ao questionário, segundo autoavaliação sobre ser um sujeito produtivo ou não (n = 38). Vitória-ES, 2004-2009

Quando responderam sobre as dificuldades percebidas em relação ao processo de retorno ao trabalho (n = 32), 37,5% afirmaram não terem encontrado nenhuma dificuldade. Entretanto, o aspecto mais citado estava relacionado à discriminação: 25% consideraram a discriminação (em geral), 12,5% a discriminação por parte do empregador e 6,3% medo de não ser aceito. Outras questões levantadas em menor número foram: qualidade da prótese, demora da previdência em fazer o desligamento, a empresa ter sumido, ainda não ter voltado ao trabalho, pois não se encerrou o processo contra a empresa e a lenta adaptação.

O Gráfico 29 mostra que a maioria dos pesquisados (77,8%) não se sente prejudicado na empresa devido à amputação.

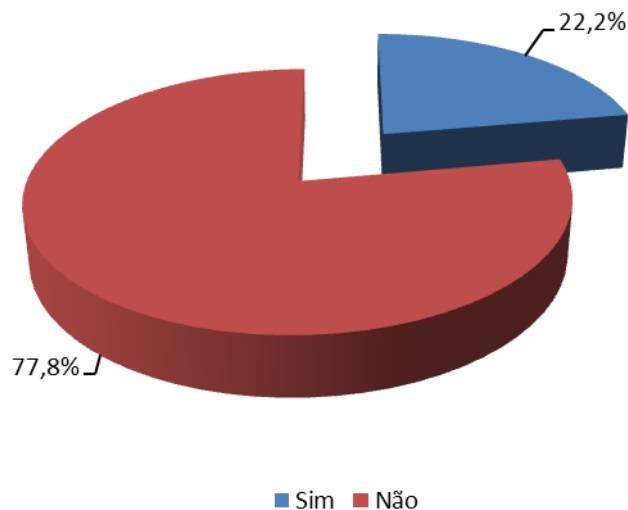


Gráfico 29 – Segurados amputados que responderam ao questionário, afirmando sentir-se prejudicado na empresa devido à amputação (n=36). Vitória-ES, 2004-2009

Entre aqueles que se sentem prejudicados (n = 8), a maioria (62,5%) referiu como motivo o preconceito. Outras respostas foram: “pagam meu salário, mas não me deixam trabalhar”, “não posso dirigir, dependo de ônibus” e “não me respeitaram nem me ajudaram”.

No estudo de Schoppen et al. (2001a), os amputados relataram problemas com o longo tempo de demora entre a amputação e o retorno ao trabalho, problemas em

encontrar empregos adequados às suas novas condições físicas, poucas possibilidades de promoção na empresa em que trabalhavam e problemas para conseguir modificações no local de trabalho no sentido de melhor adequação de sua limitação. A maioria dos que pararam de trabalhar após a amputação disseram que fatores relacionados à amputação tiveram importância em sua decisão.

Questionados sobre a ocorrência de outros prejuízos na vida decorrentes da amputação, afora o trabalho, 56,4% responderam que não houve, mas uma proporção importante (38,5%) responderam que sim, conforme mostra o Gráfico 30.

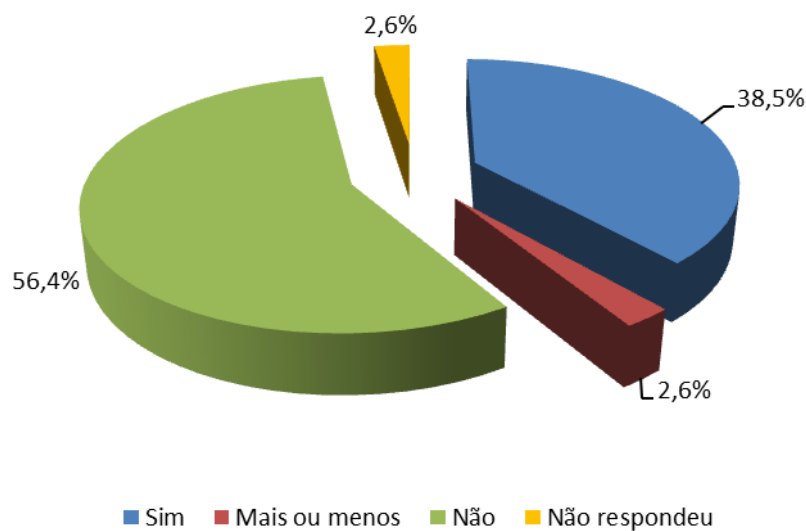


Gráfico 30 – Segurados amputados que responderam ao questionário, alegando sentir-se prejudicado em outros aspectos da vida, devido à amputação (n=39). Vitória-ES, 2004-2009

Entre os que se sentiram prejudicados (n = 16), as principais referências foram para os seguintes aspectos da vida: limitação física (37,5%), discriminação (25%) e social (18,8%). Outros aspectos relatados em menor proporção foram: superação, depressão e acesso ao transporte.

Perguntados especificamente sobre prejuízos à vida amorosa, a maioria (89,7%) referiu não ter ocorrido, conforme mostra o Gráfico 31.

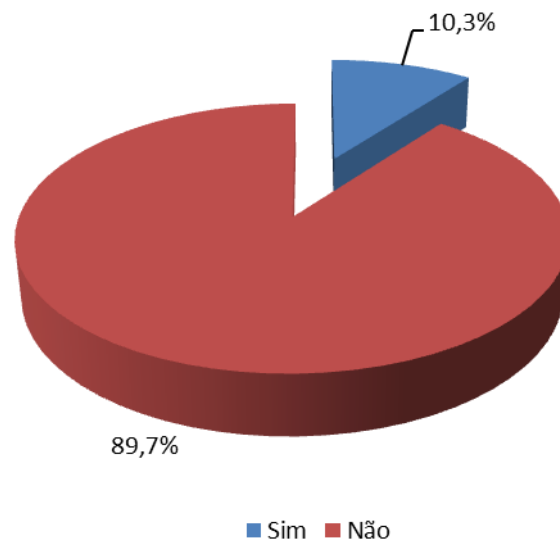


Gráfico 31 – Segurados amputados que responderam ao questionário, alegando sentir prejuízo na vida amorosa, devido à amputação (n=39). Vitória-ES, 2004-2009

O Gráfico 32 mostra que a maioria (87,2%) referiu não ter apresentado prejuízos nas relações com amigos.

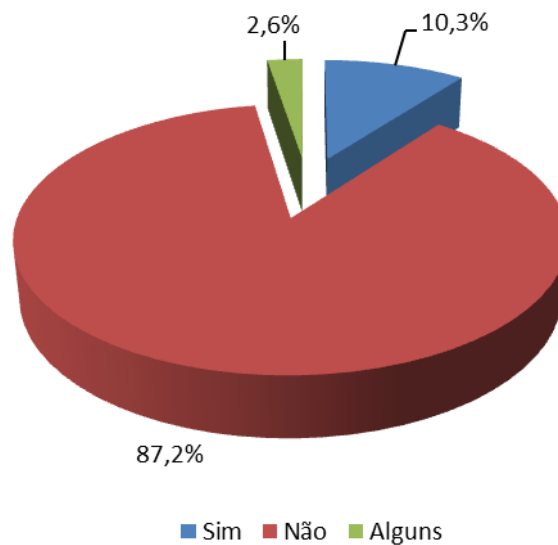


Gráfico 32 – Segurados amputados que responderam ao questionário, alegando sentir prejuízos nas relações com amigos, devido à amputação (n=39). Vitória-ES, 2004-2009

O Gráfico 33 mostra que a maioria dos que participaram da pesquisa (92,3%) referiu não ter ocorrido prejuízos nas relações com familiares, devido à amputação.

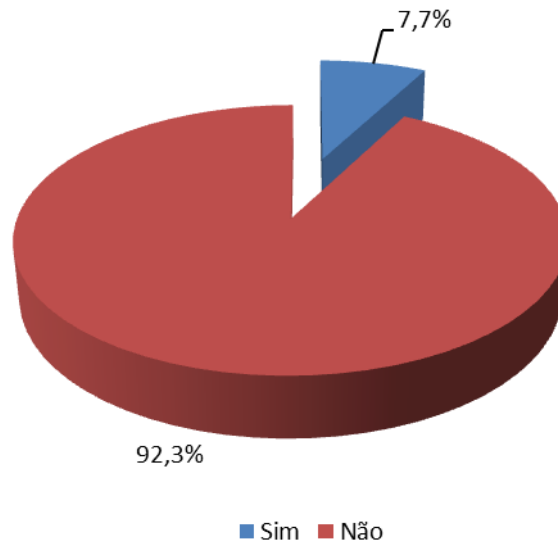


Gráfico 33 – Segurados amputados que responderam ao questionário, alegando sentir prejuízo nas relações familiares, devido à amputação (n=39). Vitória-ES, 2004-2009.

Resumindo, vimos que dois terços dos pesquisados relataram estar atualmente trabalhando, com vínculo formal de trabalho. Metade deles continua na mesma empresa de vínculo por ocasião da alta da RP; entre os que estão em outra empresa, a maioria não exercia a mesma função de vínculo por ocasião do acidente, nem aquela para a qual foi reabilitado, além da maioria deles estar há até um ano na empresa. Somente metade dos pesquisados têm como fonte de renda o salário somado ao pecúlio.

A maioria avaliou como muito importante a sua RP, principalmente por ter sido protetizado e ter possibilitado sua volta ao trabalho, além de outros motivos relacionados ao sentimento de ter obtido apoio e suporte. A maioria considerou-se produtiva após o processo de RP.

A principal dificuldade para o retorno ao trabalho, referida por cerca de metade dos pesquisados, foi o preconceito na empresa. Entretanto, foram referidas, em menor proporção, questões relacionadas ao processo institucional previdenciário pós RP. A maioria não se sentiu prejudicada devido à amputação, mesmo considerando a discriminação; mas, parcela considerável sente-se prejudicada pelas limitações e

pela discriminação social. Apesar de relativamente pouco frequentes, foram relatados prejuízos principalmente nas esferas dos relacionamentos de amizade e amorosos.

A leitura desses dados pode estar indicando a existência da estabilidade para os casos de acidente de trabalho. Por outro lado, para os demais, é preocupante que o tempo de vínculo com a empresa atual seja curto (até um ano), indicando alta rotatividade, e que a maioria desenvolva outras funções, o que nos leva a questionar a eficácia da sua RP. Das funções levantadas entre os entrevistados a de cobrador e auxiliar administrativo foram as mais referidas, para as quais se requer pouca qualificação.

Além disso, muitas vezes, os que não recebem salário têm como principal fonte de renda o Auxílio Acidente previdenciário, ou ajuda da família, possivelmente atestando que estejam desempregados.

A avaliação do pesquisado sobre o processo de RP pode ter sofrido um viés, tendo em vista que o pesquisador foi também quem o atendeu durante o processo na instituição, além de ficar prejudicada pela ausência de outros tipos de atendimento anteriormente à sua entrada, com perda de parâmetros comparativos. Entretanto, deve-se considerar que foi considerada positiva, principalmente por dar-lhe apoio e os meios para que voltasse a andar e, daí, melhorar suas possibilidades de retorno à vida social e de trabalho. Queremos crer que com a protetização e a independência para ir e vir, associada à elevação da autoestima, ele se sinta produtivo.

Toldrá et al (2010) desenvolveram estudo qualitativo com trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do município de São Paulo, visando acessar sua experiência sobre fatores facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho, após afastamento. Apesar de não se restringir a amputados, o estudo levantou hipóteses que coincidem com as relatadas acima. De um lado, as principais barreiras para o retorno ao trabalho foram ausência de programas adequados de reabilitação profissional e insuficiente comunicação entre os atores dos diferentes níveis administrativos e políticos. De outro lado, os principais facilitadores foram referidos às atitudes e comportamentos individuais dos profissionais do Centro de Referência, que lhes forneceram acolhimento e suporte.

Por fim, encontramos que entre as dificuldades para retorno ao trabalho, destaca-se o preconceito na empresa – inclusive com o cerceamento do seu direito de trabalhar, mesmo quando pagam seu salário –, tanto física quanto socialmente, além de barreiras arquitetônicas e dificuldade de acesso ao transporte coletivo, o que também caracteriza uma discriminação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de exclusão social de pessoas com deficiência ou alguma necessidade especial é tão antigo quanto a socialização do homem.

Sabemos que no Brasil é grande o número de pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, inclusive amputados, que são discriminadas nas comunidades em que vivem sendo também excluídas do mercado de trabalho. Analisando as políticas públicas existentes, a partir da Constituição Federal de 1988, percebemos que elas, de certa maneira, contemplam as necessidades do paciente amputado no que diz respeito ao seu atendimento global, tanto com relação à amputação, quanto com relação ao processo de retorno ao trabalho. Porém, a efetivação dessas políticas nos mostra grandes distorções entre o ter e o cumprir, pois elas, após serem analisadas pelos setores competentes, sofrem mudanças que, na maioria das vezes, prejudicam o beneficiário destas políticas.

Entre 1988, data da nossa constituição e os dias de hoje, com relação à RP existem mudanças profundas, que foram alcançadas pelas emendas, por novas leis, decretos e artigos. Em alguns casos a proteção ao cidadão trabalhador fica claramente comprometida como, por exemplo, a falta da reabilitação social juntamente com a profissional. Houve uma época em que, quando o paciente amputado precisava de uma consulta médica, ou de um exame solicitado pelo médico que o acompanhava na RP, tinha um atendimento priorizado na rede pública. Hoje, isto não acontece; ele, de posse da solicitação, procura seu médico na rede pública e só encontra atendimento nos postos de saúde, cujas estruturas não dão conta de satisfazer as necessidades básicas de saúde para o usuário em geral. Fica clara e evidente a falta de sincronia no sistema, no que diz respeito ao amputado em processo de RP, que vê duplicada sua desvantagem social.

Na estrutura dos hospitais, tanto da rede pública, como da privada, é visível a falta de um setor competente para atendimento do paciente amputado e sua família, o qual deveria ser efetuado inicialmente por profissionais, como assistente social, psicólogo e fisioterapeuta. Ao primeiro caberia identificar e interpretar as políticas públicas pertinentes; ao segundo caberia avaliar e dar suporte emocional inclusive à

família, e ao terceiro caberia avaliar e orientar sobre todo o processo desde a préprotetização até a protetização propriamente dita.

Percebe-se que o Sistema Único de Saúde não dispõe de prioridade para o paciente já amputado, não reconhecendo o seu direito, tanto de ser atendido como de que aquele atendimento deva fazer parte de um processo de atendimento continuado. O paciente, quando retorna ao hospital onde foi amputado, tem dificuldade de ser atendido pelo médico que o amputou e, quando consegue marcar consulta, normalmente é para uma data distante de sua necessidade. Existem casos em que o paciente não sabe nem o nome do médico que o amputou. O que, se constitui numa falha grave, pois quebra aí uma relação importantíssima entre o profissional médico amputador e o paciente amputado. Este, o médico, é detentor de parte importante da história do paciente amputado e, com sua saída do caso, leva consigo estas informações que, mesmo existentes em laudos e prontuários não produzem o mesmo efeito quando contadas ao paciente por outro profissional.

Os profissionais da área da saúde que atendem o paciente amputado são carentes de formação específica e suas condutas, na maioria das vezes, são isoladas e não têm a conotação de trabalho de equipe, característica importante no processo de reabilitação do amputado, tanto física quanto profissional e social.

O paciente amputado, que já não teve em seu atendimento primário, condutas necessárias ao seu pós, que visassem sua reabilitação motora, se vê órfão de apoio psicológico e fisioterapêutico, ambos de suma importância, tanto na convivência com o seu luto quanto no preparo do seu corpo visando a uma reconstrução.

O sofrimento do paciente amputado é interpretado como infinito, pois, além da perda física, a amputação interfere nas relações com a família, com os amigos, com a sociedade, principalmente a capitalista. No trabalho, a primeira providência do patrão é colocar outro em seu lugar, para desempenhar suas funções, o que interpretamos como necessária. Porém a forma de se colocar isto para o amputado é muito importante para que ele não se sinta excluído precocemente do seu mundo do trabalho.

E o mundo do trabalho tem sofrido intensas mudanças nos últimos anos, com a introdução de novas tecnologias, com as mudanças na organização de produção, com o processo de globalização e a nova ordem estabelecida nas relações entre

capital e trabalho, abrindo espaço para novas e conflituosas relações de trabalho, que por sua vez originaram novos processos de adoecimento e novas dificuldades para reabilitação, retorno e, sobretudo, permanência no trabalho. A restrição laboral e o retorno ao trabalho estão entre os aspectos mais complexos das políticas de atenção à saúde do trabalhador. É necessário pensar a reabilitação profissional para além do que é feito no programa de RP da Previdência Social e da clássica reabilitação clínica, oferecidas em diferentes serviços de saúde, mas, também, considera-la como um processo dinâmico de atendimento global do trabalhador que deve envolver as empresas no processo de prevenção das possíveis causas de amputação, bem como no processo de tratamento, reabilitação, readaptação e reinserção no trabalho.

Entendemos que o segurado amputado não pode e não deve ser visto apenas como um ser contribuinte para a previdência, mas sim como um cidadão que pertence a uma sociedade e que o trauma não pode dela retirá-lo ou colocá-lo em situação precária de vida. As políticas públicas inerentes ao seu tratamento, inclusive RP, têm que exercer o poder de proteção, para que ele não continue sendo vítima do processo de exclusão que o contexto socioeconômico impõe.

Um passo importante no processo de Reabilitação Profissional e inclusão social de portadores de deficiência é a instituição de mecanismos fortalecedores desses direitos, tais como destinação de maiores verbas públicas para os projetos que atendam esse segmento e participação de entidades de defesa de deficientes e para deficientes nos processos decisórios de todas as áreas diretamente envolvidas no atendimento dessa população.

A prática de marginalização dos portadores de deficiência deve ser parte integrante de planos nacionais de educação, que objetivem atingir educação para todos. A inclusão social traz no seu bojo a equiparação de oportunidades, a mútua interação de pessoas, com e sem deficiência, e o pleno acesso aos recursos da sociedade. Cabe lembrar que uma sociedade inclusiva tem o compromisso com as minorias e não apenas com as pessoas portadoras de deficiência. A inclusão social é, na verdade, uma medida de ordem econômica, uma vez que o portador de deficiência e outras minorias tornam-se cidadãos produtivos, participantes, conscientes de seus direitos e deveres, diminuindo, assim, os custos sociais. Desta forma, lutar a favor da inclusão social deve ser responsabilidade de cada um e de todos coletivamente.

Para que isto aconteça é necessário que a cidadania do portador de deficiência (no caso o amputado), seja resgatada e respeitada, com a ideia de que voltar a trabalhar e produzir é resgatar a dignidade do deficiente que, muito mais do que ter o corpo mutilado, tem sua autoestima com alto grau de comprometimento.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**. São Paulo: Boi Tempo Editorial, 2010.

BORGES, L. H. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos em processos de trabalho repetitivos**: estudo de caixas bancários. 1999. 212f. Tese (Doutorado em psiquiatria) – Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

_____. **Sociabilidade, Sofrimento Psíquico e Lesões por Esforços Repetitivos** Entre Caixas Bancários. São Paulo: Fundacentro, 2001.

BOSCHETTI, I. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Psicol Soc**, Belo Horizonte, v. 15, n.1, p. 57-96, jan../jun. 2003.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2001.

_____. Decreto-lei nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. In: **Revista de Direitos Difusos n. 4** - "Proteção Jurídica dos Portadores de Deficiência". São Paulo, IBAP - Instituto Brasileiro de Advocacia Pública & Editora Esplanada ADCOAS, Dezembro de 2000, p. 481/486

_____. Decreto-lei nº. 2.172, de 05 de março de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 6 mar. 1997. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1997/2172.htm>>. Acesso em: 02 jul. 2011. Revogado pelo Decreto n. 3.048 de 06 de maio de 1999.

_____. Decreto-lei nº. 3.048, de 06 de maio de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 de maio de 1999. Republicado em 12 de maio de 1999. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3.048.htm>>. Acesso em: 19 jun. 2011.

_____. **Decreto-lei nº. 3.724 de 15 de janeiro de 1919**. Rio de Janeiro, 1919. Disponível em: <<http://www.acidentedotrabalho.adv.br/leis/DEC-003724/Integral.htm>>. Acesso em: 02 jul. 2011.

_____. **Decreto-lei nº. 7.036, de 10 de novembro de 1944** - PUB. CLBR, 1944, Brasília, 1944. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1944/7036>>. Acesso em: 19 jun. 2011.

_____. Lei nº. 6.367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 21 out. 1976. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1976/6367.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

_____. Lei nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 25 out. 1989. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/109358/lei-7.853-89>>. Acesso em: 02 jul. 2011.

_____. Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 14 ago. 1991. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>>. Acesso em: 29 maio 2011.

_____. Lei nº. 9.129, de 20 de novembro de 1995. Autoriza o parcelamento do recolhimento de contribuições previdenciárias devidas pelos empregadores em geral, na forma que especifica, e determina outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 nov. 1995. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/127363/lei-9129-95>>. Acesso em: 9 jun. 2011.

_____. Ministério da Previdência Social. **Manual técnico de atendimento da área de reabilitação profissional**. Brasília: INSS, 2005.

CANNALONGA, L. S. **Projeto de revitalização da reabilitação profissional**: pró reabilitação, 2009a. Disponível em: <http://www.proreabilitação.com.br/?p=pc_leila_art02>. Acesso em: 12 jun. 2011.

_____. **Reabilitação profissional**: pró-reabilitação, 2009b. Disponível em: <http://www.proreabilitação.com.br/?p=pc_leilaart01>. Acesso em: 12 jun. 2011.

CARMO, J. C. et al. Acidentes do trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995, p. 431-55.

DINIZ, D.; SQUINCA, F.; MEDEIROS, M. Qual deficiência?: perícia médica e assistência social no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2589-96, 2007.

FARIAS, N; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187-93, 2005.

GUARINO, P.; CHAMLIAN, T. R.; MASIERO, D. Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores. **Acta Fisiatr**, v. 14, n.2, p. 100-3, 2007.

IDE, T.; OBAYASHI, T.; TOYONAGA, T. Association of pain with employment status and satisfaction among amputees in Japan. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 83, n. 10, p. 1394-8, 2002.

MAENO, M.; VILELA, A. R. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Rev Bras Saúde Ocup**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 87-9, 2010.

MARX, K. A produção de mais valia absoluta: processo de trabalho processo de valorização. In: **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. Livro I, Seção III, Capítulo V.

MATSUO, M. **Acidentado do trabalho, reabilitação ou exclusão?**. Brasília: Fundacentro, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MENDES, D. P. **Donos do poder?** Os limites e conflitos da atividade pericial frente ao estabelecimento do nexos no atual contexto da previdência social brasileira. 2006. 132 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Faculdade de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

OMOTE, S. Deficiência e não-deficiência: recortes do mesmo tecido. **Bras Educ Esp**, v.1, n.2, p.65-71, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde**: CIF. Genebra: OMS, 2002.

RIOUX, M.; ZUBROW, E. Social disability and the public good. In: DRACHE, D. (Ed.). **The market or the public domain?**: global governance and the asymmetry of power. London: Routledge, 2001. p. 148-71.

ROCHA, M. J. R. **Reabilitação profissional**: o mundo do trabalho e o processo de reabilitação profissional na previdência social. 2007. 90 f. (A Questão Social e as Políticas Sociais, monografia de especialização) – Universidade Federal do Espírito Santo, 2007.

SANT'ANA, D. B. **Corpos de passagem**: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SCHOPPEN, T. et al. Employment status, job characteristics, and work-related health experience of people with a lower limb amputation in the Netherlands. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 82, n. 2, p. 239-45, 2001a.

SCHOPPEN, T. et al. Factors related to successful job reintegration of people with a lower limb amputation. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 82, n. 10, p. 1425-31, 2001b.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social: modernização ou enfraquecimento da proteção social?. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.11, p. 2661-70, nov. 2008.

TAKAHASHI, M. A. B. C. **Incapacidade e previdência social**: trajetória de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990. 2006. 255 f. Tese (Doutorado 24-02-2006) – Faculdade de Medicina, Unicamp, Campinas, 2006.

TOLDRÁ, R. C. ET AL. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador-SP, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010.

ANEXOS

ANEXO A – Declaração do Comitê de Ética e Pesquisa

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Nome da Pesquisa: “**REINSERÇÃO PRODUTIVA NA SOCIEDADE DE PACIENTES QUE SOFRERAM UMA AMPUTAÇÃO**”

Caro trabalhador,

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como é que as pessoas amputadas, reabilitadas e reabilitadas pelo INSS acham que está sua vida durante o processo de reabilitação e após o retorno ao trabalho, já reabilitados. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua família, seu trabalho, seu coto de amputação e sua prótese.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento, e ou de seu trabalho, e em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não esteja de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor(a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

A sua participação é voluntária e você não terá nenhum gasto com a pesquisa

Ao terminar a pesquisa ela será publicada e os resultados serão importantes para melhorar sua qualidade de vida, o seu trabalho e a sua saúde.

Caso apareçam dúvidas você pode procurar informações sobre esta pesquisa no seguinte endereço, ou por telefone:

Comitê de Ética em Pesquisa: Avenida Nossa Senhora da Penha, nº. 2190, Santa Luiza, Vitória – ES, CEP: 29045-402. Tel: (27) 3334:3586. - **Coordenador: Elisardo Corral Vasquez.**

Se tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir em participar, sinta-se à vontade para fazê-la.

Local: -----

Data: -----/-----/-----

Nome do entrevistado:-----

RG:-----

Declaro que, após ter entendido a pesquisa, aprovo minha participação.

Assinatura: -----

Nome do pesquisador: -----

Assinatura: -----

APÊNDICE B - Formulário para Coleta de Dados em Prontuários

NÚMERO DO BENEFÍCIO: _____

- 1 – Sexo: Masculino () Feminino ()
- 2 – Idade: Até 25 anos () 25 a 35 anos () Acima de 35 anos ()
- 3 – Situação trabalhista na época do acidente:
Vinculado () Desempregado ()
- 4 – A amputação foi classificada como acidente de trabalho?
Sim () Não ()
- 5 – Se AT, quem emitiu CAT.
Empresa de Vínculo () Sindicato () Outros ()
- 6 – Qual o membro amputado?
Superior () Inferior ()
- 7 – A causa da amputação foi:
Moto () acidente automobilístico () acidente com trator ()
atropelamento () outros ()
- 8 - Foi avaliado por psicólogo?
Sim () Não ()
- 9 – Fez fisioterapia enquanto esteve internado?
Sim () Não ()
- 10 – Tamanho da empresa de vínculo:
Grande () Médio () Pequeno ()
- 11 – A empresa de vínculo ofereceu readaptação?
Sim () Não ()
- 12 – Na UTRP fez algum curso profissionalizante?
Sim () Não ()
- 13 – Houve treinamento antes de retornar ao trabalho?
Sim () Não ()

APÊNDICE C – Questionário sobre Reinserção no Trabalho após Reabilitação

Nº. do benefício: _____

1 – Estado civil atual:

Solteiro () casado ou vive maritalmente com alguém () divorciado,
desquitado

ou separado () viúvo ()

2 – Estado civil à época da amputação:

Solteiro () casado ou vive maritalmente com alguém () divorciado,
desquitado

ou separado () viúvo ()

3 – Número de filhos dependentes: _____ filhos.

4 – Propriedade do local onde mora atualmente:

() própria () alugada () residência cedida

() outra situação. Qual? _____

5 – Mora em rua pavimentada?

Sim () Não ()

6 – Escolaridade - Até que ano estudou?

() nunca estudei em escolas

() estudei mas só sei assinar meu nome

() ensino fundamental incompleto

() ensino fundamental completo

() ensino médio (ou técnico) incompleto

() ensino médio (ou técnico) completo

() ensino superior incompleto

() ensino superior completo. Qual? _____

7 – A sua amputação foi qualificada como:

() Acidente de trabalho () Outros.

8 – Se AT, quem emitiu sua CAT foi:

() Empresa de Vínculo () Sindicato () Outros. Quem?

9 – Como está se sentindo com sua prótese?

Bem () regular () mal ()

10 – Tem seguido todas as orientações com relação ao seu coto e à sua prótese?

Sim () Não ()

11 – Se não, por quê? _____

12 – Após seu desligamento da UTRP, houve ferimento no seu coto?

Sim () Não ()

13 – Caso sim, quais as providências tomadas? _____

14 – A sensação de que seu membro ainda existe voltou?

Sim () Não ()

15 – Caso sim, qual o recurso que você procura? _____

16 – Tem usado sua prótese todos os dias?

Sim () Não ()

17 – Caso não, por quê? _____

18 – Atualmente está trabalhando?

Sim () Não ()

19 – Caso sim, na mesma função para a qual foi reabilitado?

Sim () Não ()

20 – Continua trabalhando na mesma empresa a que estava vinculado após RP?

Sim () Não ()

21 – Se não, há quanto tempo trabalha na atual empresa? _____ anos e _____ meses.

22 – Como você avalia a importância da sua RP no processo de retorno ao trabalho?

Pouco importante () mais ou menos importante ()
 muito importante ()

23 – Por que você avalia dessa maneira (pouco, mais ou menos, muito importante)?

24 – Decorrido o processo de RP como você se autoavalia no trabalho?

Produtivo () pouco produtivo ()

25 – Qual a maior dificuldade que você viu no processo de retorno ao trabalho?

26 – Você se sente prejudicado na sua empresa devido à sua amputação?

Sim () Não ()

27 – Caso sim, por quê? _____

28 – Fora o trabalho, sua amputação lhe traz outros prejuízos em sua vida?

ASPECTO DA VIDA	PREJUÍZOS
Amorosa	
Amigos	
Família	

29 – Sua situação previdenciária atual é:

Ativo () Autônomo () Aposentado () Desempregado ()