



SAMANTHA HASEGAWA FARIAS

**ESTUDO DOS TRABALHADORES VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRABALHO
GRAVE PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO
PROFISSIONAL DO INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL DE
CAMPINAS, USUÁRIOS DE ÓRTESE E PRÓTESE**

CAMPINAS

2013

i



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

SAMANTHA HASEGAWA FARIAS

**ESTUDO DOS TRABALHADORES VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRABALHO
GRAVE PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO
PROFISSIONAL DO INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL DE
CAMPINAS, USUÁRIOS DE ÓRTESE E PRÓTESE**

Orientador: Prof. Dr. Sergio Roberto de Lucca

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do Título de Mestra em Saúde Coletiva, área de concentração: Epidemiologia.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA SAMANTHA HASEGAWA FARIAS E ORIENTADA PELO PROF.DR.SERGIO ROBERTO DE LUCCA

Assinatura do orientador

CAMPINAS
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

F225e Farias, Samantha Hasegawa, 1986-
Estudo dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho grave participantes do Programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional de Seguridade Social de Campinas, usuários de órtese e prótese / Samantha Hasegawa Farias. -- Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Sergio Roberto de Lucca.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Amputação traumática. 2. Previdência social. 3. Mercado de trabalho. I. Lucca, Sergio Roberto de, 1957-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Study of workers victims of severe occupational accident participating in the Professional Rehabilitation Program of National Institute of Social Security of Campinas, orthosis and prosthesis users.

Palavras-chave em inglês:

Amputation, Traumatic

Social security

Job market

Área de concentração: Epidemiologia

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Sergio Roberto de Lucca [Orientador]

Satoshi Kitamura

Maria Luiza Gava Schmidt

Data da defesa: 21-02-2013

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

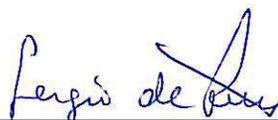
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

SAMANTHA HASEGAWA FARIAS

Orientador (a) PROF(A). DR(A). SERGIO ROBERTO DE LUCCA

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). SERGIO ROBERTO DE LUCCA



2. PROF(A). DR(A). MARIA LUIZA GAVA SCHMIDT



3. PROF(A). DR(A). SATOSHI KITAMURA



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 21 de fevereiro de 2013

DEDICATÓRIA

À minha família, que nunca mediu esforços para ajudar a alcançar meus sonhos. Em especial, meu filho Matheus, a minha maior motivação.

AGRADECIMENTOS

Às minhas mães. A biológica, Maria de Fátima, que sempre batalhou para me proporcionar uma vida melhor e, mesmo do outro lado do mundo, vibra a cada vitória conquistada. A tia Célia, que me acolheu quando cheguei a São Paulo e ajudou incansavelmente em cada etapa dessa fase. E, em especial, a minha tia Faustina, que sempre cuidou de mim como uma verdadeira filha, sem ela não teria conseguido nada na vida. Deixo aqui minha eterna gratidão. Amo vocês!

Ao meu amado pai, João Arlindo, figura batalhadora e de imensa sabedoria. Exemplo de que a escola da vida ensina muito mais que os livros das estantes. A conquista desse título de mestre também é sua.

À minha querida e amada irmã, Suzanne, com quem dividi os melhores momentos da minha infância e, apesar da distancia, até hoje continua sempre tão presente. Obrigada por tudo!

Ao meu esposo, Wilson Maia, que esteve ao meu lado o tempo todo, me apoiando e incentivando, sempre com muita ternura e paciência. Exemplo de marido, pai e amigo. Uma grande inspiração. Te amo demais!

Ao meu lindo filho, Matheus, que nasceu no início do curso, tornando a experiência do mestrado um desafio ainda maior. Seus sorrisos me deram forças para superar qualquer momento de cansaço. Ele é a minha maior felicidade, razão do meu viver!

A todos os meus amigos que foram essenciais na minha trajetória. Em especial a Taynar, amiga-irmã de todas as horas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Sérgio de Lucca, pela oportunidade e por compartilhar conhecimentos no campo da Saúde do Trabalhador.

Aos funcionários do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) de Campinas, em especial à Dra. Theresa por confiar no objetivo da pesquisa e abrir as portas para a realização da mesma, à Sônia por todo o tempo e disposição direcionados para a coleta dos dados.

A CAPES, pela bolsa ofertada, que ajudou no desenvolvimento desta pesquisa.

Samantha Hasegawa

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

RESUMO

É expressivo o número de Pessoas Portadoras de Deficiência (PPD) no Brasil e no mundo. Um dos fatores que levam ao aumento das estatísticas relacionadas à indivíduos com deficiência adquirida é o Acidente de Trabalho (AT), que pode provocar seqüela permanente como amputações, comprometendo a qualidade de vida e do trabalho do trabalhador acidentado. Para possibilitar a reinserção dos acidentados no mercado de trabalho, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) mantém o Programa de Reabilitação Profissional (PRP). Objetivo: Estudar as características sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores amputados, vítimas de AT, que receberam órtese e prótese do setor de Reabilitação Profissional do INSS e verificar as características dos acidentes de trabalho, a taxa de retorno ao mercado de trabalho formal, os fatores de sucesso e insucesso do PRP, discutir a importância da prótese como parte do processo de reinserção profissional. Métodos: O presente trabalho é um estudo transversal, descritivo, quantitativo, realizado INSS de Campinas/SP. A população de estudo foi constituída por todos os amputados inscritos na RP do INSS, no período de 2007 a 2012. Os dados foram coletados através de um levantamento de informações sócio-demográficas contidas nos prontuários dos amputados por acidente de trabalho, tais como: idade, gênero, dados da empresa, situação funcional antes e depois do acidente, utilização de recurso auxiliar para locomoção e participação no programa de reabilitação profissional. Resultados: Foram analisados 40 amputados, sendo 37 do sexo masculino. Nesta população de estudo, os adultos jovens na faixa etária de 18 a 29 anos foram os mais acometidos. O ramo de atividade que mais contribuiu para a ocorrência de AT com amputação foi o de Indústria de transformação com 30% dos casos. Em relação à ocupação dos acidentados, 60% trabalhavam na produção de bens e serviços industriais. Ocorreram 6 casos de AT com desvio de função e 10 acidentes de trajeto. A prótese foi utilizada por 38 indivíduos amputados enquanto que os demais utilizaram órteses como recurso auxiliar de locomoção. Participaram do PRP 28 amputados e, desses, 20 foram reinseridos no mercado de trabalho. Conclusão: Constatou-se que 65% dos trabalhadores protetizados foram reinseridos no mercado de trabalho. Discute-se o papel do atual modelo do PRP, que além do fornecimento de prótese ao trabalhador com seqüela permanente não se evidencia o suporte psicossocial para acompanhamento e efetiva reinserção destes trabalhadores.

Palavras-chave: Reabilitação Profissional, Acidentes de Trabalho, Amputação.

ABSTRACT

It is expressive the number of Persons with Disabilities (PWD) in Brazil and worldwide. One of the factors that leads to the increase of statistics related to acquired deficiency is the Occupational Accident (OA), which can cause permanent sequelae such as amputations, compromising the quality of life and work of the injured worker. To allow the reintegration of the victims into the labor market, the National Institute Of Social Security (INSS) keeps the Professional Rehabilitation Program (PRP). Objective: To study the socio demographic and professional characteristics of the amputees workers, victims of OA, who have received orthoses and prosthesis of the Professional Rehabilitation sector of INSS and verify characteristics of occupational accidents, the rate of return to the formal labor market, the success and failure factors of PRP, to discuss the importance of the prosthesis as part of the professional reintegration process. Methods: The present paper is a cross-sectional, descriptive, quantitative study conducted at the National Institute Of Social Security (INSS) in Campinas, São Paulo. The study population comprised all amputees who participated in the Professional Rehabilitation program in the period from 2007 to 2012. Data were collected through a survey on sociodemographic information contained on patient charts of occupational accident amputees, such as age, gender, company details, position before and after the accident, use of auxiliary device for ambulation and participation in the occupational rehabilitation program. Results: 40 amputees were analyzed, 37 being males. Young adults in the age group from 18 to 29 years were the main victims. The fields of activity that contributed the most to the occurrence of occupational accidents with amputation were trade, manufacturing industry with 30% of cases. Regarding the occupation of the injured, 60% worked in the production of goods and industrial services. Six cases of occupational accident occurred while performing activities not suited to the job, and ten were commuting accidents. Prosthesis was worn by 38 amputees, while the others used orthoses as an auxiliary device for ambulation. Most amputees (28) participated in the Professional Rehabilitation Program, amputees and, of these, 20 were reintegrated into the labor market. Conclusion: A was found that 65% of workers with prostheses were reinserted into the formal labor market. It discusses the role of the current model of PRP, that beyond providing permanent prosthesis to the worker with permanent sequel the psychosocial support is not evident for monitoring and effective reintegration of these workers.

Keywords: Professional Rehabilitation, Occupational accident, Amputation.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	ix
ABSTRACT	X
1. INTRODUÇÃO	17
HISTÓRICO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO	19
ACIDENTE DE TRABALHO	22
DEFICIÊNCIA E O MERCADO DE TRABALHO	26
Aspectos legais	29
REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	32
Aspectos históricos e legais	32
Processo de reabilitação profissional	36
2. OBJETIVOS	43
2.1. GERAL	43
2.2. ESPECÍFICO	43
3. MÉTODOS	44
3.1. TIPO DE ESTUDO	44
3.2. LOCAL DE ESTUDO	44
3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO	44
3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	45
3.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	45
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	46

3.7.	PROCEDIMENTOS TÉCNICOS	46
3.7.1.	Coleta de dados	46
3.7.2.	Variáveis estudadas	47
3.8.	ANÁLISE DOS DADOS	48
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	66
6.	REFERÊNCIAS	68
7.	ANEXOS	
	Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
	Anexo II – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	83
	Anexo III – Ficha de coleta de dados	84

LISTA DE ABREVEATURAS

AT	Acidente de Trabalho
B-91	Benefício 91
B-92	Benefício 92
B-93	Benefício 93
B-94	Benefício 94
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIDID	Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNIS	Cadastro Nacional de Informações Sociais
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CRP	Centro de Reabilitação Profissional
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GIL	Grupo Interinstitucional de LER
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
MG	Minas Gerais
MID	Membro Inferior Direito

LISTA DE ABREVEATURAS

MIE	Membro Inferior Esquerdo
MMII	Membros Inferiores
MPAS	Ministério da Previdência Social
MSD	Membro Superior Direito
MSE	Membro Superior Esquerdo
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NRP	Núcleo de Reabilitação Profissional
NUSAT	Núcleo de Saúde do Trabalhador
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PPD	Pessoas Portadoras de Deficiência
PRP	Programa de Reabilitação Profissional
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RP	Reabilitação Profissional
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Distribuição dos dados sociodemográficos dos trabalhadores amputados, vítimas de acidente de trabalho. Campinas/SP, 2007 a 2012.	51
Tabela 2. Distribuição da ocorrência de amputações segundo partes do corpo acometidas devido a acidente de trabalho. Campinas/SP, 2007 a 2012.	54
Tabela 3. Distribuição dos acidentes de trabalho, segundo tipo de ocupação, em Campinas e região, 2007 a 2012	55
Tabela 4. Distribuição dos acidentes de trabalho, segundo ramo de atividade, em Campinas e região, 2007 a 2012.	56
Tabela 5. Distribuição dos tipos de Acidentes de Trabalho dos amputados segurados do INSS de Campinas-SP, no período de 2007/2012.	57

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Desfecho de acidente de trabalho e seus respectivos benefícios gerados pelo INSS	25
Figura 2. Processo de Reabilitação Profissional	39
Figura 3. Distribuição da população de estudo por idade	49
Figura 4. Fluxograma ilustrando a situação atual dos amputados por acidente de trabalho que receberam órtese/prótese do INSS.	61

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), aproximadamente 650 milhões de pessoas – cerca de 10% da população mundial – vivem com algum tipo de deficiência. No Brasil, o censo demográfico do ano de 2000 informou que 24 milhões e 600 mil pessoas possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade, ou seja, 14,5% da população total. A estimativa para a pesquisa seguinte era de aproximadamente 30 milhões de brasileiros com deficiência, porém, os números ultrapassaram bastante até o ano de 2010, que registrou a existência de mais de 45 milhões e 600 mil pessoas com algum tipo de deficiência no país, um número que representa quase 24% da população (IBGE, 2010). A justificativa para esse grande aumento dos números se dá pelo fato do último censo atribuir o título de pessoa com deficiência não somente àquelas que se julgam incapazes, mas também àquelas que referiram possuir dificuldades permanentes de enxergar, ouvir ou caminhar, fato não considerado nos inquéritos anteriores. Outro quesito que faz com que se torne expressivo o aumento do número de pessoas com incapacidades no mundo todo é o avanço técnico e científico da medicina e das práticas de reabilitação na melhoria da capacidade de diagnosticar e conduzir o tratamento das doenças, acidentes e lesões crônicas que, na maioria das vezes, não levam à morte, mas deixam sequelas que impõem às pessoas a necessidade de aprender a conviver e lidar com as limitações funcionais e com as incapacidades decorrentes destes fatos, buscando alternativas para minimizar suas consequências sobre a qualidade de vida (TAKAHASHI, 2006).

Em 2010, a prevalência de algum tipo de deficiência nos indivíduos com idade produtiva era de 24,9%. Neste mesmo ano, dos 44,1 milhões de vínculos empregatícios ativos, apenas 306 mil foram declarados como pessoas com deficiência, o que representa apenas 0,7% do total. Esse resultado representou uma elevação no número de empregos em relação ao registrado no ano anterior, de 288,6 mil vínculos (RAIS, 2010). Apesar do aumento, esses números ainda são muito preocupantes, principalmente quando se compara com as taxas de países desenvolvidos. Segundo a ONU, um levantamento realizado nos Estados Unidos em 2004 mostrou que 35% das pessoas economicamente ativas com deficiência estão em atividade de fato – em comparação com 78% das pessoas sem deficiência.

Um dos principais fatores que aumenta os índices de indivíduos com deficiência adquirida é o acidente de trabalho que pode gerar incapacidades permanentes, como as amputações, objeto de estudo deste trabalho. As estatísticas nacionais mostram que em três anos (2008 a 2010) ocorreram 2.246.722 acidentes de trabalho, sendo que 41.798 trabalhadores tiveram incapacidades permanentes e 8.089 perderam suas vidas (MPAS, 2010).

Os números apresentados expressam a necessidade de promover ações voltadas para este segmento da população, a fim de contribuir para questões de acessibilidade e inclusão social. Diversas variáveis influenciam para alcançar esses objetivos, tais como: educação, participação política, atuação no mercado de trabalho, transporte e lazer. Em relação ao mercado de trabalho, a necessidade de restituir aos deficientes as capacidades sociais e individuais se tornou cada vez maior e para amparar estes casos criou-se o Programa de

Reabilitação Profissional (PRP), uma resposta pública à questão da incapacidade para o trabalho (TAKAHASHI, 2010). De acordo como Decreto 3.048/99, artigo 136, a Reabilitação Profissional (RP) é conceituada como a assistência (re) educativa e de (re) adaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional que visa proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem.

Para chegar no modelo atual de RP, um longo caminho foi percorrido. Segundo Scaranello (2006), aspectos históricos, políticos, culturais e sociais influenciaram em sua implantação, tais como: as mudanças nas relações de trabalho, a relação Estado e Sociedade, o aumento do número de acidentes/doenças ocupacionais e a globalização.

HISTÓRICOS DAS RELAÇÕES DE TRABALHO

O conceito de trabalho mudou bastante durante o passar dos anos. O que já foi um meio de tortura passou a ser considerado, com o passar do tempo, uma atividade que dignifica o homem. O significado de Trabalho vem do latim *tripalium*, que era um instrumento de três pontas para tortura, utilizado pelos romanos, para obrigar os escravos a trabalhar. A história mostra que a ideia de sofrimento que estava vinculada a este termo, deu lugar ao termo esforçar-se, em seguida a lutar, para chegar, enfim, à palavra trabalhar (SCOMPARIM, 2008).

A denominação de trabalho que se conhece surgiu com a escravidão, período em que os trabalhadores eram tidos meramente como coisas; com o passar do tempo surgiu outra modalidade de trabalho, que era a servidão, onde o trabalhador deixou de ser uma coisa para ser visto como uma pessoa, mas isso não quis dizer que eles teriam algum tipo de liberdade; depois surgiram as corporações, uma forma mais amena da escravidão, pois tais trabalhadores deviam respeito ao mestre (COSTA, 2009). Como nessa época não havia qualquer tipo de proteção, os escravos geralmente eram multilados ou até mortos por seus amos. Esses acontecimentos causados pelo trabalho, que geravam problemas de saúde e sequelas, são alguns dos relatos da antiguidade relacionados com doença e acidente de trabalho (SCOMPARIM, 2008).

O trabalhador teve a sua libertação durante a Revolução Industrial, fato que deu início ao trabalho assalariado e a figura do patrão. Com o início da utilização de máquinas, surgiu a necessidade de criarem-se regras visando a proteção dos trabalhadores, tanto no sentido humano quanto no social e jurídico. Costa (2009) afirma que a relação do trabalhador com a máquina era desprovida de treinamento e aperfeiçoamento profissional, a habilidade que se adquiria era fruto de uma intimidade que se formava com o manuseio diário, fato que colocava em risco o próprio operário, pois a segurança sentida para utilizar as máquinas gerava certo desleixo que, associada à falta de treinamento adequado, acarretava em aumento significativo no número de doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

Atualmente, as condições de trabalho ainda acarretam em agravo à saúde devido o processo de globalização, que gera mudanças no mercado e mundo do trabalho,

caracterizadas por reestruturação e reorganização das cadeias produtivas, flexibilização e crescimento do trabalho (in) decente. Esta situação, conhecida como precarização do trabalho, caracteriza-se pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, pela legalização dos trabalhos temporários e da informalidade nas relações e vínculos trabalhistas.

O mundo do trabalho contemporâneo tem sido acompanhado de práticas de intensificação das atividades e/ou aumento da jornada de trabalho, com acúmulo de funções, maior exposição a fatores de riscos para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego. Tal contexto está associado à exclusão social e à deterioração das condições de saúde.

Este cenário reflete os diferentes padrões de consumo, condições de vida e saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente os diferentes padrões de exposição a determinados riscos no ambiente e nas relações de trabalho e no processo de adoecimento. O aumento das doenças e acidentes relacionados ao trabalho levou ao surgimento da necessidade de restituir essas pessoas quanto às capacidades sociais e individuais, assim surge o interesse pela RP, assunto que será abordado adiante.

ACIDENTE DE TRABALHO

O conceito de Acidente de Trabalho (AT) é amplo, leva em consideração várias modalidades para sua classificação, ele ampara os trabalhadores de uma forma bastante completa. De acordo com a legislação previdenciária, Art. 19 da Lei nº 8.213/91:

Acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Além dessas hipóteses sugeridas para a ocorrência do AT, alguns acontecimentos também se equiparam ao acidente de trabalho:

I – o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II – no acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:

a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;

b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;

c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;

d) ato de pessoa privada do uso da razão;

e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior.

III – a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV – o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:

a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão de obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;

d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

§ 1º Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

Esses acidentes se tornam, cada vez mais, um problema de saúde pública no Brasil e no mundo todo, pois são potencialmente fatais e incapacitantes, acometem principalmente pessoas jovens e em idade produtiva, o que gera grandes consequências sociais e econômicas (SANTANA, 2003). As estatísticas nacionais mostram que em três anos (2008/2010), ocorreram 2.246.722 acidentes de trabalho, sendo que 41.798 trabalhadores tiveram incapacidades permanentes e 8.089 perderam suas vidas (MPAS, 2010). Estima-se que tais eventos possam custar mais de 4% do Produto Interno Bruto – PIB por ano (MTE, 2010). No Brasil, uma parte dos custos relacionados ao AT recai sobre o Ministério da Previdência e Assistência Social que, por meio do INSS, tem a missão de garantir o direito à previdência social, que é o seguro social para a pessoa que contribui.

A renda transferida pela Previdência Social é utilizada para substituir a renda do trabalhador contribuinte, quando ele perde a capacidade para o trabalho, seja pela doença, invalidez, idade avançada, morte e desemprego involuntário, ou mesmo a maternidade e a reclusão (MPAS, 2009).

Para o entendimento e justificativa do método utilizado nesta pesquisa, será feita uma breve explicação sobre os benefícios gerados pelo INSS de acordo com o desfecho do AT, como mostra a figura abaixo.

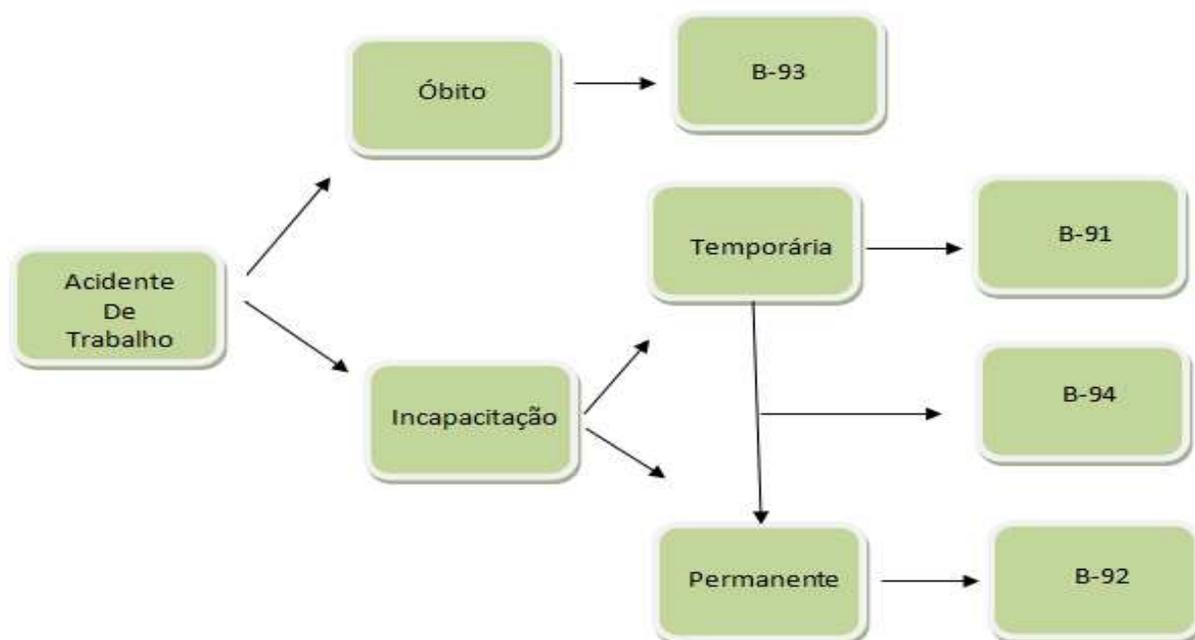


Figura 1 Desfecho de acidente de trabalho e seus respectivos benefícios gerados pelo INSS

O AT grave pode levar ao óbito ou a incapacidade temporária ou permanente. Os tipos de benefícios gerados, nestes casos, são: o auxílio-doença acidentário, aposentadoria por invalidez, pensão por morte e auxílio-acidente. Tem direito à aposentadoria por invalidez, espécie 92, o segurado acidentado que, estando ou não com o auxílio-doença acidentário, é considerado incapaz e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência. A pensão por morte, espécie 93, é dada ao(s) dependente(s) do segurado que falece em consequência de acidente do trabalho. O auxílio-doença acidentário, espécie 91, é para segurado que fica incapacitado, por motivo de doença decorrente de acidente do trabalho. O auxílio-acidente, espécie 94, é devido ao segurado acidentado que, após consolidação das lesões decorrentes do acidente do trabalho,

apresenta sequela parcial e permanente que implique na redução de sua capacidade laborativa (MPAS, 2010). Este último será utilizado como um dos critérios de inclusão dessa pesquisa, tendo em vista que objeto de estudo é o trabalhador amputado, vítima de acidente de trabalho.

DEFICIÊNCIA E O MERCADO DE TRABALHO

Em todas as sociedades existem pessoas que estão fora dos padrões considerados normais. Surgem assim, vários sentimentos que passam pela etapa de rejeição, de medo, de proteção e, finalmente, chegam à etapa de respeito às diferenças, possibilitando a integração da Pessoa Portadora de Deficiência (PPD) na vida da comunidade (AMARAL, 1994). A expressão pessoa “portadora de deficiência”, não pela deficiência, mas sim pela portadora, não é a mais adequada para caracterizar uma pessoa com limitações, mas este termo será adotado neste trabalho, pois é o utilizado na constituição brasileira.

Para entender a situação da inserção do deficiente no mercado de trabalho é necessário pontuar alguns conceitos que levam em consideração aspectos relevantes da inclusão social. Com o objetivo de se conhecer mais sobre as consequências das doenças, a OMS publicou em 1976 a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), traduzida como a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID). De acordo com esses conceitos, *deficiência* é a existência de alteração estrutural ou fisiológica de parte do organismo humano, por exemplo, a falta de um membro ou a redução da capacidade intelectual. A *incapacidade* é a

consequência funcional da deficiência, representando a dificuldade experimentada por alguém que tenha uma deficiência na execução de tarefas do cotidiano. O termo *desvantagem* diz respeito ao despreparo social, do ponto de vista de acesso físico e de aceitação das necessidades específicas das PPD para alcançarem um bom desempenho (BRASIL, 1993).

Segundo Farias e Buchalla (2005), a CIDID descreve, como uma sequência linear, as condições decorrentes da doença:



No decorrer do tempo observou-se que a CIDID apresentava algumas lacunas, por exemplo, a não abordagem de aspectos sociais e ambientais. Após anos de estudos e revisões, a Assembleia Mundial da Saúde, em 2001, aprovou a segunda versão da CIDID, traduzida como Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (CABRAL, 2007).

A OMS utiliza a CIF para compreender melhor os quesitos relacionados às condições de saúde, identificando os limites do dia-a-dia dos deficientes, tanto no aspecto

físico quanto no psicossocial. De acordo com esta classificação, o trabalho é um fator que pode influenciar a funcionalidade em três níveis: estrutura e função do corpo, atividade e participação, podendo também atuar nos aspectos pessoais, como motivação ou satisfação, da mesma forma como também o trabalho pode ser influenciado pela funcionalidade e pelos fatores pessoais. Ainda existem outros fatores, além do trabalho em si, que influenciam a participação do trabalhador no ambiente de trabalho, tais como: ambiente doméstico, lazer e suporte social, que podem agir como barreiras ou facilitadores na participação no trabalho (CIF, 2003).

Nesse contexto, existem algumas questões a ser destacadas que geram problemas para os deficientes, incluindo a falta de acessibilidade, adaptação de ambientes públicos, falhas em sistema educacional e, não menos importante, o preconceito das pessoas ditas normais. Todos os pontos citados podem levar à exclusão desses sujeitos, afastando-os do convívio social mais amplo e fazendo que eles se privem de viver experiências comuns à maioria das pessoas, inclusive, aquelas relacionadas ao trabalho (RIBEIRO; LIMA, 2010).

Ressalta-se que ineficiente é o oposto de eficiente, que não é igual a deficiente, portanto a visão de que as PPD são ineficientes nas atividades exercidas é completamente distorcida. Ocorre que, em alguns casos, devido o grande período de segregação, os deficientes podem estar sem o devido preparo para responder às exigências impostas pelo mercado, o que dificulta ainda mais a busca de emprego para esses indivíduos (MARQUES, 1998; RIBEIRO; LIMA, 2010).

O trabalho formal sempre representou um problema quando se trata de pessoas com deficiência. O mercado de trabalho, que nunca deixou de ser concorrido e competitivo,

apresenta cada vez mais essas características e, frequentemente, as exigências quanto à qualificação dos possíveis candidatos não são preenchidas por eles. Dessa forma, nos processos seletivos, as pessoas com alguma limitação física, sensorial ou mental tendem a ficar em posição de desvantagem e perdem na competição com os demais candidatos. Foi por esse motivo que o Estado criou leis para aumentarem as chances de ingresso dos deficientes no mercado de trabalho (RIBEIRO; LIMA, 2010).

Aspectos legais

Os direitos das pessoas com deficiência são os mesmos que os de qualquer outro cidadão. Estes têm algumas necessidades especiais que precisam ser respeitadas e levadas em conta, senão, podem correr o risco de permanecerem excluídas da sociedade e do mercado de trabalho. Pensando nisso e levando-se em conta a histórica exclusão social sobre esse grupo, há uma grande mobilização social para que as PPD tenham os seus direitos assegurados (CERIGNONI; RODRIGUES, 2005).

Existe um grande número de leis que visam criar mecanismos de proteção para os deficientes. Apesar disso, as PPD continuam a sofrer exclusão e preconceito. A lei, por si só, não muda a realidade social, mas conscientiza as pessoas e aqueles que detêm o poder decisório (CNBB, 2005). Mesmo assim, na sociedade brasileira, esta tem sido vista pelo governo como o instrumento mais efetivo de promoção e inclusão a curto e médio prazo.

No Brasil, a Constituição de 1988 traz uma série de garantias que visam à integração social da PPD: acesso a locomoção, com eliminação de barreiras arquitetônicas, atendimento educacional e de saúde especializados, integração social, percentual de vagas

reservado para admissão em cargos públicos, benefício mensal e proibição de discriminação no tocante a salário e critérios para admissão do trabalhador com deficiência (FONSECA, 2004; CNBB, 2005). Destaca-se ainda a lei que determina o atendimento prioritário e obrigatoriedade da inclusão de questões específicas sobre os deficientes nos censos nacionais, como condição essencial para o conhecimento da realidade brasileira e direcionar políticas públicas voltadas para o tema em questão (FONTOURA, 2006).

Como essas leis não estavam surtindo efeito na contratação de PPD, em 1991 (Lei 8.213), o Estado torna sua contratação obrigatória na esfera privada e regula, inclusive, o percentual de contratação nas empresas, da seguinte maneira:

A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de dois a cinco por cento dos seus cargos, com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas na seguinte proporção:

I – até 200 empregados	2%
II – de 201 a 500 empregados	3%
III – de 501 a 1.000 empregados	4%
IV – de 1.001 em diante	5%

A lei de cotas atua também no campo da Administração Pública, onde é assegurado o direito de 20% das vagas de concurso público para deficientes, desde que as atribuições do cargo oferecido sejam compatíveis com a deficiência. Outro exemplo de proteção ao deficiente é a lei de licitações, que permite a contratação de serviços de associação de deficientes, dispensando processos licitatórios.

As políticas de inserção das PPD no mercado de trabalho são de grande valia, porém, ressalta-se que a legislação por si só não garante a inclusão do deficiente no

mercado de trabalho (FONTOURA, 2006). A inclusão do deficiente no mercado de trabalho é um tema bastante delicado e polêmico, porque atualmente as exigências de qualificação profissional encontram-se cada vez maiores, o que gera falta de oportunidade para muitos indivíduos. Para os deficientes, a procura de emprego torna-se ainda mais difícil, pois muitas pessoas subestimam as potencialidades que estes possuem entre elas a de locomoção, de habilidades manuais, de raciocínio, além de outras. Sabe-se que a inserção das PPD no mercado de trabalho não é um fator individual, mas sim coletivo, e a sociedade de forma geral não atende às necessidades, fazendo assim com que estas pessoas sejam excluídas do trabalho (BECHTOLD; WEISS, 2005).

A inclusão das PPD no mercado de trabalho faz com que estes indivíduos sintam-se realizados interiormente, pelo fato do reconhecimento profissional e social, que contribuem para uma maior satisfação, assim como um salário, um ambiente físico diferente, relacionamento com novos colegas e com as chefias. Porém, esta situação só será efetivamente conquistada, quando a sociedade assumir que em nosso meio existem cidadãos em busca de alternativas e recursos para atender as suas necessidades básicas e, além disso, estão buscando o direito de cidadania como qualquer outro, sem menosprezo por possuírem algum tipo de deficiência (BECHTOLD; WEISS, 2005). Para haver a inclusão dos deficientes no mercado de trabalho é preciso que as instituições públicas e privadas reconheçam seu papel principal, fornecendo oportunidades para estes conquistarem seu espaço no mercado, pois desta forma poderão contribuir com o progresso social dentro de sua vocação e aptidão profissional.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Aspectos históricos e legais

A primeira vez que a readaptação profissional se fez presente na legislação brasileira foi na reforma da lei do acidente de trabalho (Decreto-Lei nº 7.036/1944), com o objetivo de restituir todos os incapacitados para o trabalho em uma função compatível com as novas condições físicas, que poderia ser a mesma exercida anteriormente ou não. A recuperação e a reinserção no trabalho envolvia a prática da fisioterapia, da cirurgia ortopédica e reparadora, e do ensino conveniente em escolas profissionais especiais.

Foi no Decreto-Lei nº 48.959/1960 que a RP foi consolidada, abrangendo, também, a assistência educativa, que visava proporcionar aos beneficiários da Previdência Social que possuíam alguma doença: invalidez, alteração física ou psicológica, condições de reeducação ou readaptação profissional para que os mesmos pudessem trabalhar em condições normais. Além disso, incluíram-se as questões psíquicas nas avaliações do programa com exames iniciais, entrevistas e avaliações de natureza física, psicológica e social, para o estabelecimento dos respectivos diagnósticos, indicação do tratamento adequado, realização do tratamento nos campos médicos, de recuperação e ou de reajustamento social, conforme tenha sido indicada, orientação profissional, formação profissional, colocação ou reemprego, acompanhamento do caso até a plena RP.

Para o programa alcançar o sucesso era necessária uma grande articulação e integração entre todas as partes envolvidas, desde os setores de manutenção de benefício, de assistência médica até os Centros de Reabilitação Profissional (CRP), onde cada um

deveria detalhar as suas etapas realizadas. A determinação da reserva de cotas de cargos pelas empresas para os reabilitados também foi adicionado neste Decreto-Lei.

A área de RP teve expansão nas décadas de 1970 e 1980, quando foram executadas pelos CRP, que eram unidades de maior porte, providas de várias equipes multiprofissionais, e dos Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP), unidades de menor porte, com uma ou duas equipes multiprofissionais. Essas unidades tinham setores assistenciais-terapêuticos, oficinas para o ensino e treinamento profissionalizante, pesquisas de mercado, recursos materiais e humanos dentro dos serviços. Havia profissionais de diversas formações, entre as quais médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professores de nível secundário e superior, e de diversos ofícios atuando nas diversas atribuições, o que implicava instalações em grandes áreas físicas e alto custo (MAENO; TAKAHASHI, 2009).

Na década de 1990, os CRP não estavam sendo eficientes no atendimento à nova população de trabalhadores encaminhados pelas perícias do INSS. A demanda de atendimento teve um grande aumento com trabalhadores que sofriam dores e lesões musculoesqueléticas crônicas, que não conseguiam ser explicados pelos profissionais de saúde devido à falta de evidências nas anamneses e nos exames complementares, muitas vezes precários. Este fato, muitas vezes, levava o trabalhador a um intenso estresse físico e psicológico.

Segundo Maeno e Takahashi (2009), O CRP, que antes tinha a maioria da clientela composta por homens acidentados, com sequelas físicas visíveis, passou a dividir o espaço e a atenção com trabalhadores portadores de Lesões por Esforços Repetitivos (LER), na sua

maioria do sexo feminino, que trabalhavam em linhas de produção, em condições limítrofes para o acometimento funcional devido a atividade exercida (posicionamento, repetições, intensidade, etc.), sem qualquer precaução para evitar possíveis adoecimentos, que em sua maioria não demoravam a se manifestarem. Diante deste cenário, logo se percebeu a necessidade de outros modelos de RP e vários profissionais dos CRP sentiam a urgência de mudanças conceituais e de diretrizes nas práticas implementadas para que resultados efetivos pudessem ser obtidos na recolocação desses trabalhadores, acometidos por quadros do sistema musculoesquelético, devido ao movimento repetitivo. O número de trabalhadores acometidos por LER era tão expressivo que o poder público teve que tomar providência para amenizar a situação.

O Sistema Único de Saúde (SUS), que desde a Constituição Federal de 1988, tinha entre as suas atribuições, a de execução de ações em saúde do trabalhador, publicou normas referentes aos aspectos preventivos, clínicos e ao fluxo entre as áreas assistencial e previdenciária. O Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) deu o reconhecimento ao Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social de Belo Horizonte-MG (NUSAT), que teve importante papel da elaboração da Norma Técnica de LER do INSS em 1993. Em alguns municípios, como o de Campinas, interior do Estado de São Paulo, o Grupo Interinstitucional de LER (GIL), constituído pela Delegacia Regional do Trabalho de Campinas, Centro de Reabilitação Profissional de Campinas, Grupamento Médico-Pericial do INSS de Campinas, Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e Ministério Público do Trabalho, utilizou amplamente essa Norma Técnica, desdobrando-a em uma Recomendação Técnica para LER, assinada

pelas coordenadorias institucionais, e que serviu de base para as intervenções conjuntas, de 1993/1997, nas empresas de maior incidência e prevalência de LER do município de Campinas: uma estratégia que resultou na diminuição da subnotificação dos casos de LER, no seu reconhecimento como doença ocupacional e no aumento da demanda no CRP de Campinas (TAKAHASHI, 2006).

A autora afirma que em 1995 ocorreu a mudança estrutural da RP, com a criação de duas modalidades de equipes. As volantes formadas por um médico e um profissional de nível superior, qualquer que fosse sua formação básica, que teria a atribuição de orientação profissional. Essas equipes volantes, sediadas nos Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional, prestariam serviços nas Agências da Previdência Social na sua área de abrangência geográfica. A outra era a “equipe de extensão”, constituída por um médico-perito e um assistente social, que seriam transferidos dos Grupamentos de Serviço Social em processo de extinção ou de outros órgãos públicos extintos, como a LBA (Legião Brasileira de Assistência), e realizariam atividades de RP com a “supervisão” (à distância) dos CRP e NRP.

Metas nacionais de segurados reabilitados foram estabelecidas; mensagens mais ou menos explícitas de que a permanência e o fortalecimento da RP dependiam do empenho e esforço dos profissionais era constante; o sucateamento dos equipamentos se aprofundou; o enxugamento do quadro de recursos humanos ocorreu de forma importante, principalmente pelas aposentadorias e pedidos de demissão voluntária dos próprios funcionários e ressaltava-se a função reguladora da instituição. Este processo de mudanças na área da RP, denominado Plano de Modernização da RP, foi oficializado por meio de um decreto, e

posteriormente, devidamente normatizado por meio de resoluções que consagrou o fim de qualquer atividade terapêutica das equipes e instituiu a atribuição reguladora.

Posteriormente fortalecida, esta mudança possibilitou a RP ser realizada pelas empresas e apenas homologada pelo INSS, por meio de um subprograma do setor da perícia médica, denominado Reabilita. Pelo decreto em vigor, as obrigações da Previdência encerravam-se com a emissão do certificado de RP, sem qualquer compromisso com trabalhadores demitidos ou mesmo com aqueles cujo acolhimento não ocorre por parte da empresa.

Processo de Reabilitação Profissional

De acordo com Maywald e Rodrigues (2010), o segurado, ao ingressar no PRP, é atendido inicialmente pelo médico perito, o qual realiza uma avaliação preliminar do seu potencial laborativo. A seguir, é encaminhado para um dos orientadores profissionais (assistente social, terapeuta ocupacional, estagiárias de serviço social ou de psicologia). Estes avaliam os aspectos como nível de escolaridade, faixa etária, perdas funcionais, contraindicações ocupacionais, aptidões e habilidades, experiências profissionais, prognóstico de retorno ao trabalho, considerando também o atual mercado de trabalho, e a motivação do segurado, tudo de acordo com o Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional (BRASIL, 2005).

Após a avaliação inicial, é definido se o segurado é passível ou não de participação do PRP. Se caso o indivíduo reunir condições físicas compatíveis com o desempenho de sua profissão, ele será considerado habilitado e terá retorno imediato ao trabalho. Existe a

possibilidade do segurado ser inelegível para o PRP por não reunir condições biopsicossociais de se submeter ao programa, temporariamente ou definitivamente. Os segurados elegíveis são os que, embora tenham limitação da capacidade laborativa, reúnem condições de se submeter ao PRP, com objetivo de serem preparados para o retorno ao trabalho, seja na mesma função ou em outra (MPAS, 2010).

No programa, os segurados têm duas possibilidades de encaminhamento para o mercado de trabalho. A primeira é tentar reinseri-lo na empresa de origem em uma nova atividade laboral. A outra, que é utilizada quando o indivíduo é autônomo, está desempregado ou se é negada a reinserção pela empresa de origem, utiliza-se recursos da comunidade e o reabilitando é encaminhado para a realização de cursos no SENAI ou SENAC, sendo estes custeados pelo INSS. Privilegia-se, no entanto, que o trabalhador retorne à sua empresa de origem. No entanto, torna-se necessário, muitas vezes, a mudança de cargo para que o indivíduo possa desempenhar uma ocupação saudável que não prejudique a sua recuperação.

Esta, realizada de forma planejada e adequada, gera bons resultados para o empregado e para o empregador (ROSIN-PINOLA *et al.* 2004). A relação entre o mercado de trabalho e o trabalhador terá como significado o potencial, a igualdade de direitos, a capacidade de gerar resultados e, acima de tudo, mostrar que suas limitações não representam obstáculos para a execução de determinadas tarefas (OLIVEIRA; SILVA; PALAZI, 2007).

Após as entrevistas, é realizada uma análise em conjunto com o médico perito para definir a elegibilidade do segurado ao programa. Na situação do segurado com vínculo

empregatício, caso este apresente condições, é estabelecido um primeiro contato com a empresa de origem, por meio de ofício, para a solicitação de avaliação na empresa com o objetivo de verificar a possibilidade de recolocação do segurado na mesma função/atividade anterior ao agravo. Em caso da avaliação negativa, é encaminhado outro ofício para a solicitação de Readaptação Profissional com troca de função/atividade.

Neste, são colocadas as contraindicações físico-funcionais e o potencial laborativo do empregado. No prazo máximo de quinze dias, a empresa deve posicionar-se e encaminhar o cadastro de funções disponível para que sejam avaliadas as possibilidades da nova função. Essa avaliação é efetuada pelo responsável da orientação profissional juntamente com o médico perito. A função sendo compatível, o segurado é encaminhado para treinamento na empresa por um período de quinze ou trinta dias, conforme recomendação do médico perito. O orientador procederá à solicitação de recursos materiais necessários, tais como auxílio-transporte e auxílio alimentação. Ao final do período, é realizada nova análise conjunta para encerrar o programa profissional, elaborar o laudo conclusivo e emitir o Certificado de Reabilitação Profissional (BRASIL, 2005).

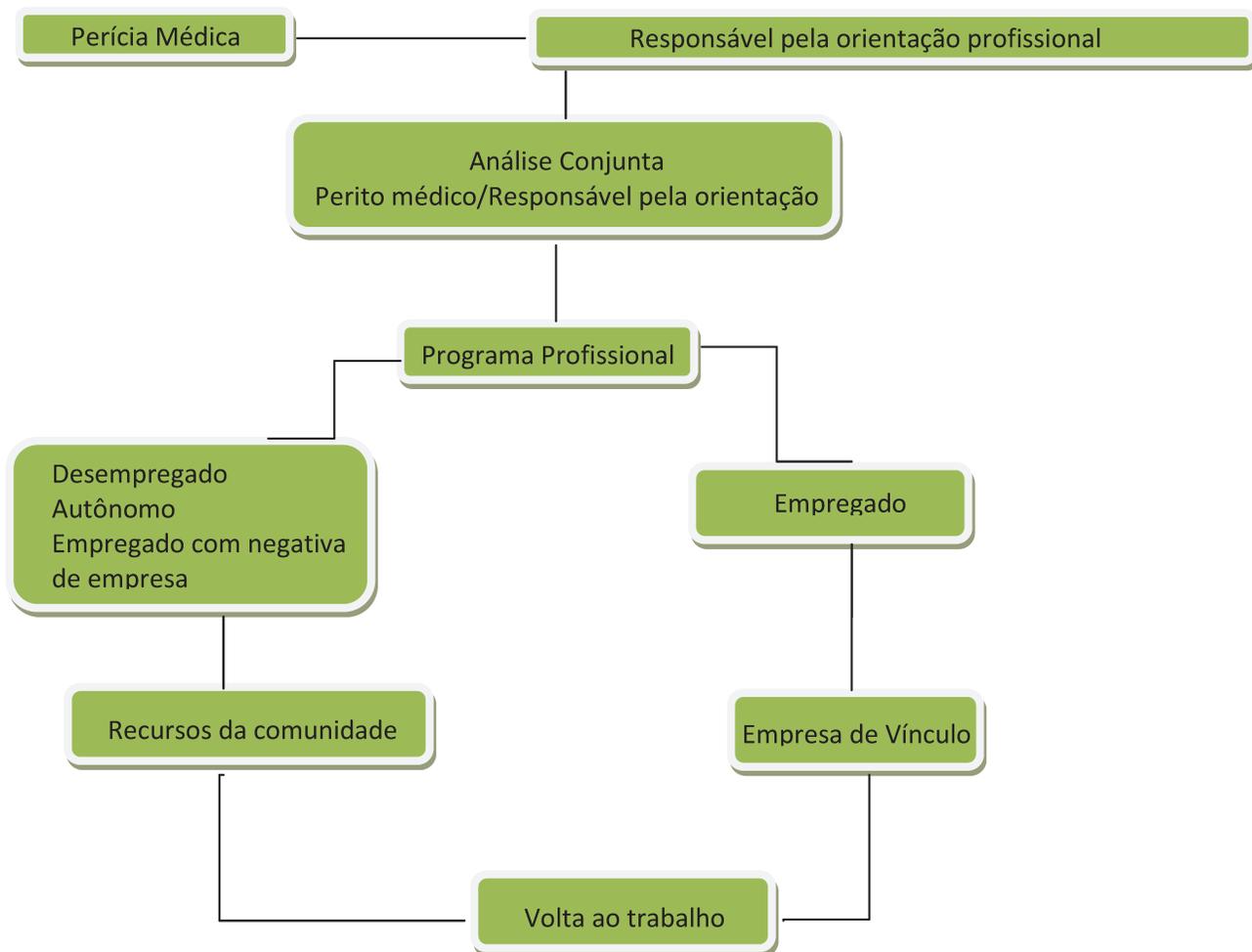


Figura 2 - Processo de Reabilitação Profissional

Segundo Mottim (2008), após a RP, o auxílio-doença acidentário é encerrado e, se não houve recusa, o trabalhador retorna a empresa de origem, ou seja, à mesma onde ocorreu o acidente, tendo a garantia de doze meses de estabilidade após a data do término do benefício, sendo esta uma condição legal para o trabalhador formal, segundo a Lei 8.213/91, Art. 118. A empresa poderá reinserir o trabalhador, vinculando o mesmo ao

quadro de pessoas com deficiência. Porém, na prática, a legislação em vigor não oferece nenhuma garantia de emprego para estes indivíduos que buscam a reinserção no mercado de trabalho. Segundo Tanaka e Manzini (2005), esta situação gera uma grande expectativa e frustração, pois se pensou que devido à legislação, o mercado de trabalho estaria mais receptivo, mas existem critérios adotados pelas empresas, como exigências de formação e qualificação profissional, que faz com que alguns trabalhadores percebem a gama de oportunidades sendo diminuídas.

Já algumas empresas não apresentam interesse em subsidiar condições necessárias para que a pessoa com deficiência tenha acesso aos ambientes e demais serviços. Sabe-se que a reinserção no mercado de trabalho é um fato de extrema importância, pois, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994), esta reintegração é considerada um parâmetro essencial quando se analisa o impacto desses acidentes na vida dos trabalhadores. Por isso, faz-se necessário estudar os fatores que influenciam diretamente o processo de retorno ao trabalho, diagnosticar as principais dificuldades e entender a incapacidade individual, a fim de elaborar estratégias de intervenção.

Algumas pesquisas tentam demonstrar a multiplicidade de fatores que interferem no processo de reinserção no trabalho de indivíduos afastados por motivo de doença ou trauma. O retorno pode depender e ser influenciado por fatores psicológicos, sociais, médicos, reabilitação, local de trabalho, sistemas de benefícios, idade e grau de escolaridade. As pessoas com maiores chances de conseguir êxito no processo de retorno às atividades laborais são pessoas jovens, com maior grau de instrução, casados e com um bom suporte social (TOLDRÁ *et al.* 2010; SELANDER *et al.* 2002).

Ao estudar a inserção de amputados de membro inferior no trabalho, Guarino, Chamlian e Masiero (2007) verificaram uma baixa taxa de retorno ao mercado de trabalho (10,2%) e associaram estes resultados, também, ao baixo nível de instrução e a idade avançada na época da amputação, mas sugeriram outros estudos para uma análise mais conclusiva desta situação. O mesmo resultado foi encontrado por Dornellas (2010), que realizou um estudo para verificar o uso de prótese de membro inferior e o retorno ao trabalho de amputados por acidente de transporte e associou a baixa taxa de retorno também ao baixo nível de instrução e qualificação.

De acordo com Toldrá *et al.* (2010), 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 RP para além do que é feito no programa da Previdência Social e da clássica reabilitação clínica oferecida em diferentes serviços de saúde, mas, também, considerá-la como um processo dinâmico de atendimento global do trabalhador que deve envolver as empresas no processo de prevenção, tratamento, reabilitação, readaptação e reinserção no trabalho.

Além das variáveis de influência citadas, como a faixa etária e nível de instrução dos trabalhadores em relação à reinserção, destes, no mercado de trabalho, as características sócio-demográficas e profissionais dos trabalhadores também são pontos de grande importância durante o processo. A gama de variáveis possibilita a diversidade no grau de sucesso do PRP, dentre elas destacam-se natureza e gravidade das lesões, do tempo para sua recuperação e de um conjunto de esforços do trabalhador, em processo de readaptação, da cooperação e integração e qualidade da equipe de readaptação da empresa e da

Previdência Social, e da capacidade de mobilização destes atores sociais para que consigam criar ou adaptar atividades e postos de trabalho compatíveis à nova condição biopsicossocial. Neste caso, é fundamental o apoio dos colegas de trabalho e seu(s) superior(es) hierárquico(s) no acolhimento do readaptado. Em outras palavras, o principal objetivo e o sucesso do programa de readaptação é a real (re) inserção dos trabalhadores.

As propostas desse programa são de extrema importância para o desenvolvimento social e econômico populacional. Mas sabe-se que a questão da reinserção no mercado de trabalho envolve várias vertentes que precisam estar muito bem articuladas para conseguirem o alcance do êxito, que incluem fatores individuais e envolvem questões física, psíquicas e sociais, além de fatores externos que envolvem questões empresariais, legais e governamentais. Com os dados encontrados nas estatísticas nacionais, pode-se sugerir que em algum momento as articulações entre as partes envolvidas não estão surtindo efeito e é essa resposta que esta pesquisa busca, pois o fato de conseguir um posto de trabalho não significa necessariamente a reinserção do deficiente no mercado de trabalho.

Apesar das limitações encontradas nesta pesquisa, que serão discutidas posteriormente, este estudo coletou dados de suma importância. Estes permitiram conhecer o perfil dos acidentados amputados, além de verificar o retorno ao mercado de trabalho, sendo esses dois pontos essenciais para a realização de outros estudos sobre o tema, além de críticas e sugestões voltadas a um sistema que, aparentemente, não está agindo de uma forma totalmente eficaz, como será mostrado.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Estudar as características sócio-demográficas e profissionais de segurados amputados vítimas de acidente de trabalho, inscritos na Reabilitação Profissional do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) do município de Campinas-SP no período de 2007/2012.

2.2 ESPECÍFICO

- Estudar as características dos acidentes de trabalho;
- Avaliar a reinserção no mercado de trabalho formal dos trabalhadores com seqüela permanente;
- Verificar os fatores de sucesso e insucesso do programa de reabilitação profissional;
- Discutir a importância da prótese como parte do processo de reinserção profissional.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, quantitativo, realizado junto ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), localizado no município de Campinas-SP, durante o ano de 2012.

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO

O desenvolvimento deste trabalho ocorreu no Setor de Acidente de Trabalho do INSS de Campinas. Inicialmente foi convocada uma reunião para apresentar o tema a ser pesquisado e solicitar autorização da direção para a realização da pesquisa com os prontuários que se encontravam arquivados no local, com o compromisso de manter em sigilo todas as informações individuais coletadas e utilizar também de maneira reservada os dados no presente trabalho.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A escolha da população de estudo se deu pelo fato do INSS conceder órtese e/ou prótese para que os acidentados, vítimas de amputação, possam ter mais independência e, conseqüentemente, retomar as atividades rapidamente.

Os dados foram coletados através de um levantamento de informações contidas nos prontuários dos amputados por acidente de trabalho (B-94) que passaram pelo setor de

reabilitação profissional nos anos de 2007 a 2012, onde se incluem os que receberam órtese e/ou prótese, mas não necessitaram realizarem o programa para a readaptação profissional (habilitados). O total de casos coletados no INSS foi de 42 acidentados, porém, foram excluídos dois prontuários por apresentar dados incompletos ou ausentes. Os segurados procediam dos seguintes municípios: Americana, Campinas, Cosmópolis, Hortolândia, Indaiatuba, Morungaba, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antônio da Posse, São Paulo, Sumaré, Valinhos e Vinhedo.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser vítima de AT grave
- Ter sofrido amputação devido ao AT
- Ser segurado do INSS à época do AT
- Inscritos no setor de Reabilitação Profissional
- Ter recebido órtese e/ou prótese
- Receber o auxílio B-94

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Trabalhadores vítimas de AT sem amputação
- Trabalhadores vítimas de AT com amputação, aposentados por invalidez
- Ausência dos dados necessários no prontuário

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP e aprovado sob o número 1151/2011.

3.7 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

3.7.1 Coleta dos dados

Após a aprovação da direção do INSS de Campinas-SP e do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP, iniciou-se a coleta de dados. A duração foi de dez meses, com o começo em Outubro de 2011 e o término em Agosto de 2012. A escolha do período de 2012 a 2007 deveu-se ao seguinte fator: no projeto inicial, a proposta era fazer uma pesquisa quali-quantitativa, com os dados dos prontuários dos dois últimos anos (2012 e 2011) e uma possível entrevista posteriormente com os trabalhadores amputados vítimas de acidente de trabalho. Porém, o contato direto com os segurados participantes do programa de RP para aplicação do questionário qualitativo não foi autorizado pela instituição previdenciária. Desta forma, a pesquisa limitou-se à análise dos dados quantitativos dos prontuários dos segurados participantes do programa em 2011 e seguiu-se, até o ano de 2007. Os dados referentes ao ano de 2012 foram coletados no decorrer da pesquisa de campo, de acordo com a entrada do prontuário no setor de acidente de trabalho do INSS. Os anos de 2012, 2011 e 2010 foram os que mais tiveram entregas de órteses e próteses, enquanto que para os anos anteriores foram apontadas dificuldades administrativas.

A busca dos prontuários se deu através do próprio sistema do INSS, onde uma funcionária interna que tinha acesso às informações buscou os dados referentes aos registros dos acidentados de acordo com o tipo de benefício recebido (B-94) e, através dos números de prontuários que o sistema forneceu, era feito a procura dos mesmos nos arquivos da instituição pela pesquisadora. Através do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) foram colhidas as informações referentes ao vínculo atual dos amputados com a Instituição, a fim de verificar dados relacionados à inserção desses indivíduos no mercado de trabalho formal.

3.7.2 Variáveis estudadas

As variáveis estudadas foram obtidas através das informações contidas na ficha de avaliação do INSS, cujos itens são:

- Variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, local de domicílio, estado civil)
- Variáveis relacionadas com o Acidente de Trabalho (ramo de atividade da empresa, município, ocupação, Data do Acidente de Trabalho, tipo de atividade exercida durante a ocorrência do AT, parte do corpo atingida, objeto auxiliar utilizado, data de solicitação, data de recebimento)
- Variáveis relacionadas com o Programa de Reabilitação Profissional do INSS (parecer médico, data de início e final do programa, conclusão do programa)

- Variáveis relacionadas com o trabalho (ocupação após AT, exigências da função, situação de trabalho atual)

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados neste estudo foram compilados e analisados no programa Epi-Info 6.04. A estatística descritiva foi demonstrada através de gráficos e tabelas, feitos no programa Microsoft Office Excel 2007. Para caracterizar as variáveis relacionadas ao ramo da atividade econômica e a ocupação, utilizou-se a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.0) (2007) e a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (2002), respectivamente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta população de estudo foi observada a predominância de adultos jovens, principalmente na faixa etária de 18 a 34 anos, como mostra a Figura 3.

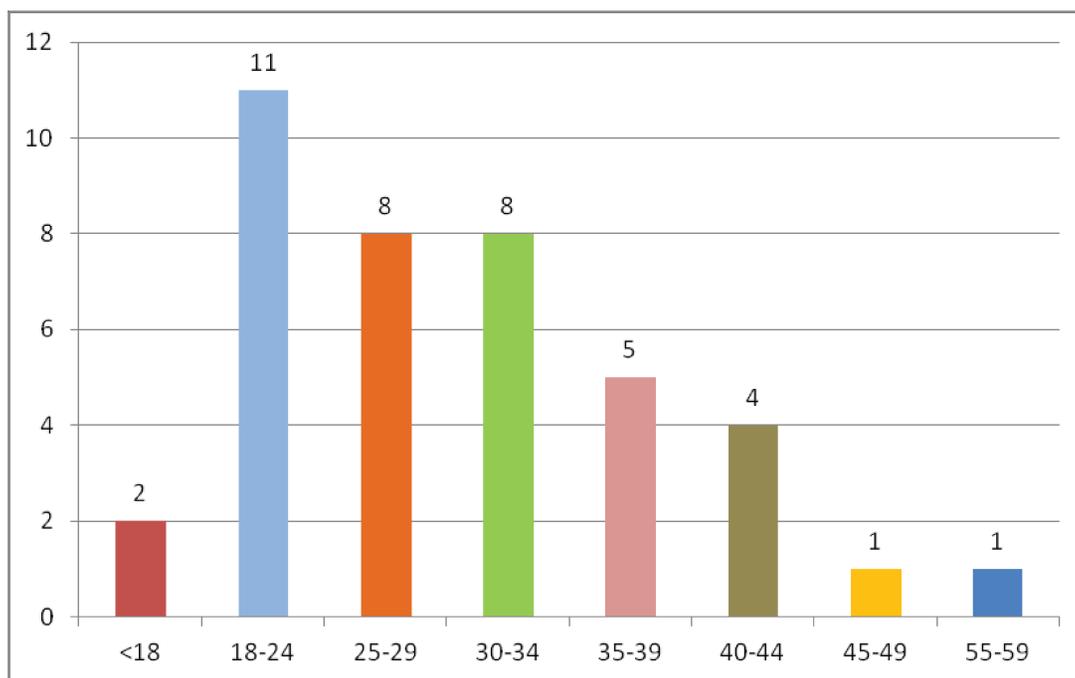


Figura 3 - Distribuição da população de estudo por idade

A maioria dos indivíduos era do sexo Masculino, casados e de baixa escolaridade (Tabela 1), o que se assemelha com as estatísticas encontradas por Cabral (2007), relacionadas à amputação por acidente de trabalho. Uma das possíveis explicações para a alta prevalência masculina deve-se ao fato dos homens estarem mais envolvidos em atividades de maior risco de acidentes, o que naturalmente leva a maiores ocorrências

(Almeida; Barbosa-Branco, 2011). Estas características são pontos que influenciam negativamente quando se visa o retorno ao trabalho pelo fato da maioria desses trabalhadores serem pais de família e estarem no auge da produtividade, o que gera importantes consequências econômicas e sociais (SANTANA *et. al.* 2003).

A mudança no estilo de vida causada pela amputação de membros pode levar ao surgimento do quadro de ansiedade gerado pela incerteza do futuro, tristeza, depressão, dores crônicas e alteração do esquema corporal constantemente, principalmente por ser sempre lembrado pelos olhares das outras pessoas ditas normais. Isto ocorre, sobretudo, entre jovens e adultos jovens quando vítimas de amputações traumáticas em que os sintomas de ansiedade são exacerbados e há maior risco de desenvolver depressão (GIURIOLO, 2009).

Tabela 1 Distribuição dos dados sociodemográficos dos trabalhadores amputados, vítimas de acidente de trabalho. Campinas/SP, 2007 a 2012

Variáveis sociodemográficas	N	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	37	92,5
Feminino	3	7,5
<i>Idade</i>		
< 18	2	5
18 – 29	19	47,5
30-39	13	32,5
40-49	5	12,5
50-59	1	2,5
<i>Situação Conjugal</i>		
Casado/Unido	19	47,5
Solteiro	11	27,5
Separado	5	12,5
Sem informação	5	12,5
<i>Escolaridade</i>		
Sem escolaridade	1	2,5
Ensino Fundamental Incompleto	17	42,5
Ensino Fundamental Completo	12	30
Ensino Médio Incompleto	2	5
Ensino Médio Completo	5	12,5
Ensino Superior Completo	2	5
Sem informação	1	2,5
Total	40	100

Outra característica importante relacionada aos aspectos sociodemográficos é a questão do nível de escolaridade e qualificação. Com a competitividade do mundo atual, a qualificação profissional é imprescindível para a inserção no mercado de trabalho, pois quanto mais baixa for a qualificação técnica do indivíduo, menores serão as chances do mesmo ser alocado em novos tipos de trabalho (SELANDER, 2002). Apesar das empresas

oferecem vagas destinadas aos deficientes, as exigências para conseguir alcançar a mesma fazem com que as vagas fiquem ociosas devido à falta de qualificação.

Sabe-se que os trabalhadores com menor nível de escolaridade tendem a sofrer lesões mais graves e de difícil recuperação, como, por exemplo, as amputações (SANTOS, 1990). Esse quesito dificulta tanto a reinserção no mercado de trabalho quanto a própria RP, uma vez que para a participação dos segurados na maioria dos cursos oferecidos se faz necessário, no mínimo, a conclusão do ensino fundamental.

O trabalho de Vacaro e Pedroso (2012) mostrou que o grupo de menor nível de escolaridade da sua população de estudo, participante do PRP, apresentou dificuldade para a realização dos cursos devido ao fato da maioria ser semianalfabeto, tendo que primeiro aumentar o nível de escolaridade para, posteriormente, oferecer alguma outra atividade. E isso faz com que haja um aumento no tempo de participação no programa, que é outro fator determinante para o sucesso. Os autores encontraram uma importante relação entre o tempo de participação no PRP e o sucesso do mesmo. Quanto maior for o tempo de participação menor será a sua taxa de sucesso, com uma variação de 72,4% de sucesso em até um ano de participação e de 24,7% após o quinto ano.

Nos casos dos participantes dessa pesquisa, existe um fator que aumenta ainda mais o tempo de participação no programa, que é o período de espera para o recebimento do recurso auxiliar de locomoção. A justificativa pela demora se dá pelo fato da aquisição de órtese e prótese serem feitas através de licitações, que são compostas por várias etapas. Nesse estudo, a média do tempo de entrega foi de 16,9 meses.

A utilização da prótese é uma das fases mais importantes para a reabilitação do paciente no mundo social e laboral, pois com ela poderá retomar algumas das atividades que fazia antes de amputação. O principal objetivo do uso é melhorar a qualidade de vida, minimizando as incapacidades e desvantagens de quem teve um sentimento profundo ao ser privado de um membro (SILVA, 2006). Mas sabe-se que a reabilitação de amputados engloba vários outros aspectos que vão além da concessão de próteses. Marques (2006) diz que quando a demanda da protetização trás de forma inconsciente a demanda da restauração da perna perdida, ela está fadada ao fracasso.

A demora na entrega das órteses e próteses pode implicar diretamente na dificuldade de adaptação dos indivíduos com as mesmas, pois o longo período de espera faz com que exista uma debilidade física e emocional, fazendo com que o treinamento com a prótese se torne muito desgastante e desinteressante, principalmente em caso de amputação de membros inferiores, onde os indivíduos podem adquirir funcionalidade através de muletas ou se acomodar à cadeira de rodas (GIURIOLO, 2009). Neste estudo, a maioria dos acidentes acometeu o Membro Inferior Esquerdo (MIE) dos trabalhadores, como mostra a tabela 2.

Tabela 2 Distribuição da ocorrência de amputações segundo parte do corpo acometida, devido a acidente de trabalho. Campinas/SP, 2007 a 2012.

Parte do corpo acometida	N	%
<i>Membro Superior</i>		
Extremidade MSD	1	2,5
Extremidade MSE	1	2,5
MSD	3	7,5
MSE	3	7,5
<i>Membro Inferior</i>		
Extremidade MID	1	2,5
Extremidade MIE	2	5
MID	9	22,5
MIE	19	47,5
<i>Outros</i>	1	2,5
Total	40	100

A maioria dos amputados (95%) utilizam prótese como recurso auxiliar de locomoção, os dois indivíduos que utilizam órtese sofreram amputações de menor comprometimento funcional, como as de dedos, por exemplo. Apesar de existirem casos de amputação que não gera consequências tão representativas em aspectos funcionais, esses indivíduos são classificados como deficiente, em um mesmo nível de outros com sequelas mais significativas. Isso gera outro problema relacionado com a inserção no mercado de trabalho, onde as empresas procuram justamente esses indivíduos deficientes que não apresentam sequelas funcionais para compor seu quadro de vagas destinadas a lei de cotas (GUEDES, 2013). Nesse contexto, Lara e Althaus (2010) afirmam que não há uma preocupação com a empregabilidade da pessoa com deficiência física, e sim, há

preocupação em cumprir a legislação da maneira mais facilitada e conveniente para a empresa. Não se deve esperar equidade do mercado de trabalho, pois o mesmo visa apenas à eficiência econômica (LIMA, 2008).

Os dados encontrados em relação à ocupação dos amputados por AT vão de acordo com os dados publicados por Souza et al. (2008), que analisou os acidentes de trabalho em um serviço e verificou que a maioria dos trabalhadores que sofreram amputação era da Produção de Bens e Serviços Industriais.

Tabela 3 Distribuição dos Acidentes de Trabalho, segundo tipo de ocupação, em Campinas e região, 2007 /2012.

Ocupação*	n	%
Técnico de nível médio	5	12,5
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	24	60
Trabalhadores de serviços administrativos	2	5
Trabalhadores dos serviços, vendedores e comércio em lojas e mercados	5	12,5
Trabalhadores em serviço de reparação e manutenção	3	7,5
Sem informação	1	2,5
Total	40	100

*Segundo a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO)

O Ramo de atividade em que mais ocorreu AT com amputação o de Indústria de transformação (30%), seguido do ramo de Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas (20%). Este último merece uma atenção especial, pois de acordo com os dados divulgados no plano nacional de saúde 2012-2015, esse é o subsetor de atividade econômica que gerou mais registros de AT no ano de 2009, ficando em primeiro lugar nas

estatísticas referentes a acidentes típicos e acidentes de trajeto, representado 12,3% e 19,2%, respectivamente. Nas doenças de trabalho, ficou em segundo lugar, com 11,0% (Brasil, 2011).

Tabela 4 Distribuição dos Acidentes de Trabalho, segundo ramo de atividade, em Campinas e região, 2007/2012.

Ramo de atividade*	n	%
Administração pública, defesa e seguridade social.	1	2,5
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação.	1	2,5
Atividades administrativas e serviços complementares	3	7,5
Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas.	8	20
Construção	3	7,5
Eletricidade e gás	2	5
Indústria de transformação	12	30
Outras atividades de serviços	1	2,5
Saúde humana e serviços sociais	1	2,5
Transporte, armazenagem e correios.	5	12,5
Sem informação	3	7,5
Total	40	100

* Segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE)

Ao verificarem-se os tipos de acidentes de trabalho, constou-se a ocorrência de 24 acidentes típicos – sendo que 18 indivíduos estavam em seus postos de trabalho e 6 estavam fora do seu lugar de trabalho – 10 acidentes de trajeto e 6 prontuários não continham informações sobre este dado (Tabela 5). Esse quadro mostra duas questões que necessitam ser ressaltadas: o fato da ocorrência de acidente fora da função exercida e a falta de registros adequados para a geração de informações. O desvio de função é uma característica relacionada à organização do trabalho que está vinculada ao risco de AT, pela

falta de treinamento para exercer a função na atividade em que o trabalhador foi colocado e à saúde mental desses indivíduos, que podem sentir-se pressionados pela situação, obrigado a agir por seus próprios meios e adaptar-se obrigatoriamente ao conteúdo da tarefa, o que gera o sentimento de estar sendo "usado", injustiçado, dividido, tendo que ser flexível e polivalente (MENDES, 2007).

A falta de informações dos registros é uma questão que precisa ser questionada, tendo em vista que as ações de saúde públicas são geradas a partir de dados que são coletados e registrados, se faz necessário uma melhor avaliação desse quadro para não ocorrer uma subestimação de um fato que, talvez, se vier a ser abordado de uma maneira objetiva, pode contribuir bastante para a melhora das estatísticas relacionadas ao tema.

Tabela 5 Distribuição dos tipos de Acidentes de Trabalho dos amputados segurados do INSS de Campinas-SP, no período de 2007/2012.

Tipo	Acidente	
	<i>n</i>	%
Típico	24	60
Trajeto	10	25
Sem informação	6	15
Total	40	100

Atualmente, a questão da inclusão está sendo cada vez mais divulgada, tanto em meios científicos quanto nas mídias em geral (rádio, televisão, redes sociais, etc.). A exposição dessa realidade que está bastante presente no dia a dia do Brasil deveria gerar um retorno positivo para a sociedade, mas algumas vezes a abordagem não é feita de uma maneira séria, responsável e consciente, o que faz a questão se tornar um modismo de pouca representação social, com muitas pessoas falando sobre o assunto, mas com pouca compreensão sobre a dimensão do significado do mesmo (ARANHA, 2001). Por outro lado, existem as políticas públicas que atuam com o objetivo de promover essa inclusão social dos deficientes através de leis - apesar de não explicitar de forma clara a necessidade de reconstrução do espaço social para atender às necessidades de todo e qualquer segmento populacional (OLIVEIRA; GOULART JUNIOR; FERNANDES, 2009) e do programa de reabilitação profissional.

A inserção no mercado de trabalho de indivíduos com deficiência é uma política pública instaurada a partir da lei de cotas. Apesar de ser uma garantia e haver incentivos fiscais, há um empecilho cultural e estrutural decorrente da falta de políticas internas nas empresas que beneficie essa parcela da população, da precarização e/ou mesmo a ausência de estrutura física que garanta a acessibilidade e conseqüente inclusão destes (TANAKA; MAZINI, 2005). Neri, Carvalho e Costilla (2002) afirma que parte da eficácia da política de cotas ainda não tem sido alcançada em virtude de fatores como: a competitividade exacerbada no mercado de trabalho, as taxas em geral baixas de oferta de emprego no setor formal, e também a falta de informação dos empregadores acerca da deficiência. O desinteresse e incompetência dos órgãos responsáveis pela reabilitação e reinserção dos

trabalhadores estão intimamente relacionados a uma legislação falha que incentiva a reintegração, mas não cria mecanismos necessários para que haja efetivação. A ineficiência do Estado em fornecer educação básica de qualidade para a sociedade como um todo gera consequências em várias esferas sociais, inclusive junto aos PPD.

Estes continuam marginalizados pelo mercado altamente competitivo, visto que as leis de cotas atendem de maneira mais efetiva quem possui um nível escolar mais avançado. Existe outro fator que se relaciona com a questão levantada e necessita de uma abordagem bastante ampla e delicada. As empresas são pressionadas pela legislação a contratar pessoas deficientes para preenchimento das vagas destinadas a essa parcela da população. Este fato fez com que se criasse um verdadeiro sistema de procura por “melhor deficiente” ou “menos deficientes”, visando o preenchimento de vagas com pessoas que não tem alterações funcionais significativas, que não gere nenhum tipo de transtorno para a empresa e ela, conseqüentemente, mostra para os órgãos responsáveis que, de fato, estão com as vagas preenchidas, isentando-se assim de cobranças e multas. As empresas não estão dispostas a modificar sua estrutura física para receber os deficientes, em um estudo realizado em 2003 pela Universidade de Rutgers (EUA), que mostrou que o segundo motivo mais comum para a não contratação de pessoas com deficiência foi o medo do custo de instalações especiais (ONU, 2012).

A exposição anterior corrobora com o trabalho de Ramalho e Souza (2005), que fala sobre os vários fatores solucionadores do problema da inserção do deficiente físico no mercado de trabalho, como as leis que dão suporte aos deficientes físicos, a importância da tecnologia, a habilitação e reabilitação das PPD e sua capacitação para o mercado de

trabalho, a educação como elo principal, adequação ao meio ambiente, para tentarmos entender e conhecer um pouco mais sobre as dificuldades encontradas pelos deficientes físicos de entrar no mercado de trabalho.

É necessário ressaltar a questão da decadência da RP, que através de seu modelo atual, não consegue suprir as necessidades reais dos trabalhadores (TAKAHASHI, 2006). Quem é obrigada a se responsabilizar por toda a questão da (re) inserção no mercado de trabalho é a empresa (se houver vínculo) ou órgãos parceiros, que inúmeras vezes dão o treinamento, emitem o certificado de reabilitado e já considera o deficiente pronto para o seu reingresso. Não há uma abordagem satisfatória para mensurar, avaliar e solucionar os problemas relacionados aos traumas e sequelas causados pelo AT. Esse processo se limita em solucionar a questão visando apenas os aspectos biomédicos, sem observar os aspectos psicossociais, que tem uma grande importância no contexto em que o indivíduo mutilado se encontra, mas ficam perdidos em meio de uma visão de reabilitação bastante distorcida.

Os resultados desta pesquisa relacionados à reinserção no mercado de trabalho mostraram que de todos os amputados que fizeram avaliação no setor de reabilitação profissional, 28 estavam aptos para realização do programa e 12 não estavam. Desses 40, 26 estão no mercado de trabalho formal e 14 não estão, de acordo com os dados coletados pelo CNIS. Dos 26 indivíduos que estão empregados, 76,9% (20 trabalhadores) foram reabilitados e 23,1% (6 amputados) não participaram do PRP. Dos 14 indivíduos que estão fora do mercado de trabalho formal, 57,1% (8 amputados) passaram pelo PRP e 42,9% (6 amputados) não foram reabilitados (Figura 4).

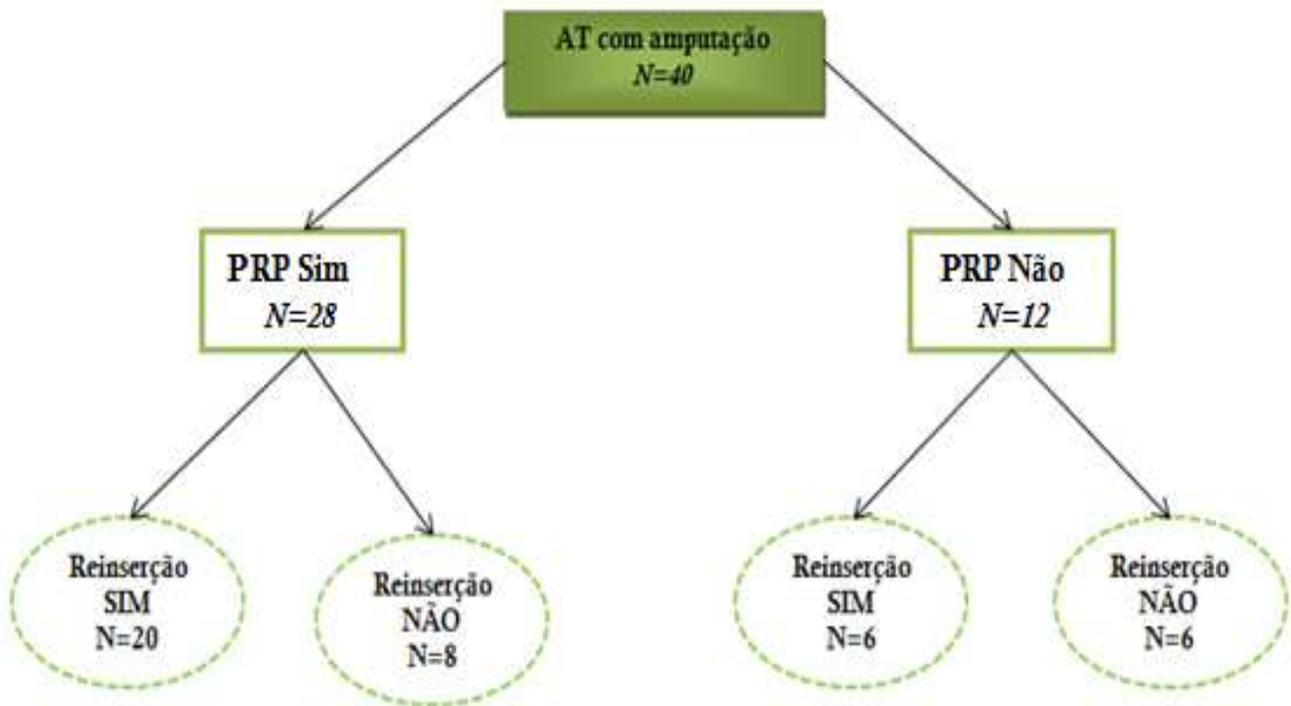


Figura 4 Fluxograma ilustrando a situação atual de trabalho dos amputados por Acidente de Trabalho que receberam órtese/prótese do INSS.

Apesar dos números desta população de estudo sugerirem uma boa taxa de reinserção no mercado de trabalho, sabe-se que a realidade é outra quando se trata de PPD. A Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) mostrou que no ano de 2010 apenas 306 mil dos vínculos empregatícios foram declarados como pessoas com deficiência e, desses, apenas 10,90% destes eram reabilitados.

Apesar da RAIS apresentar algumas limitações, como a qualidade de informações preenchidas pelas empresas, ela constitui uma das principais fontes de informação sobre o mercado de trabalho formal, apresentando uma história de dados bem consolidada e de qualidade, capaz de subsidiar diagnósticos e fundamentar políticas públicas, tanto nos aspectos do setor privado, quanto do setor público, permitindo aos gestores atuar sobre cenários desfavoráveis, em busca de uma maior equidade social (RAIS, 2010).

Além das dificuldades já assinaladas no processo de reinclusão, segundo Bravo (2012) de acordo com a sua experiência no serviço de RP do INSS, aponta a elevada incidência e prevalência de trabalhadores/segurados com longos períodos de afastamento do trabalho; a descrença dos médicos peritos com relação aos médicos assistentes em geral (SUS, convênios, etc.); o critério de incapacidade institucional que dificulta o enfoque preventivo que se pretende; o afastamento prolongado, sem uma intervenção paralela que mobilize recursos psíquicos reconstrutivos e criativos, para contrapor à crescente diminuição da autoestima do trabalhador, o que gera uma dependência cada vez maior do benefício previdenciário; os sentimentos de desvalorização dos reabilitados e das pessoas com deficiência que dificultam a superação da incapacidade/deficiência; a Instituição (INSS) vista como opositora; a maioria das empresas não oferecem funções compatíveis e nem são acolhedoras; o medo de demissão no retorno à empresa; a reestruturação produtiva dos diversos setores de trabalho; a baixa eficiência na intervenção dos fatores geradores dos agravos à saúde dos trabalhadores e as limitações para identificação de funções compatíveis.

Além disso, a dificuldade também pode partir das condições psíquicas e de instrução do próprio amputado. Faz-se necessário saber das reais expectativas objetivas e subjetivas dos segurados em relação ao retorno para o mercado de trabalho. Como a maioria dos acidentes ocorre com pessoas de baixa escolaridade e, conseqüentemente, com empregos de salários baixos, muitos deles não conseguem ou não têm interesse em voltar a trabalhar, uma vez que o valor do benefício muitas vezes é superior ao que recebiam antes do acidente.

Questiona-se análise pré concebidas, como a expressa por Vacaro e Pedroso (2011), sobre o desinteresse do segurado em retornar ao trabalho, além do apego ao benefício, tais como: frustração oriunda da ocupação que exerce ganhos secundários, execução de outra atividade de forma autônoma associada, vínculo "fantasma" comumente denominado, quando, na verdade, torna-se vinculado à empresa apenas para ter direito ao benefício.

Por outro lado, Giuriolo (2009) assinala que os benefícios previdenciários e as aposentadorias apresentam relevância nas rendas mensais dos deficientes, mas não garantem o sustento. Isso faz com que se busque complemento da renda mensal através de empregos informais. A questão da informalidade só se justifica numa Sociedade que remunera mal seus trabalhadores ou não cria condições que lhes garantam inserção na formalidade.

A resolução do problema para a (re) inserção do deficiente físico na sociedade e no mercado de trabalho deve partir da mobilização de todos os atores sociais, profissionais de saúde, trabalhadores e empregados, o que não é uma tarefa fácil considerando-se que o assédio moral nos locais de trabalho, a baixa qualificação dos trabalhadores em um

mercado cada vez mais competitivo e excludente. Neste sentido, as ações afirmativas inclusivas, que considera o trabalhador reabilitado elegível para o preenchimento da lei de cotas para as pessoas com deficiência, minimiza a discriminação. As ações do poder judiciário e Ministério Público também têm contribuído para diminuir os preconceitos e desrespeito aos trabalhadores e pessoas com deficiência.

5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Nesse estudo foi possível caracterizar os indivíduos e ressaltar a importância dos processos que norteiam a questão e os aspectos necessários para formar-se uma sociedade inclusiva. O trabalho foi realizado com dados dos prontuários da população de estudo que, juntamente com as informações coletadas no levantamento bibliográfico, permitiram sugerir alguns questionamentos relacionados à reinserção no mercado de trabalho.

Uma das limitações deste estudo se deu em consequência da impossibilidade de entrevistas para compor um estudo qualitativo, o que permitiria durante o diálogo com os amputados compreender melhor os aspectos subjetivos e psicossociais relacionado com o processo de reabilitação e as dificuldades de reinserção social e no mercado de trabalho destes trabalhadores, vítimas de acidentes de trabalho.

A taxa de reinserção, quando comparada ao cenário nacional, foi expressiva, mas poderia ser mais fidedigna à realidade se fossem levados em conta os vínculos empregatícios informais. A coleta através do CNIS mostra apenas a situação dos trabalhadores inseridos no mercado formal.

Um ponto importante a se destacar, que diz respeito ao retorno ao trabalho dos deficientes, é a abrangência de vários fatores relacionados com a possibilidade ou não de reinserção: questões individuais, sociais, econômicas e governamentais. O que se observa é a falta de integração dos atores e instituições envolvidas, o que culmina no insucesso do retorno, comprovado pelas estatísticas brasileiras que mostram um baixo número de deficientes empregados atualmente.

Questiona-se também o papel do PRP em relação à assistência dada aos segurados do INSS, pois ficou evidente que sua atuação realizada de maneira distante ou, até mesmo, pouco eficiente não supre as necessidades desses indivíduos, que vão muito além de recebimento de recursos auxiliares de locomoção (órtese e prótese), recursos financeiros e implementos profissionais. O modelo atual do programa necessita de urgente reformulação para conseguir realizar o que é dito como objetivo, e ainda dar conta de uma demanda que cresce anualmente e que possa garantir um serviço de qualidade para essa parcela da população que necessita de serviços e políticas públicas eficazes para a real reinserção social e no mercado de trabalho os segurados com incapacidade permanente.

Outro aspecto importante que interfere na readaptação profissional é o nível de escolaridade e qualificação profissional dos acidentados. Assim como os dados encontrados nesta população de estudo, as estatísticas nacionais mostram que grande parte dos trabalhadores vítimas de AT tem baixo nível de escolaridade. Apesar das empresas serem obrigadas a destinar vagas para deficientes, eles não estão conseguindo preenche-la devido a crescente exigência de mão de obra cada vez mais qualificada no mercado de trabalho formal.

A questão de acessibilidade ao local de trabalho também se torna um empecilho, pois há resistência por parte das empresas em realizar reformas para readaptar sua estrutura física, fazendo com que o acesso seja mais fácil apenas para os deficientes com poucas limitações. Os trabalhadores mais qualificados e, portanto mais produtivos são os mais visados pelas empresas para contrato, pois além de preencherem as vagas destinadas às cotas, não diminuirão os resultados esperados.

Verifica-se então a necessidade de ações públicas voltadas para a conscientização relacionada ao potencial do deficiente, contrapondo-se ao preconceito em relação às pessoas com deficiência para o real aproveitamento de suas potencialidades.

Todos os pontos enfatizados no presente trabalho trazem algum benefício específico para a sociedade. Entretanto, percebeu-se que nem sempre há uma harmonia entre o idealizado e o realizado por cada um, fazendo com que os deficientes sofram consequências que vão além da mutilação física e mental, como uma grande discriminação e a falta de oportunidade de reinserção no mercado e reintegração social. Este estudo aponta as necessidades de realização de mais pesquisas sobre o tema, que envolvam todos os atores sociais das instituições envolvidas, em um processo de integração em trabalho interprofissional não somente da reabilitação profissional, mas das ações de prevenção ao acidente de trabalho.

6 REFERÊNCIAS

Almeida, PCA; Barbosa-Branco, A. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 24, Dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000200003&lng=en&nrm=iso> acesso em 02 Set 2012.

Amaral, LA. **Pensar a Diferença/Deficiência**. Brasília, CORDE, 1994.

Amiralian, MLT *et al* . Conceituando deficiência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 1, Feb. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso 26 Set. 2012.

Aranha, MSF. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, Ano XI, n. 21, p. 160-173, 2001. Disponível em: <<https://cape.edunet.sp.gov.br/textos/textos/11.doc>>. Acesso em: 13 Set. 2012.

Bechtold, PB; Weiss, SLI. **A inclusão das pessoas com necessidades educacionais especiais no mercado de trabalho**. Monografia apresentada ao curso de especialização em psicopedagogia do Instituto Catarinense de Pós Graduação. Santa Catarina, 2005. Disponível em <<http://www.ufpe.br/ce/images/.../pdf/incluso20pnee20mercado20trab1.pdf>>. Acesso 28 Set 2012.

Bernardo, DL. **Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BRASIL. **Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991**. Brasília, DF: 1991. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8213.htm>>. Acesso em 10 nov. 2012.

BRASIL. Ministério Da Previdência Social. **Manual técnico de atendimento na área de Reabilitação Profissional**. 3ª ed. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social,2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde - PNS 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação brasileira de ocupações**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/index.htm>>. Acesso em: 30 maio 2011.

Bravo, E. **Aspectos da inclusão dos reabilitados e da pessoa com deficiência**. 1º seminário da saúde e segurança do trabalhador com deficiência na indústria da construção pesada. São Paulo, SP, 2012.

Cabral, LH. **Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem quali-quantitativa**. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

Cannalunga, LS. **Reabilitação Profissional**. Projeto Pró-Reabilitação do Centro Brasileiro de Segurança e Saúde Industrial - CBSSI, 2009. Disponível em <http://www.proreabilitacao.com.br/papo&cafezinho/leila-silva-cannalunga/reabilitacao-profissional>. Acesso em 20 Out 2012.

Cerignoni, FN; Rodrigues, MP. **Deficiência: uma questão política**. São Paulo: Editora Paulus, 2005.

Cestari, E; Carlotto, MS. Reabilitação profissional: o que pensa o trabalhador sobre sua reinserção. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, abr. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 out. 2012.

CNBB, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. **Fraternidade e Pessoas com Deficiência**. Manual 2006, Campanha da Fraternidade. São Paulo: Salesiana, 2005.

Costa, HJ. **Manual de Acidente do Trabalho**. Juruá Editora. Curitiba. 2009; 4ª edição.

Dornelas, LF. Uso da prótese e retorno ao trabalho em amputados por acidente de transporte. **Acta Ortop. Bras.** 2010; 18(4):204-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/aob/v18n4/06.pdf>. acesso em 14 set. 2011

Fernandes, SMBA, Medeiros, SM., Ribeiro, LM. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. 2008;10(2):414-427. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>. Acesso em 12 Out 2012.

Ferreira, ÂM. O Trabalho, a Habilitação e a Reabilitação Profissional no âmbito da Previdência Social. Instituto de Estudos Previdenciários, 2009. Disponível em <http://www.ieprev.com.br/conteudo/id/12899/t/o-trabalho,-a-habilitacao-e-a-reabilitacao-profissional-no-ambito-da-previdencia-social>. Acesso em 13 Out 2012.

Fonseca, RTM. **O Trabalho protegido do portador de deficiência.** Campinas, 2000. Disponível em http://www.ibap.org/ppd/artppd/artppd_ricardofonseca01.htm. Acesso em 23 Set 2012.

Fontoura, DS. **Inserção de Pessoas Portadoras de Deficiência no Mercado de Trabalho.** Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24935/000592771.pdf?sequence=1>. Acesso em 05 Set 2012.

Garcia Júnior, AC. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores na indústria do vestuário em Colatina - ES.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santos, 2006.

Giuriolo, GG. **Os elementos sócio-educativos que configuram a (re)inserção profissional de pessoas com amputação de membros.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS, 2009

Guarino, P; Chamlian, TR; Masiero, D. Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores. **Acta Fisiátrica.** 2007;14:100-3.

Farias, N; Buchalla, CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, June 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Sep. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.

Guedes, J. Muito além da cota. Rede Saci - Usp legal. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://saci.org.br/?modulo=akemi¶metro=37311>. Acesso em 03 Abr 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**, Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religio_D_eficiencia/tab1_3.pdf. Acesso em 20 Out 2012.

Lara, R; Althaus, AP. A inserção da pessoa com deficiência física no mercado de trabalho nas empresas da grande Florianópolis.. In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7., 2010, Unesp Franca. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112010000100021&lng=en&nrm=abn>. Acesso em 24 Nov. 2012.

Lima, MRR. A Efetivação da Cidadania para a Pessoa com Deficiência no Mercado de Trabalho: Discriminação, Desafios e Conquistas. Poliarquia - Revista de Estudos Políticos e Sociais do Centro Universitário UNIEURO. Brasília, v. 1, n. 1, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.unieuro.edu.br>> Acesso em 12 Out 2012.

Maeno, M; Vilela, RAG. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, Junho 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Set 2012.

Maeno, M; Takahashi, MAC; LIMA, MAG. Reabilitação profissional como política de inclusão social. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 53-58, jun. 2009. Disponível em <http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/39E4973BA3321B80F37D9B55F63ED8B8/Acta_16_2_53_58.pdf>. Acesso em 19 Out 2012

Mahayri, N. **Desafios da reabilitação profissional para o Século XXI; estudo dos fatores prognósticos para a reabilitação profissional de segurados incapacitados para o trabalho, com doenças crônicas da coluna vertebral, encaminhados pela perícia**

médica do INSS para Programa de Reabilitação Profissional, por acidente do trabalho ou doença comum, no período de 1993 a 1997, em Campinas-SP. Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2004.

Marques, CA. **Implicações políticas da institucionalização da deficiência.** Educ. Soc., Campinas, v. 19, n. 62, abr. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000100006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 22 set 2012.

Marques, ST. Quando a prótese não é uma muleta - um estudo psicanalítico sobre a experiência da amputação e reconstrução do corpo. Dissertação apresentada a Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0410564_06_pretextual.pdf. Acesso em 30 set 2012

Maywald, CG; Rodrigues, L. As perspectivas dos segurados atendidos pelo Programa de Reabilitação Profissional quanto à re-inserção ao mercado de trabalho. SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 1., 2010, Franca. **Periódico online.** Unesp Franca, Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112010000100023&lng=en&nrm=abn>. Acesso 26 Set. 2012.

Ministério da Previdência E Assistência Social (MPAS). **Anuário Estatístico da Previdência Social.** Brasília, v. 19, 2010. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_111202-105619-646.pdf. Acesso em 23 ago 2012

_____. **Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho 2011.** Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1546>>. Acesso em 23 ago 2012.

_____. **Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho 2009.** Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1209>. Acesso em: 11 set 2011.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (MTE). **Guia de Análise Acidentes de Trabalho 2010.** Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/geral/guia-de-analise-de-acidentes.htm>. Acesso em: 11 set 2011.

Mottin, R.. **Reabilitação profissional: reinserção do trabalhador Amputado no mercado de trabalho**. Monografia apresentada à Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça, 2008.

Neri, M.. **Retrato da deficiência no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2003. Disponível em <[www.fgv.br/cps/deficiencia br/inicio.htm](http://www.fgv.br/cps/deficiencia_br/inicio.htm)>. Acesso em 20 Out de 2012.

Neri, M.; Carvalho, A P.; Costilla, HG. Políticas de cotas e inclusão trabalhista de pessoas com deficiência. Ensaio Econômico da EPGE/FGV, Rio de Janeiro, v. 462, 2002. Disponível em: <http://www.epge.fgv.br/portal/arquivo/1310.pdf>. Acesso em: 13 Set. 2012

Oliveira, LH; Silva, PMB; Palazi, EJ. Inserção de portadores de deficiências nas empresas: um estudo exploratório em Minas Gerais. In: Seminários em administração FEA USP,10, 2007, São Paulo. **Anais do IV Seminário Internacional.Sociedade Inclusiva**.São Paulo: USP, 2007.

Oliveira, MA de; Goulart Junior, E; Fernandes, JM.. Pessoas com deficiência no mercado de trabalho: considerações sobre políticas públicas nos Estados Unidos, União Europeia e Brasil. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 15, n. 2, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382009000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 12 set 2012.

Organização Mundial da Saúde, CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003

_____. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** – 10a Revisão (1995). 2^a ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Organização das Nações Unidas. **A ONU e as pessoas com deficiência**. Disponível em <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-com-deficiencia/>. Acesso em 20 Out 2012.

_____. **Convenção Interamericana para Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência**, 2001. Disponível em <http://www.ampid.org.br/Docs_PD/Convencoes_ONU_PD.php>. Acesso em 20 Out 2012.

Ramalho, EC, Souza, JB. Dificuldades da Inclusão do Deficiente Físico no Mercado de Trabalho. **Rev. Científica Eletrônica de Ciências Contábeis**. Ano IV, Número 08. Outubro/2006. Disponível em <<http://www.revista.inf.br/contabeis08/pages/artigos/cc-edic08-anoIV-art03.pdf>>. Acesso 23 set 2012.

RELAÇÃO ANUAL DE INFORMAÇÕES SOCIAIS. **Características do Emprego Formal segundo a Relação Anual de Informações Sociais - 2010**. Disponível em <http://www.mte.gov.br/rais/2010/arquivos/Resultados_Definitivos.pdf>. Acesso em 20 Out 2012.

Ribeiro, RPD; Lima, MEA. O trabalho do deficiente como fator de desenvolvimento. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 13, n. 2, set. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172010000200004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 31 nov. 2012.

Rosin-Pinola, AR; Silva, CP da; Garbulho, NF. Implicações psicossociais para o acidentado de trabalho reinserido no mercado de trabalho e desempregado. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 53-62, dez. 2004.

Sampaio, RF *et al.* Implantação de serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 28-34, 2005.

Santana, VS *et al.* Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Abr. 2003 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000200015&lng=en&nrm=iso. acesso em 13 set. 2011.

Santana, VS *et al.* Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, dez. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700007&lng=pt&nrm=iso. acesso em 13 set. 2011.

Santos, CB; Kehdi, DN; Garbin, DG; Machado, ÉP; Osés Lassa, MP; Velloso, MLS; Silva, MC; Espósito, SP; Costa, HR. Caracterização dos acidentes graves de trabalho. **Rev Bras Saude Ocup.** 1990;18(71):32-45.

Scaranello, AFS. **O serviço social na reabilitação do INSS: a experiência da agência da Previdência Social de São José do Rio Preto - SP** [dissertação]. Franca: Universidade Estadual Paulista; 2006.

Schmidt, MLG. Algumas reflexões sobre a influência de aspectos de organização do trabalho na gênese de um acidente de trabalho. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 7, ago. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000300012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 set. 2012.

Scomparim, M. A eficácia da redução da jornada laboral como forma de viabilizar o surgimento de novos postos de trabalho. **Rev. Eletrônica de graduação do Univem**, Marília, v. 01, n. 1, 2008. Disponível em <<http://revista.univem.edu.br/index.php/REGRAD/article/view/44/71>>. Acesso em 10 Out. 2012.

Sêcco, IAO *et al.* Acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores de hospital universitário da região sul do Brasil: epidemiologia e prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, Out. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500005&lng=en&nrm=iso>. acesso em 04 Set. 2012.

Selander, J. *et al.* Return to work following vocational rehabilitation for neck, back and shoulder problems: risk factors reviewed. **Disability and Rehabilitation**, v. 24, n. 14, 2002. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12396655>. acesso em 07 set 2012

Silva, APMC. Amputação e reabilitação: estudo dos aspectos psico-legais do sujeito com amputação. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa/Portugal, 2006. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/925>. Acesso em 12 set 2012.

Souza, MAP *et al.* Acidentes de trabalho envolvendo mãos: casos atendidos em um serviço de reabilitação. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 15, n. 1, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502008000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Ago. 2012.

Tanaka, EDO; Manzini, EJ. O que os empregadores pensam sobre o trabalho da pessoa com deficiência?. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 11, n. 2, Ago. 2005. Disponível

em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382005000200008&lng=en&nrm=iso. acesso em 04 Set. 2012.

Takahashi, MABC. **Incapacidade e Previdência Social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990**. Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciência Médica da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.

Takahashi, MABC; Canesqui, AM. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, out. 2003. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500026&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 16 ago. 2012.

Takahashi, MABC *et al.* Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, Jun 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 ago 2012.

Toldrá, RC *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. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, Jun 2010 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100003&lng=en&nrm=iso. acesso em 04 Ago. 2012.

Trivellato, GC. **Metodologias de reconhecimento e avaliação qualitativa de riscos ocupacionais**. São Paulo: Fundacentro, 1998.

Vacaro, JEV; Pedroso, FS. Desempenho dos segurados no serviço de reabilitação do Instituto Nacional de Seguridade Social. *Rev. acta fisiátrica*. São Paulo, v. 4. n. 18, Mar 2012. Disponível em << http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=16>> Acesso em 15 Set 2012.

Watanabe, M. **A. reabilitação é possível: um estudo de caso de uma empresa de economia mista.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration on occupational health for all.** Geneva, 1994. Disponível em http://www.who.int/occupational_health/en/ohdeclaration94e.pdf. Acesso em 15 ago 2012.

ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1 NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:
.....BAIRRO: CIDADE.....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1 TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “O uso de prótese e a reinserção no mercado de trabalho de trabalhadores vítimas de acidente de trabalho grave”

2 PESQUISADORA : Samantha Hasegawa Farias

CARGO/FUNÇÃO: .Aluna de pós-graduação do Mestrado em Saúde Coletiva

UNIDADE: Faculdade de Ciências Médicas

3 AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

4 DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. Não há benefício direto para o (a) senhor (a), mas sim sua colaboração para aumentar o conhecimento sobre o retorno gerado pelo programa de Reabilitação Profissional, bem como a entrevista não envolve nenhum tipo de risco. Trata-se de uma pesquisa para verificar o retorno ao mercado de trabalho dos trabalhadores que sofreram acidente de trabalho grave e já estão protetizados. Não haverá nenhuma despesa ou compensação financeira.

O (a) senhor (a) deverá responder um questionário sobre algumas informações pessoais, a ocorrência do acidente, o processo de protetização, reabilitação e, se for o caso, o retorno ao trabalho.

O senhor (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a fisioterapeuta Samantha Hasegawa Farias e orientador é o Dr. Sérgio Roberto de Lucca, que pode ser encontrado no endereço: Rua Vital Brasil, nº 100 – Prédio CIPOI – Área Saúde do Trabalhador, Barão Geraldo – Campinas, SP, CEP: 13083-888, Telefone: (19) 32894738. Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Distrito de Barão Geraldo, Campinas – SP, CEP: 13083-887, Telefone: (19) 3521-8936.

O (a) senhor (a) pode se recusar ou deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros entrevistados, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. O (a) senhor (a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Eu acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "O uso de prótese e a reinserção no mercado de trabalho de trabalhadores vítimas de acidente de trabalho grave".

Eu discuti com a pesquisadora executante Samantha Hasegawa Farias e/ou Dr. Sérgio Roberto de Lucca sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Assinatura do participante

Data ____ / ____ / ____

.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

Anexo 2



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

CEP, 22/11/11
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 1151/2011 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 1044.0.146.000-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "O USO DE PRÓTESE E A REINserÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO DE TRABALHADORES VITIMAS DE ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Samantha Hasegawa Farias

INSTITUIÇÃO: INSS – Instituto Nacional de Seguro Social (Seção de Saúde do Trabalhador)

APRESENTAÇÃO AO CEP: 09/11/2011

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/11/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II – OBJETIVOS.

Verificar a eficácia da reinserção no mercado de trabalho de trabalhadores protetizados, devido a acidentes de trabalho, inseridos no programa de reabilitação profissional.

III – SUMÁRIO.

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, quali-quantitativa, destinada a coleta de informações a respeito de aspectos sociodemográficos dos sujeitos descritos acima, verificação do percentual de indivíduos reinseridos e levantamento de possíveis fatores de sucesso e insucesso do programa de reinserção. O estudo será realizado no INSS de Campinas-SP, durante o ano de 2012, através do levantamento de informações contidas nos prontuários dos amputados por acidente de trabalho (B-94) nos anos de 2010 a 2011 e que tenham passado pelo programa de reabilitação profissional. A ficha de avaliação de prontuário deverá cobrir os seguintes aspectos: dados pessoais (gênero, idade, escolaridade, etc.), dados da empresa (ramo de atividade, endereço, etc.), situação funcional (ocupação e tempo de atividade anterior e atual), descrição da função, histórico do afastamento, material/máquina/equipamento de trabalho, condições ambientais, exigências da função, riscos e avaliação do potencial laborativo. Além disso, os profissionais do Centro de Reabilitação Profissional serão convidados a participar de uma entrevista para verificação da eficácia do programa de reinserção.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.

Trata-se de trabalho relevante e plenamente justificado que conta com a anuência dos responsáveis pelas instituições proponentes, metodologia adequada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está claro, não envolve risco ou desconforto para os participantes e que não viola a autonomia destes, nem o sigilo a cerca de suas identidades.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

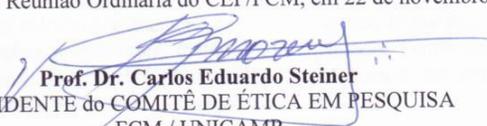
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de novembro de 2011.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Anexo 3

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

O USO DE PRÓTESE E A REINSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO DE TRABALHADORES VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRABALHO GRAVES

Prontuário: _____

IDENTIFICAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Nome:	Data de nascimento: _________
Gênero: () Masculino () Feminino	
Município:	
Escolaridade: () Sem escolaridade () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Sem resposta	
Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) ou com companheiro(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () Sem resposta	
Composição familiar: () Nº de filhos maiores () Nº de filhos menores () Nº de dependentes () Outros	

DADOS DA EMPRESA

Nome:
Cidade/Estado:
Ramo de atividade (CNAE): () indústrias extrativas () atividades imobiliárias () indústrias de transformação () atividades profissionais, científicas e técnicas () eletricidade e gás () atividades administrativas e serviços complementares () água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação () administração pública, defesa e seguridade social () construção () educação () comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas () saúde humana e serviços sociais () transporte, armazenagem e correio () artes, cultura, esporte e recreação () alojamento e alimentação () outras atividades de serviços () informação e comunicação () serviços domésticos () atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados () organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais

DADOS DO ACIDENTE DE TRABALHO

Ocupação (CBO): () Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares () Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes () Profissionais das ciências e das artes () Técnicos de nível médio () Trabalhadores de serviços administrativos () Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados () Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca () Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais () Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais () Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção
DAT: _________ Ocorrência do AT: () função exercida () desvio de função () acidente de trajeto () sem resposta

Região de amputação:			
<input type="checkbox"/> MMSS	<input type="checkbox"/> MII	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MID
<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MIE	<input type="checkbox"/> Extremidade MSD	<input type="checkbox"/> Extremidade MID
<input type="checkbox"/> Extremidade MSE	<input type="checkbox"/> Extremidade MIE	<input type="checkbox"/> Extremidade MSE	<input type="checkbox"/> Sem resposta
Objeto auxiliar: <input type="checkbox"/> Órtese <input type="checkbox"/> Prótese		Data de solicitação: _________	Data de recebimento: _________
Elegível para RP? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Início RP: _________	Alta RP: _________
Conclusão da RP:			
<input type="checkbox"/> Retorno para a mesma função	<input type="checkbox"/> Negócio próprio	<input type="checkbox"/> Função compatível de menor complexidade	<input type="checkbox"/> Abandono
<input type="checkbox"/> Função compatível de maior complexidade	<input type="checkbox"/> Em RP	<input type="checkbox"/> Mudança de função	<input type="checkbox"/> Sem resposta
Troca de prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Solicitação de troca: _________	Recebimento de troca: _________

EXIGÊNCIAS DA NOVA FUNÇÃO

Nova Ocupação (CBO):				
<input type="checkbox"/> Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares	<input type="checkbox"/> Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes	<input type="checkbox"/> Profissionais das ciências e das artes	<input type="checkbox"/> Técnicos de nível médio	
<input type="checkbox"/> Trabalhadores de serviços administrativos	<input type="checkbox"/> Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	<input type="checkbox"/> Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	<input type="checkbox"/> Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	
<input type="checkbox"/> Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	<input type="checkbox"/> Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	
Esforço físico:	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Sem resposta	
Trabalha em ritmo:	<input type="checkbox"/> Lento	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Elevado	
<input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Sem resposta	Movimentos mais exigidos:		
<input type="checkbox"/> Dedos	<input type="checkbox"/> Coluna	<input type="checkbox"/> Mãos/Braços	<input type="checkbox"/> Pés/Pernas	
<input type="checkbox"/> Bimanual	<input type="checkbox"/> Duas ou mais opções	<input type="checkbox"/> Sem resposta	Posições necessárias:	
<input type="checkbox"/> Em pé	<input type="checkbox"/> Subindo	<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> Em altura	<input type="checkbox"/> Andando
<input type="checkbox"/> Equilibrando	<input type="checkbox"/> Agachado	<input type="checkbox"/> Empurrando	<input type="checkbox"/> Deitado	<input type="checkbox"/> Carregando
<input type="checkbox"/> Sem resposta	Utilização da visão: <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Sem resposta			

SITUAÇÃO ATUAL DE TRABALHO

<input type="checkbox"/> Sem vínculo empregatício
<input type="checkbox"/> Com vínculo empregatício