

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA
XVII CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO
TRABALHO

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL EM
TRABALHADORES MUTILADOS

FLORIANÓPOLIS
2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA
XVII CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO
TRABALHO

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL EM TRABALHADORES
MUTILADOS

Monografia apresentada como
requisito para obtenção do título
de especialista em Medicina do
Trabalho.

Orientador: Prof°
Rafael Murilo Digiácomo
Coordenador: Prof° Sebastião Ivone

Vieira

ADEMIR LUIZ DE NARDI

FLORIANÓPOLIS
2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA
XVII CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

Reabilitação Profissional em Trabalhadores Mutilados
Autor: Ademir Luiz De Nardi

Parecer:

Conceito:

Banca:

Sebastião Ivone Vieira
Presidente

Jorge da Rocha Gomes
Membro

Ivo Medeiros Reis
Membro

Octacílio Schüler Sobrinho
Membro

Prof°. Dr. Rafael Murilo Digiácomo
Orientador

Florianópolis, agosto de 2001

Dedicatória

Por acreditar na capacidade dos homens dedico este trabalho a todos aqueles que me fazem crer todos os dias, de várias formas, que somos uma raça superior e em constante evolução para um mundo mais justo e igualitário. Que a dor nos faça crescer, a desesperança nos encoraja e as dificuldades sejam degraus na busca da perfeição.
Deus.

Agradecimentos

A todas as pessoas que de uma forma ou de outra possibilitaram a realização deste trabalho cujos nomes ficam em minha memória e a gratidão em meu coração. Em especial ao Sr. Arysinaldo por ter vislumbrado em mim um médico do trabalho, acreditando no meu potencial; à Dora e Sarita, mais que colegas de trabalho, verdadeiras amigas que me apóiam e torcem pelo meu sucesso profissional; a Sônia, mulher dedicada, amorosa, compreensiva, e meu ponto de segurança e equilíbrio e ao Bernardo, meu amado filho, por fazer tudo valer a pena.

Sumário

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	6
RESUMO:	7
ABSTRACT:.....	8
1 INTRODUÇÃO	9
2.REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 NÍVEL DE AMPUTAÇÃO DE MEMBROS.....	10
2.1.1 AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR.....	11
2.1.2 AMPUTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR.....	13
2.2 ORGANIZAÇÃO DO CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.....	14
3 MATERIAL E MÉTODOS	15
3.1 MATERIAL	16
3.2 MÉTODO	16
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	17
4.1 INCIDÊNCIA DE MUTILAÇÃO	17
4.1.1 MEMBRO ACOMETIDO E PROTETIZADO	17
4.1.2 SEGMENTOS DA ECONOMIA	17
4.1.3 SEXO	18
4.1.4 IDADE.....	18
4.2 DINÂMICA DO CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.....	19
4.3 TEMPO DESPENDIDO PARA REABILITAÇÃO.....	20
CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

Lista de Ilustrações

Quadro	1	Número de próteses concedidas no - período 1996 - 2000	12
Tabela	1	Tabela comparativa entre o número - de amputados e os diversos setores da economia	12
Gráfico	1	Número de próteses concedidas em - relação ao membro amputado	13
Gráfico	2	Número de amputados quanto ao - sexo	13
Gráfico	3	Distribuição da idade dos - pacientes submetidos a reabilitação pós - amputação de membro	14
Gráfico	4	Tempo decorrido desde a admissão - no Centro de Reabilitação Profissional até seu desligamento	14

Resumo:

As mutilações e seus efeitos sobre o homem e a sociedade vem sendo estudadas em análises isoladas por uns poucos idealizadores que vêem neste fato algo de profunda relevância.

O estudo que segue tem como principal objetivo uma análise contemporânea sobre o problema, no que se refere ao trabalhador vitimado por uma mutilação e sua jornada na busca pela sua reabilitação e reinserção no mercado de trabalho. Em análise retrospectiva de cinco anos realizada no centro de Reabilitação Profissional de Florianópolis, fica constatada a dificuldade no manejo das vítimas de mutilações, seja no âmbito médico, fisioterápico, psicológico e sociológico e o baixo número destas que reintegram-se ao mercado de trabalho.

Palavras - chave: mutilação; amputação; reabilitação.

Abstract:

The mutilations and their effects on the man and the society has been studied in isolated analyses by some few idealizwereis that they see in this fact something of deep relevance. The study that proceeds has as main objective a contemporary analysis on the problem, in what refers to the worker sacrificed by a mutilation and his day in the search for his rehabilitation and reinsertion in the job market. In retrospective analysis five years old accomplished in the center of Professional Rehabilitation of Florianópolis the difficulty is verified in the victims' of mutilations handling, be in the medium extent, psychological and sociological and the low number of these that are reinstated in the job market.

Key-words: amputation; mutilation; rehabilitation.

Introdução

O Brasil é um país em desenvolvimento em praticamente todas as áreas e no sentido mais amplo da palavra. Os princípios fundamentais de direitos e deveres regidos pela constituição nem sempre são aplicados de forma igualitária a todos os cidadãos. Isso posto, leva-nos a entender o porquê de uma estratificação social tão aberrante. Temos em nosso país um desnível muito acentuado entre os que detêm o poder e o capital, que representam uma minoria e os menos afortunados, que perfazem a esmagadora maioria da população. Entre estes dois extremos encontramos uma classe média achatada cada vez mais e que luta entre si para a sobrevivência numa sociedade cada vez mais competitiva. Para sermos mais claros, façamos um paralelo entre o que significa uma mutilação de um membro para indivíduos que pertencem a estas distintas classes sociais.

Quando alguém que pertence a classe mais elevada sofre uma amputação, mesmo que grave do ponto de vista funcional, poucas modificações trarão no seu status o qual poderá, dada a natureza intelectual de suas atividades, ser mantido sem maiores problemas, pois sua capacidade intelectual não sofrerá interferência.

O mesmo não se aplica a um mutilado da classe média que na maioria das vezes mescla atividade intelectual e física em igual proporção. Algum grau de incapacidade física poderá diminuir sua liberdade de locomoção ou habilidade no trabalho levando-o a mudança de atividade e de emprego, influenciando diretamente no lado econômico e por conseqüência o lado psicológico tornando-o ansioso, inseguro e deprimido.

Para o indivíduo da classe menos favorecida, em que o trabalho braçal se faz quase sempre presente, o problema é sentido mais intensamente. E nesse nível, no qual o pão de cada dia é o objetivo principal da sua atividade laborativa, onde temos o maior prejuízo causado por uma mutilação.

É notório neste país não termos dados estatísticos fidedignos para quantificarmos a extensão de qualquer problema. Não há registros informando o número de pacientes mutilados para cálculos de custos para os cofres públicos nem para a criação de leis que apontem e deleguem responsabilidades e punam quem as desobedeçam.

No aspecto psicológico também notamos variações de resposta frente a uma mutilação. Não há uma relação direta

entre a extensão da perda e a dificuldade psicológica encontrada, onde pequenas perdas podem ocasionar grandes conseqüências psicológicas. A idade em que ocorre a amputação também influencia a maneira de aceitá-la e na adaptação a nova situação de vida, onde um adolescente que tem um membro amputado poderá desenvolver uma não aceitação de sua imagem pois nesta fase da vida o apelo ao físico é maior. Em contrapartida um idoso que sofre de doença aterosclerótica poderá obter alívio da dor ou até salvar-lhe a vida como tratamento definitivo de uma gangrena, levando-o a uma situação de conforto.

Pelo que já foi exposto, torna-se óbvio que o tratamento de um mutilado é no mínimo desafiador, não só pela multiplicidade de situações em que se envolvem os pacientes frente a sua nova condição de vida mas também pela complexidade de mecanismos usados para enfrenta-las e solucionar-las.

2.Revisão de Literatura

2.1 Nível de Amputação de Membros

Não há um fator a ser levado em conta, e sim vários, para se determinar o melhor nível de amputação de um membro. Seguiu-se um preceito básico que nível ótimo de amputação é o que atenda a etiologia e a necessidade de amputação, sendo o melhor possível para a aplicação de uma prótese funcional(1). Com o desenvolvimento tecnológico houve um melhoramento dos materiais a serem utilizados na confecção das próteses, um melhor conhecimento da biomecânica dos membros e o conceito citado anteriormente, vem sendo alterado, acreditando - se atualmente que qualquer nível de amputação pode ser protetizado com eficiência (2).

Por este conceito fica claro que a reabilitação deve ser levada em consideração, antes mesmo da indicação de uma cirurgia de amputação, quando isso é possível. Não deve ser de forma alguma encarada como o término de um processo mas sim, o princípio de uma nova fase que, se de um lado mutila a imagem corporal, do outro elimina o risco de perder a

vida, dá alívio a sofrimentos intoleráveis e torna possível a liberdade de locomoção sem dor ou outros incômodos (1, 3, 4).

Existem três situações distintas que levam a uma necessidade de amputação, no que se refere a tempo de preparo do paciente. As **congênitas**, em que o paciente já nasce com a ausência de um membro ou parte dele e que se faz necessário um reparo cirúrgico em um simulacro de pé ou em uma perna atrofica e afuncional. Aquelas conseqüentes a **traumas violentos**, onde a vítima teve um membro dilacerado ou até separado de seu corpo no local do acidente, sendo muitas vezes submetido a procedimentos cirúrgicos de amputação em caráter emergente. Por fim, as decorrentes de **moléstias circulatórias, tumorais ou infecciosas**, nas quais frente a uma situação irremediável há tempo para um melhor preparo cirúrgico e psíquico. Em todas as situações a reabilitação física, psíquica, social e profissional devem ser no mínimo lembradas (1,3).

O cirurgião para não incurrir em possibilidade de erro, muitas vezes escolhe um nível de amputação mais distal ao processo que originou sua indicação, perdendo aí a chance de uma boa reabilitação. Tal atitude deve ser condenada, pois trata-se de profissional habilitado a exercer uma tarefa, devendo fazê-la a pleno (4).

2.1.1 Amputação de Membro Inferior

O nível de amputação é fator importante para a adaptação de uma prótese funcional e reabilitação satisfatória, assim como técnicas de reconstituição do coto que devem ser esmeradas para criar praticamente um novo órgão, o coto de amputação (1, 3).

Amputação de artelhos causam poucas perturbações marcha e não necessitam adaptação de próteses. Calçados ortopédicos especiais ajudam a melhor deambulação (1, 2, 3).

Amputação transmetatarciana são difíceis de aparelho com próteses, sendo mais vantajosas para pessoas que andam descalças. Sapatos ortopédicos não tem ponto de apoio e na fase de impulsão do passo a ponta dobra para cima, oferecendo forte pressão sobre a ponta óssea dos metatarcianos, produzindo ferimentos. Além disso, o coto é

pobre em cobertura de partes moles, favorecendo a dor e aparecimento de escaras (1, 2, 3, 6, 7).

Amputação através do tarso originam um coto extremamente curto, com grande desequilíbrio de forças com total predomínio da musculatura posterior (gastrocnêmio) levando ao equinismo. Estas amputações favorecem a possibilidade de "pé doloroso", dificultando a marcha. As próteses modernas podem ser confeccionadas a esse nível, permitindo a adaptação de sapatos comuns. Não raro os pacientes submetidos a amputação a esse nível são submetidos a cirurgias corretivas do equinismo, algumas vezes com artrose tíbio-társica, para posteriormente receberem a protetização (1, 2, 3, 6).

Desarticulações do tornozelo não são indicadas pois é muito difícil a colocação de próteses e os cotos resultantes são extremamente dolorosos (1, 2, 3, 6).

Amputação transmaleolar tipo Symes é um tipo de amputação de nível baixo que está sendo usada com bons resultados para quem irá ou não usar prótese. Esse nível oferece apoio terminal efetivo, permitindo deambulação sem calçado ou prótese, usando como coxim de amortecimento a pele e gordura do calcanhar, bem adaptada para essa função. É excelente nível de amputação para protetização, a marcha é quase sempre perfeita e as complicações são mínimas (1, 2, 3, 6).

Amputações do terço inferior da perna geralmente não dão bons resultados pois apesar da boa alavanca, nesse nível a irrigação do sangue não é boa, devido a escassez de tecido muscular, originando freqüentemente úlceras de difícil tratamento (1, 2, 3, 6).

Amputações ao nível do terço médio da perna, desde o seu limite com o terço superior até o limite com o terço inferior são bons para protetização. A obtenção de massa muscular para revestir a ponta do coto e a possibilidade de obter ótima alavanca para mover a prótese tornam esse nível satisfatório. Amputações com a preservação de no mínimo seis centímetros de tibia, removendo-se a fíbula, ainda permitem o uso de próteses sem a necessidade de usar joelheira de fixação (1, 2, 3, 6).

Desarticulação do joelho que antigamente era condenada, passou para o status de um bom nível de amputação. Não há a necessidade de apoio na tuberosidade isquiática, podendo ter um encaixe flexível na parte proximal da prótese (1, 2, 3, 6).

Amputações acima do joelho oferecem um maior grau de dificuldade para uma boa marcha do amputado. O comprimento ideal é de 30 a 36 centímetros abaixo do trocanter maior, podendo chegar a um mínimo de 12 centímetros abaixo do trocanter para um encaixe com boa fixação (1, 2, 3, 6).

Desarticulações coxofemorais, quando necessárias, devem preservar o colo e a cabeça do fêmur, afim de evitar depressões que prejudicam o apoio da prótese. A área de contato da prótese com o corpo é grande, diminuindo um pouco a dificuldade na deambulação, melhorando a distribuição do peso sobre a mesma (1, 2, 3, 6).

A **hemipelvectomia**, em que a metade da bacia é retirada, o apoio se dá usando toda a superfície do abdômen e tórax, por vezes, até a axila é usada para descarregar o peso (1, 2, 3, 6).

2.1.2 Amputação do Membro Superior

No membro superior os movimentos são mais complexos que no inferior, no entanto segue um preceito básico que é o de preservar o coto mais longo possível para apoio e alavanca da prótese e para conservar movimentos essenciais como o de pronossupinação (1, 3, 8).

Amputação dos dedos da mão, ao contrário dos dedos dos pés, trazem limitação da função as vezes importantes, como é o caso da amputação de um polegar. O uso de próteses de polegar é possível e há alternativa de microcirurgia reconstrutiva com implante de substitutos do dedo polegar. Tendo em vista estas considerações, as amputações de dedos da mão devem ser o mais econômico possível, para possibilitar reabilitação adequada (1, 3, 8).

Amputações transmetacarpeanas servem apenas para oferecer apoio e não se prestam para uso de próteses, assim como as amputações transcarpeanas, sendo desaconselhadas quando se pensa em reabilitação (1, 3, 8).

Desarticulação radiocárpica, quando tecnicamente viável, pode ser realizada e o uso de prótese funcional é possível. A pronossupinação é da ordem de 50%, o que dará bom posicionamento do aparelho terminal, permitindo ainda o uso de mão mioelétrica (1, 8).

Amputação abaixo do cotovelo deve ser a mais econômica possível. Abaixo da inserção do bíceps já se obtêm um coto, que apesar de curto, poderá acionar e controlar melhor uma prótese mioelétrica, cujos sensores são colocados a esse nível. O nível dito ideal é entre o terço médio e o terço inferior do antebraço (1, 8).

Desarticulação de cotovelo é um tipo de amputação mais rara, porém oferece uma alavanca potente para controle de próteses que usam bloqueio manual em várias posições. O fator cosmético, quando não levado em consideração pelo paciente, é suplantado por adaptação de uma prótese funcional satisfatória (1, 8).

Amputação de braço tem como comprimento mínimo para uso de uma prótese funcional, 12 centímetros abaixo do acrômio. Amputações bem a este nível oferecem grau de dificuldade para movimentação da prótese, porém se conservarem um bom potencial muscular podem se beneficiar com uso de uma prótese mioelétrica (1, 8).

Desarticulação do braço sempre que possível deve ser evitada pois a ausência da cabeça do úmero traz deformidade acentuada do ombro e desvio da coluna vertebral, que dificultam o uso de prótese (1, 8).

Desarticulação escapular, apesar de muito mutilante, poderá receber prótese funcional que embora seja de difícil fixação, trazem movimentação satisfatória quando usados, por exemplo, cotovelo elétrico (1, 8).

2.2 Organização do Centro de Reabilitação Profissional

Os centros de reabilitação são compostos por uma equipe multidisciplinar, que deve ter no mínimo um médico fisiatra, um assistente social, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional que por sua vez pode ser enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social ou sociólogo, um psicólogo e um protético. Esta equipe é responsável em receber, recuperar e reorientar o mutilado em sua nova situação de vida (1, 3, 4).

O **médico fisiatra** é encarregado de fazer a anamnese, exame geral e exame especial, fazendo um diagnóstico correto da amputação quanto ao seu nível, bem como da etiologia do processo baseado nos dados recebidos ou relatados pelo paciente (1, 3, 4).

O **assistente social** procura estabelecer as condições socioeconômicas, sociofamiliares, pregressas de trabalho e de relacionamento com a comunidade (1, 3, 4).

O **fisioterapeuta** avalia a amplitude dos arcos de movimentos do coto, assim como as outras articulações de suporte e do membro são. Pesquisa o equilíbrio e a capacidade física em geral. Mede a força muscular de grupos musculares principais e a habilidade do paciente em mover-se sozinho, passando de uma cadeira de rodas para um colchão e vice-versa, mudar de posição sentada para a em pé e assim por diante (1, 3, 4).

O **terapeuta ocupacional** atua no caso de amputação de membro superior verificando o nível da amputação, o estado e a movimentação do coto, estabelecendo a dominância esquerda ou direita e testando as atividades do membro restante íntegro. Analisa ainda se o paciente tem capacidade para desenvolver sozinho as atividades da vida diária e desempenho funcional (1, 3, 4).

O **psicólogo** tem como atributos estabelecer um perfil psicológico do amputado determinando o quociente intelectual, sua personalidade e sua idéia de imagem corporal. Deverá também formar grupos de amputados, onde possam ser discutidos os problemas de cada um, estabelecendo assim, tratamento de apoio (1, 3, 4).

O **protético** deverá ter perfeito entrosamento com os vários componentes da equipe para que possa compreender o que se pretende obter em matéria de prótese, o que se espera em funcionalidade das mesmas e poderá discutir dificuldades técnicas que possam aparecer na confecção das peças (1, 3, 4).

Esta equipe deverá reunir-se após formulação dos relatórios individuais para estabelecer o programa de reabilitação. Tendo formado um retrato tridimensional do paciente onde todos os profissionais estejam a par da sua personalidade e particularidades, fica mais fácil o relacionamento e a orientação do tratamento (1, 3, 4).

3 Material e Métodos

3.1 Material

Em estudo retrospectivo, realizado através do levantamento aleatório de cem prontuários de pacientes atendidos no Centro de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), localizado na cidade de Florianópolis, no estado de Santa Catarina. Foram concedidas no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2000, um total de 373 próteses para segurados mutilados de membro inferior e superior, como parte do Programa de Reabilitação Profissional.

O referido centro acolhe pacientes encaminhados de todo o estado de Santa Catarina. Atualmente porém, ocorre um processo de descentralização e regionalização do atendimento ao paciente amputado, para reabilitá-lo o mais próximo possível de sua cidade de origem, sem os inconvenientes de transporte para longas distâncias, nem sempre disponíveis de maneira eficaz e confortável, mantendo o indivíduo mais próximo possível de sua família e comunidade, as quais têm papel definido e importante na reabilitação (1).

3.2 Método

Foram selecionados, de maneira aleatória, cem prontuários de pacientes mutilados atendidos pelo Centro de Reabilitação Profissional, localizado na Avenida Ivo Silveira - 1960 - Florianópolis - Santa Catarina, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2000 e que receberam prótese de membro superior ou inferior. Desta seleção foram apenas excluídos prontuários não corretamente preenchidos, incompletos e os ilegíveis.

Os casos foram analisados quanto ao membro mutilado, se superior ou inferior, não levando em consideração o nível da amputação nem a lateralidade. Outra variável foi os segmentos da economia a que pertencia o trabalhador, os quais foram divididos em cinco, quais sejam, agropecuária e pesca; construção civil; prestação de serviços e comércio; indústria (metalmecânica, têxtil, moveleira, dentre outras) e extrativismo mineral e vegetal. Estes grupos foram assim divididos, levando em conta, o local onde a atividade era exercida se na zona rural ou industrial e os meios utilizados para exercê-la se braçal, através de máquinas ou veículos por exemplo. A terceira variável foi relacionada ao sexo, masculino ou feminino e a quarta e última a idade em que o trabalhador foi vitimado por uma mutilação, sem

levar em consideração tempo de serviço ou experiência profissional.

4 Resultados e Discussões

4.1 Incidência de Mutilação

4.1.1 Membro Acometido e Protetizado

Do total de próteses concedidas ao segurado, 96% são para membro inferior, nos mais variados níveis de amputação e 4% para membro superior (*).

Estes números refletem um pouco a etiologia da amputação pois em acidentes automobilísticos, muito freqüente em nosso meio, os membros inferiores são sempre mais vulneráveis (1). Também um número maior de doenças infecciosas e circulatórias atingem, sem dúvida, esta porção do corpo com maior freqüência (4). Também devemos considerar que próteses para membro inferior diferem das do membro superior do ponto de vista biomecânico pois as articulações, movimentos e suas funções são muito mais simples de serem copiados e serem supridos pelas mesmas (1). A questão cosmética também é mais favorável uma vez que as vestes podem encobri-las e um tratamento a base de espuma pode dar textura e consistência próximas da pele, levando a uma maior aceitação do seu uso e uma maior procura pelo paciente cuja deambulação sem o uso de próteses é extremamente penosa (1, 3).

4.1.2 Segmentos da Economia

O serviço de reabilitação recebeu um número expressivo de mutilados do meio rural, vítimas de acidentes de trabalho, com 33% do total de pacientes (*). Isso talvez se deve a uma mecanização da lavoura, sem o adequado treinamento da mão de obra, mostrando a fragilidade deste setor no que diz respeito tanto a qualificação da mão de obra, onde se encontra baixos níveis de escolaridade aliados a jornadas de trabalho estafantes com implementos e utensílios agrícolas que deixam a desejar quanto a segurança coletiva e individual.

Cerca de 36% das mutilações são oriundas de acidentes de trânsito (*). Este dado vem reforçar a tese de que não basta aumentar a qualidade e número de itens de segurança nos veículos, se esses se envolvem em acidentes onde a velocidade elevada anula estes dispositivos, expondo o motorista e ocupantes a grande perigo. Leis mais rigorosas poderiam coibir este tipo de infração, diminuindo as estatísticas (7)

Construção civil com 19% e indústria metalmeccânica com 14% vem a seguir (*). O restante vem de outros segmentos da economia como o setor extrativista vegetal e mineral, comércio e prestação de serviços e finalmente por motivo de doença que culmine com a perda de um ou mais membros como oclusões vasculares causadas por diabetes e aterosclerose e infecções como osteomielites e neoplasias.

4.1.3 Sexo

O número de atendimentos foi muito superior no sexo masculino com 93% que no feminino com 7% dos casos (*). Pode-se atribuir tal discrepância nos números pelo tipo de atividade exercida pelo homem, muitas vezes braçal, considerada bruta e por demais penosa para mulheres. Outro fato que deve ser citado é que as mulheres são muito mais atentas e prudentes em suas tarefas que o homem. Doenças do aparelho circulatório também são mais freqüentes no sexo masculino, reforçando a estatística (1, 4).

4.1.4 Idade

A média de idade foi de 47 anos (*). Podemos imaginar o impacto que isso vem a trazer tanto para a economia como para a sociedade. Tal morbidade acomete trabalhadores em pleno gozo de suas capacidades física e mental. São trabalhadores que ainda dispõe de vigor físico e, mais importante, capacidade intelectual aliada a experiência de vida e profissional. Após o acidente ou doença que ocasionou mutilação, tal capacidade laborativa sofre sensível diminuição ou se anula, dependendo da gravidade. Muito dinheiro é investido na reabilitação, nem sempre bem sucedida, na indenização paga à vítima de acidente e em benefícios vitalícios que por ventura venha a receber. Em contrapartida a degradação social e econômica do indivíduo amputado é muito mais tirana e implacável.

4.2 Dinâmica do Centro de Reabilitação Profissional

Após passar por um avaliação médica inicial onde é colhida anamnese completa e exame físico minucioso, o mutilado é entrevistado por um assistente social que traça o perfil socioeconômico e estabelece a relação do paciente com a comunidade. Um psicólogo determina o quociente intelectual, personalidade e idéia de imagem corporal. Finalmente um fisioterapeuta avalia a parte física e habilidades do que restou do membro amputado e do membro são (*).

A equipe se reúne semanalmente para discussão de casos e estabelecer os que são elegíveis e os insusceptíveis para reabilitação.

Os **elegíveis** para a protetização e reabilitação são os que reúnem uma série de fatores que são preditivos para o êxito do programa. Dentre os principais destacam-se o vínculo empregatício que determina que após a reabilitação o mutilado possa voltar para a mesma ocupação ou nova ocupação na mesma empresa, sendo talvez o item mais importante para a reinserção no mercado de trabalho (*). Grau de escolaridade também vem a ser determinante na obtenção de uma vaga de trabalho. Indivíduos analfabetos ou com baixo grau de escolaridade, sem dúvidas ficam inferiorizados no cada vez mais disputado mercado de trabalho e, associarmos a isso, uma mutilação, praticamente eliminaremos as chances de disputa. Em trabalhadores de escolaridade elevada, onde o trabalho braçal é menor e o intelectual se sobrepõe, pouco perdem em valorização (1). Qualificação profissional que determina o nível de profissionalização do indivíduo e sua capacidade em adaptar-se a novas situações dentro de um setor de trabalho são de grande valia na obtenção de emprego (1, 3). A situação econômica do município ou região em que o amputado reside também é de grande influência no seu reingresso pois quanto mais restrito for o mercado de trabalho, menores as chances de alguém com limitações, as vezes importantes, obter emprego (*).

Os indivíduos amputados que não possuem características que os tornem aptos a receber a protetização e posteriormente serem encaminhados à reabilitação profissional, são considerados **insusceptíveis** à

reabilitação e mesmo após receber a prótese, que é um direito garantido por lei, são encaminhados para a aposentadoria (5). Não há registros estatísticos de quantos pacientes chegam ao final dessa árdua jornada que é a reabilitação e obtem colocação no mercado de trabalho, sabe-se apenas que é um número baixo, pois é característica do órgão público em questão, responsável pela reabilitação, receber pacientes na sua maioria pobres, com baixo grau de escolaridade, desqualificados profissionalmente e sem vínculo empregatício (4).

4.3 Tempo Despendido para Reabilitação

A média de tempo desde o ingresso do paciente no programa, até o seu desligamento que ocorre após a protetização e em alguns casos reabilitação profissional é de seis meses (*).

O tempo é considerado elevado e para isso existem inúmeras justificativas. Muitos pacientes vem de longas distâncias encaminhados para reabilitação, onde dependem de transporte, hospedagem e alimentação que devem ser viabilizados pelo centro, mas isso nem sempre é de maneira rápida. As licitações para obtenção de próteses apesar de serem consideradas ágeis para um órgão público, ainda deixam a desejar no que se refere a tempo. Uma demanda cada vez maior de pacientes também contribui para o esgotamento rápido de verbas públicas e sobrecarrega o serviço que perde em qualidade e agilidade. O processo de descentralização do serviço de reabilitação profissional, em andamento, pretende diminuir algumas dificuldades hoje enfrentadas, aumentando a rapidez e eficiência na reabilitação dos pacientes mutilados (*).

(*) Fonte: Centro de Reabilitação Profissional de Florianópolis.
Quadro demonstrando o crescimento do número de próteses concedidas entre os anos de 1996 a 2000.

ANO	Nº DE PRÓTESES
1996	38
1997	66
1998	71
1999	90
2000	108

Fonte: Centro de Reabilitação Profissional de Florianópolis

Tabela Comparativa entre o número de amputados e sua distribuição nos diversos setores da economia

Setores	Acidente no Local de Trabalho	Acidente de Trajeto	Doença Vascular, Neoplasia e Infecção
Agropecuária e Pesca	26	7	3
Construção Civil	15	4	-
Prestação de Serviços	6	13	1
Indústria Metalmeccânica, Têxtil, Moveleira	7	6	1
Extrativismo Mineral e Vegetal	5	6	-

Fonte: Centro de Reabilitação Profissional de Florianópolis

Gráfico demonstrando o número de próteses concedidas em relação ao membro amputado (*).

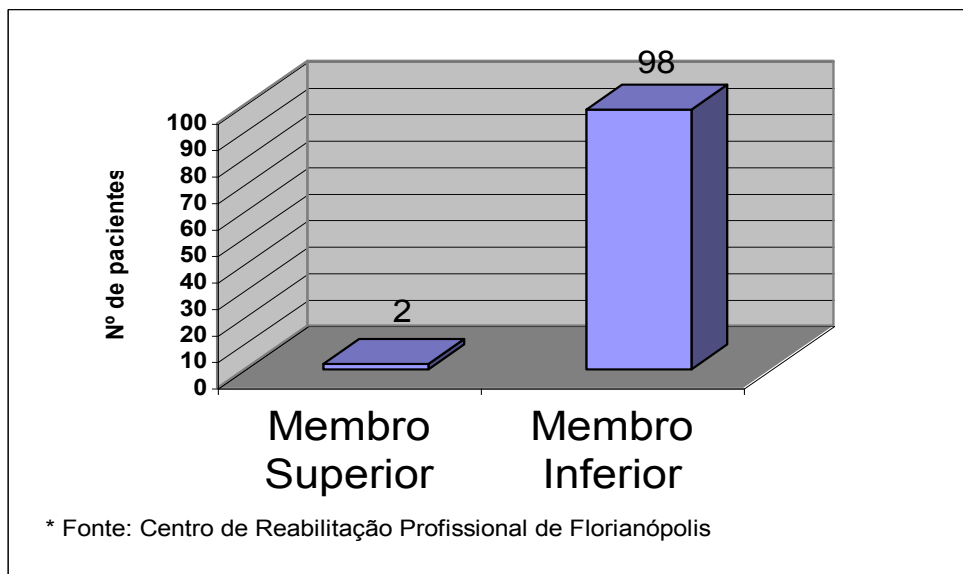


Gráfico de distribuição de números de amputados quanto ao sexo (*).

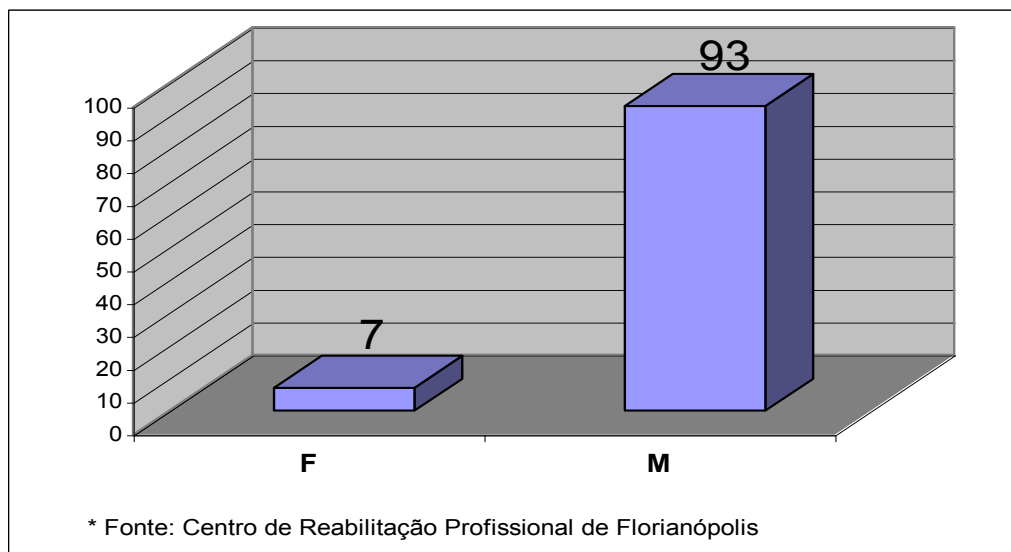


Gráfico de distribuição da idade dos pacientes submetidos à reabilitação pós- amputação de membro (*).

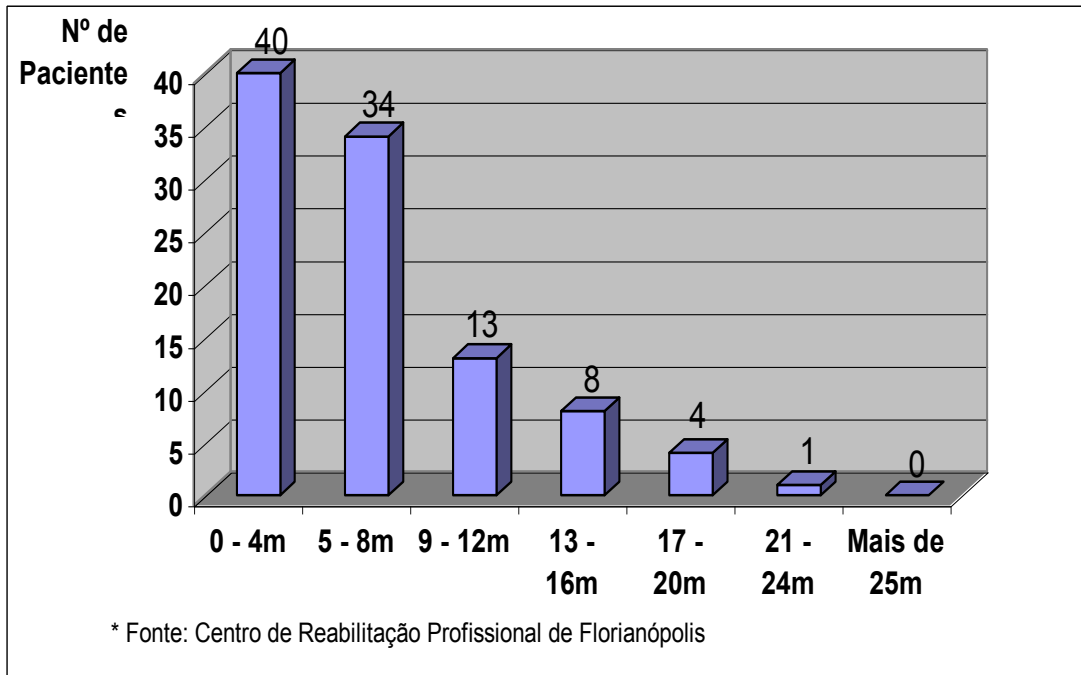
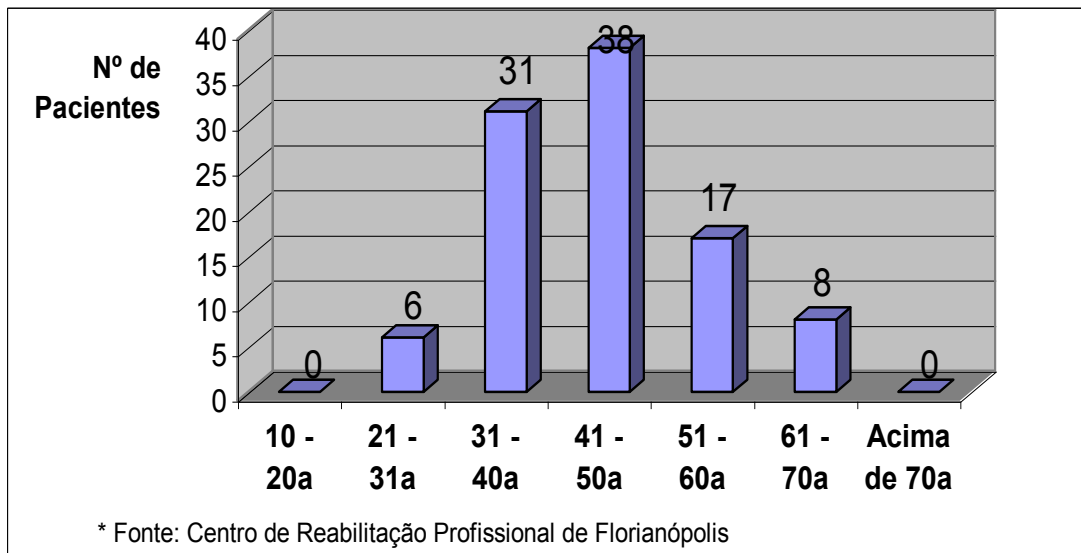


Gráfico demonstrando o tempo decorrido desde a admissão no Centro de Reabilitação Profissional, até seu desligamento (*).



Conclusão

A partir do momento em que um indivíduo sofre uma mutilação, ocorrem profundas alterações na sua personalidade e modo de vida, que refletem no convívio familiar, social e profissional.

O Centro de Reabilitação profissional reúne uma equipe de profissionais que, através de uma perfeita integração, trabalham objetivando a recuperação física, psicológica, sociológica e profissional do mutilado. No estado de Santa Catarina, o centro de referência na reabilitação profissional está localizado na cidade de Florianópolis e até dezembro de 2000, vinha atendendo a uma demanda cada vez maior de pacientes vítimas de amputação de membros.

O maior número de mutilados provém da zona rural, expondo a precariedade com que desenvolvem o seu trabalho em que, aliado ao despreparo técnico, temos o descaso dos órgãos de fiscalização quanto a jornada de trabalho e normas de segurança.

O número crescente de mutilados atendidos no centro de Reabilitação profissional, na sua grande maioria homens entre a terceira e quinta década de vida, ou seja, no auge da capacidade laborativa, representa um forte impacto na economia do estado pelo que deixam de produzir, além do alto investimento na sua reabilitação, nem sempre satisfatória no que se refere a retorno ao trabalho. Dificuldades administrativas como escassez de verbas públicas e licitações demoradas, associado às limitações dos pacientes como, baixo grau de escolaridade, desqualificação profissional e ausência de vínculo empregatício, fazem elevar o tempo despendido na reabilitação, que gira em torno de 6 meses, e diminuem as chances de reinserção no mercado de trabalho competitivo e cada vez mais restrito.

Por ser tecnicamente mais fácil a imitação de movimentos pela prótese, ser mais aceitável cosmeticamente e estritamente necessária para locomoção do indivíduo, a prótese do membro inferior foi a mais concedida pelo centro. Isso também é reflexo de ser o membro inferior o mais acometido por patologias vasculares e infecciosas e estar mais exposto em acidentes como os de trânsito, cada vez mais graves e frequentes.

O resultado desse trabalho não traça apenas o perfil de um Centro de Reabilitação Profissional, mas revela e nos faz pensar um pouco mais sobre as condições de trabalho a que somos submetidos, a necessidade de qualificar mais o trabalhador e a oportunizar melhores chances de emprego e vida dignos aos indivíduos portadores de deficiência física de qualquer espécie.

Referências Bibliográficas

1. **BOCOLINI**, F. Reabilitação: Amputados - Amputações e Próteses, São Paulo, Robe, 1990.
2. **DEAN**, Richard H. **YAO**, James S.T. & **BREWSTER**, David C. Diagnosis & Treatment in Vascular Surgery, Norwalk, Appleton & Lange, 1995.
3. **LIANZA**, Sergio. Medicina de Reabilitação, 3ª ed. Guanabara Koogan, 2001.
4. **MAFFEI**, F.H.A; **ROLLO**, Hamilton A; **YOSHIDA** Winston B. & **LASTÓRIA**, Sidnei, Doenças Vasculares Periféricas, Rio de Janeiro, Medsi, 1995.
5. **Ministério da Previdência e Assistência Social**. Regulamento da Previdência Social: Decreto nº 3048, de 6 de maio de 1999, Brasília, assessoria de comunicação social, 1999.
6. **MOORE**, Wesley S. Vascular Surgery: a comprehensive review, Los Angeles, W. B. Saunders, 1993.
7. **NASI**, Luiz Antônio, Rotinas em Pronto - Socorro, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
8. **TREBES**, Gisela; **WOLFF**, Ulrike; **RÖTTGEN**, Helene e **GROTH**, Irmgard, Protesis del Miembro Superior: entrenamiento fisioterápico del amputado, Barcelona, Toray, 1973.