

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)
ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA (ACM)
FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA (FAPEU)
XIV CURSO DE MEDICINA DO TRABALHO

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO CRP-FPOLIS

VALDIR CEZAR BARETTA
VALDIR CEZAR BARETTA JUNIOR

RIO DO SUL - SC , OUTUBRO DE 1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)
ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA (ACM)
FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA (FAPEU)
XIV CURSO DE MEDICINA DO TRABALHO

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO CRP-FPOLIS

COORDENADOR - Prof. Dr. SEBASTIÃO IVONE VIEIRA
ORIENTADOR - Prof. OCTACÍLIO SCHÜLER SOBRINHO

VALDIR CEZAR BARETTA
VALDIR CEZAR BARETTA JUNIOR

RIO DO SUL - SC , OUTUBRO DE 1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)
ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA (ACM)
FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA (FAPEU)
XIV CURSO DE MEDICINA DO TRABALHO

VALDIR CEZAR BARETTA
VALDIR CEZAR BARETTA JUNIOR

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO CRP-FPOLIS

PARECER:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

BANCA:

Prof. Sebastião Ivone Vieira
Coordenador

Prof. Octacílio Schüler Sobrinho
Orientador

Prof. Ivo Medeiros Reis
Membro

Dr. Ralfino Hafemann
Membro

Prof. Alcides Milton da Silva
Membro

“O homem é arrastado por normas, instituições e sociedades. Encontra-se inserido numa rede espacial de relações, numa rede temporal de acontecimentos e numa rede de leis. Frequentemente, o homem é um conjunto de reações pré-determinadas, de idéias e valores pré-fixados.”

(ALAIZ)

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os funcionários do CRP-FPOLIS, e de uma maneira especial, a **Ana Maria Nercolini Miranda, Ivete Maria Daniel Olivo, Lucia Helena Michels Colombelli, Maria de Lourdes Fantini Costa e Vera Lúcia Cabral Corrêa** pela inestimável colaboração para a realização desta monografia.

Nossos agradecimentos à prof^a. **Maria Glicéria Michels Ouriques** e ao prof. **Apóstolo Teodoro Nicolacopulos** pela orientação acadêmica, apoio e disponibilidade.

Ao prof. Dr. **Jean Alexandre Furtado Corrêa Francisco** que muito contribuiu, com sua orientação e capacidade científica, nos oferecendo o verdadeiro significado da palavra amigo.

À nossa **família e amigos**, que souberam dar-nos o verdadeiro apoio.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS -----	7	
LISTA DE GRÁFICOS -----		8
1. APRESENTAÇÃO -----	9	
1. ABSTRACT -----	10	
2. INTRODUÇÃO -----	11	
3. DESENVOLVIMENTO-----	15	
• 3.1 Centro de Reabilitação -----	15	
• 3.2 Programas de Reabilitação -----	18	
• 3.3 Reuniões de Equipe -----	19	
• 3.4 Reabilitação Profissional do INSS -----	20	
• 3.5 CRP-FPOLIS -----	22	
• 3.6 Plano de Modernização da Reabilitação Profissional ----	25	
4. ANÁLISE -----	28	
5. CONCLUSÃO -----		44
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	46	

LISTA DE ABREVIATURAS

AT - Acidente de Trabalho

CRP - Centro de Reabilitação Profissional

CRP-FPOLIS - Centro de Reabilitação Profissional de Florianópolis-SC

DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

EA - Equipe de Avaliação do CRP-FPOLIS

EDPP - Equipe de Desenvolvimento de Programa Profissional

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

LER - Lesão por Esforços Repetitivos

PMP - Perícia Médica Previdenciária

PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PRP - Programa de Reabilitação Profissional

PSS - Postos do Seguro Social

RAI - Reunião de Avaliação Inicial do CRP-FPOLIS

RT - Equipe de Recursos Técnicos do CRP-FPOLIS

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Origem dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS.....	29
Gráfico 2: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto ao sexo.....	30
Gráfico 3: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto à faixa etária.....	31
Gráfico 4: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto a escolaridade.....	32
Gráfico 5: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto a qualificação profissional.....	32
Gráfico 6: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto a situação funcional.....	34
Gráfico 7: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto aos encaminhamentos indevidos.....	35
Gráfico 8: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto a etiologia das enfermidades.....	36
Gráfico 9: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto ao retorno ao trabalho.....	38
Gráfico 10: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, portadores de lesões por esforço repetitivo (LER), quanto ao retorno ao trabalho.....	40
Gráfico 11: Mostra a distribuição dos segurados admitidos no CRP-FPOLIS , no ano de 1997.....	41
Gráfico 12: Mostra os dados estatísticos oficiais da reabilitação profissional do INSS no ano de 1996.....	42

1. APRESENTAÇÃO

Esta monografia versa sobre a reabilitação profissional feita no Centro de Reabilitação Profissional de Florianópolis, realizada para a obtenção da pós-graduação em medicina do trabalho no XIV Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, através de convênio entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a Associação Catarinense de Medicina (ACM) e a Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU), realizado na cidade de Rio do Sul -SC, no período de Outubro / 97 a Outubro /98.

Conforme o dicionário, reabilitação é a ação de reabilitar ou ser reabilitado, meio de fazer cessar os efeitos de uma sanção restituindo integralmente ao paciente todos os direitos de que ele anteriormente gozava, restabelecimento. A definição de Reabilitação Profissional, da Organização Internacional do Trabalho (OIT) é: A administração de orientação profissional, formação profissional e colocação seletiva para que os inválidos possam obter e conservar um emprego adequado. O objetivo da Reabilitação Profissional é a máxima valorização do indivíduo, através do maior e mais adequado aproveitamento de seu potencial laborativo. É um novo enfoque, de avaliar o homem não pela sua incapacidade, mas pelo que lhe restou de capacidade. A Reabilitação Profissional no âmbito da Previdência Social visa proporcionar aos beneficiários recursos destinados a prevenir e reabilitar pacientes portadores de doenças potencialmente incapacitantes e de deficiências transitórias ou definitivas.

No CRP-FPOLIS foram analisados os segurados registrados no ano de 1997, suas características, o diagnóstico de incapacidade e de funcionalidade, delineando o prognóstico e o programa do CRP, verificando se a expectativa de tratamento é condizente com o programa oferecido.

1. ABSTRACT

This paper deals about the professional rehabilitation conduct at the Centro de Reabilitação Profissional of Florianópolis, Brazil, as a final requirement for the graduate specialization degree in Labor Medicine. The XIV Specialization Course in Labor Medicine was offered through an agreement among the Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), the Associação Catarinense de Medicina (ACM) and the Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU) held in Rio do Sul, Brazil, from October 1997 through October 1998.

According to dictionaries, rehabilitation is the action of rehabilitating or being rehabilitated, of restoring (a handicapped person, for example) to useful life through education and therapy. The definition of rehabilitation of the World Labor Organization is the administration of professional orientation, professional education, and selective employment to provide the handicapped with the opportunity of obtaining and keeping a suitable job. The purpose of Professional Rehabilitation has to do with the individual's highest appreciation, through the highest and most adequate utilization of his working potential. Professional Rehabilitation in the context of the social welfare aims at providing its beneficiaries with the resources to prevent and rehabilitate patients with diseases potentially conducive to handicaps and those with temporary or definitive handicaps.

At the Professional Rehabilitation Center (CRP) of Florianópolis the registered patients in 1997 were analyzed according to their characteristics, their incapacities and working skills, sketching the Professional Rehabilitation Center's prognosis and program, and investigating if the treatment expectation is consonant with the program being offered.

2. INTRODUÇÃO

A origem da palavra trabalho vem do latim *tripaliare*, que significa martirizar com o *tripaliu* (instrumento de tortura). Na antiguidade e na Idade Média, o trabalho não era valorizado. Na Grécia antiga, o trabalho manual era realizado por escravos. Homens livres não trabalhavam.

Na Idade Moderna, o Mercantilismo, a Reforma Teológica e as Revoluções Burguesas, principalmente a Francesa(com transformações jurídicas e direitos individuais possibilitam o trabalho livre) transformam o mundo. A partir do século XIX as fábricas passam a ser o centro das relações sociais, fazendo com que o trabalho desempenhasse o papel do principal mecanismo pelo qual as pessoas adquirem cidadania. A destinação social do trabalho porém não é compreendida pelo trabalhador; a divisão técnica do trabalho, sua fragmentação, a separação da concepção e o planejamento da tarefa da execução alienam o trabalhador da sua obra. Seu trabalho é muitas vezes repetitivo, sem significado, angustiante; realizado em troca de um salário que nem sempre lhe provém o sustento.

No Brasil a atividade laborativa consome em média 8 horas diárias. A evolução levou milhares de séculos para atingir o homem atual. O desenvolvimento levou apenas algumas décadas para testar e criar novas situações, para as quais o homem não sofreu seleção natural de adaptação, impondo ao organismo posturas, sobrecargas, contatos com substâncias nocivas, tensões, estresse, diferenças de temperatura, ruído, etc. Infelizmente, ainda, a medicina não concentrou seu foco nesta grande verdade. As condições de trabalho, sua organização e seu ambiente mudam constantemente e novas agressões surgem, levando a seqüelas incapacitantes que necessitam de tratamento reabilitacional. A fim de amparar este homem limitado, procurou-se criar organismos para sua proteção. Mas não basta a disposição legal e o amparo econômico, pois não é de caridade, mas de oportunidades que ele precisa.

O trabalho no Brasil, nos últimos quinze anos, levou pelo menos 60.000 pessoas à morte e 300.000 a mutilações incapacitantes, levando ainda à elevação das doenças crônico-degenerativas, cardiovasculares, profissionais, mentais e do câncer, trazendo prejuízos para o indivíduo e à sociedade. Os efeitos da incapacidade física sobre o ser

humano sente-se no âmbito das esferas psicológicas, social, profissional e econômica, acarretando para o reabilitando dificuldades materiais e emocionais, sentimentos de frustrações e insegurança, com graves perturbações nas relações sociais. A saúde não se limita ao equilíbrio fisiológico, visualizando o homem de forma indivisível, como um ser político, portador de dignidade.

A avaliação médico-pericial é feita por um ângulo exclusivamente médico, não se preocupando em mensurar o potencial laborativo residual. Observam-se aspectos físicos esquecendo-se que o homem é um complexo biopsíquico-sócio-profissional. Existe um grande volume de contestações administrativas e judiciais às decisões médico-periciais, que levam a um gasto superior ao que está sendo questionado. Por outro lado, todos sabem do volume cada vez maior de pessoas legalmente afastadas do trabalho por incapacidade física realmente existente, e que desenvolvem atividades laborativas intensas e eficazes com um sobreganho paralelo marginal, sem contribuir para a Previdência Social.

A Reabilitação Profissional do INSS está definida atualmente na Lei 8213 de 29/07/91 que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, em seu capítulo II das Prestações em Geral; seção VI dos Serviços, subseção II Da Habilitação e da Reabilitação Profissional, em seus artigos de 89 a 93, e regulamentada na seção II do Capítulo VII do Regulamento dos Benefícios da Previdência Social do decreto nº 611, de 21 de julho de 1992. Essa Lei prevê: A assistência reeducativa e da readaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visa proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, independentemente da carência, e às pessoas portadoras de deficiências, os meios para a (re)educação ou (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vivem. Reabilitação Profissional do INSS, segundo essa Lei, é um processo global, cuja finalidade é desenvolver as capacidades residuais da pessoa portadora de deficiência, com vistas à reintegrá-la no trabalho, possibilitando seu retorno à comunidade como elemento ativo, capaz de desenvolver atividades que garantam sua subsistência.

Os erros da Reabilitação Profissional no Brasil são de imaginá-la nos moldes da clássica. Quando se diferencia um modelo de CRP (Centro de Reabilitação Profissional) de um Centro de Reabilitação convencional centra-se no enfoque que visa claramente ao retorno ao trabalho nas melhores condições possíveis e no menor prazo possível. No molde

de um CRP trata-se os pacientes com objetivos diferentes do que o de retorno ao trabalho simplesmente. Por exemplo: independência em AVD (higiene, alimentação, vestuário, traslado), melhora das condições de vida na longevidade, etc. A incidência de portadores de deficiências por trauma, esforços repetitivos, ruídos, exposições a substâncias tóxicas é extremamente maior que nos Centros de Reabilitação convencional, onde predominam as limitações causadas por alterações reumáticas, vasculares, neurológicas e de criança lesada cerebral. Infelizmente no Brasil não existe um suporte mais adequado da legislação que favoreça o encaixe da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho. As propostas de oficina abrigada, cooperativas, etc., estão ainda longe do nosso dia a dia. O trabalho conjunto com a comunidade aparece com pouca consistência e necessita ser incrementado. O trabalho multi-institucional é a saída para a Reabilitação Profissional no Brasil.

A Reabilitação Profissional tem como objetivo principal a reabilitação da pessoa portadora de deficiência, reinserindo-a no mercado de trabalho, embora a filosofia, objetivos e estruturas dos CRPs sejam de uma época passada, pois vive-se a realidade do desemprego estrutural. Deve-se discutir novas formas de inserção social, não só através do mercado competitivo. Para minimizar o problema foram instituídas medidas de proteção de mercado na Lei nº 8213 de 29/07/91—Lei de Benefícios da Previdência Social, artigo 118, que determina a obrigação das empresas em manterem em seu quadro um percentual de reabilitandos. No artigo 93, garante estabilidade no emprego, por um ano, aos acidentados do trabalho que necessitam permanecer afastados em Auxílio Doença Acidentário. Vale salientar que estas medidas ainda são insuficientes.

O relatório final da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador definiu como competência da Reabilitação Profissional o diagnóstico da capacidade laborativa residual e a indicação das profissões compatíveis para a (re)habilitação profissional, bem como a realização de cursos, estágios e treinamentos profissionalizantes em conjunto com o Ministério do Trabalho (vale ressaltar que esse relatório incumbe o SUS das ações de reabilitação física). Tudo isto se traduz numa grande dificuldade para os CRPs, merecendo uma discussão competente. É necessário reverter o quadro de isolamento, burocratização e centralização dos CRPs, através da participação de outras instituições governamentais, universidades, entidades patronais e dos trabalhadores na discussão sobre reabilitação profissional.

A Reabilitação Profissional no Brasil tem sua história e evolução relacionadas com o surto de desenvolvimento industrial e o conseqüente infortúnio dos acidentes de trabalho daí decorrentes. Esta situação gerou intenso movimento social, levando à introdução de medidas legais, visando o controle das condições e dos ambientes de trabalho. As instituições, especialmente as governamentais, alimentadas pelos estudos epidemiológicos e pelas reivindicações dos trabalhadores, passaram a desenvolver programas e projetos que atendessem às demandas existentes, tanto no caso dos acidentes de trabalho, quanto das doenças ocupacionais.

A organização das ações impulsionou a Medicina do Trabalho, tendo por base medidas preventivas e corretivas, visando garantir a saúde dos trabalhadores. Os programas de saúde ocupacional passaram, então, a ser introduzidos inicialmente nas grandes empresas, apresentando progressivamente características de interdisciplinaridade e com ênfase na higiene industrial. Hoje, temos programas obrigatórios de controle médico da saúde ocupacional em todas as empresas, visando proteger a saúde dos trabalhadores. Dentro da evolução histórica, foram ainda criados os Serviços de Reabilitação nos Hospitais, com características médico-assistenciais e os Centros de Reabilitação Profissional da Previdência Social, cuja missão principal é estimular o potencial laborativo residual dos trabalhadores segurados, reintegrando-os à sociedade.

A última década apresentou considerável avanço e hoje pode-se contar com serviços e equipes especializadas, sendo que o aprimoramento da formação profissional foi de suma importância para a melhoria qualitativa deste processo.

No ano de 1997 o CRP-FPOLIS atendeu 771 segurados do INSS. Deste total foram observados neste trabalho 252 reabilitandos, que cumpriram o Programa de Reabilitação Profissional, procurando responder a **2 objetivos principais** :

1. Analisar a eficiência do CRP-FPOLIS.

2.Fazer um levantamento do perfil dos segurados que deram entrada no Programa de Reabilitação Profissional do CRP-FPOLIS.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 O CENTRO DE REABILITAÇÃO

Reabilitação é o conjunto de procedimentos diagnósticos e terapêuticos aplicados aos indivíduos portadores de incapacidade, de etiologia e graus variados, transitória ou definitiva, que objetivam o restabelecimento da funcionalidade do indivíduo, no que diz respeito às suas capacidades físicas, psíquicas, sociais e profissionais, possibilitando-lhe a retomada de seus papéis na família e na sociedade.

O Centro de Reabilitação é o local onde se concentram todos os recursos destinados a prevenir e reabilitar pacientes portadores de doenças potencialmente incapacitantes e de deficiências, transitórias ou definitivas.

A Organização Mundial de Saúde estima que 10% do total da população de um país são portadores de algum tipo de deficiência, e 4% portadores de deficiência física incapacitante. No Brasil, o número de portadores de algum tipo de deficiência física está em torno de 6.000.000 segundo o IBGE.

Hoje a conscientização social e a identificação das reais necessidades das pessoas portadoras de deficiência levaram à redução de barreiras arquitetônicas, ambientais e sociais. Entretanto, ainda estamos muito distantes da situação ideal de pleno acesso e total integração. Verifica-se um desconhecimento da Reabilitação e seus procedimentos por parte de profissionais médicos não especialistas; e, não raro, os pacientes encaminhados desconhecem completamente o seu diagnóstico funcional e o prognóstico de sua incapacidade. Com finalidade de evitar este problema, seria oportuno a inclusão da Reabilitação nos cursos de formação médica.

3.1.1 Característica da área física - Deve-se dar especial atenção ao acesso, permitindo a livre circulação.

* Pavimentos- A estrutura deve estar no piso térreo. Se não for viável, deve ser através de elevadores e de rampas.

- * Ambientes, corredores, portas, portões- Devem ser largos, com ausência de degraus e declives acentuados.
- * Revestimentos- Uso de pisos antiderrapantes e sem irregularidades.
- * Interruptores, tomadas, torneiras, bebedouros, telefones- Em altura adequada, permitindo o uso de pacientes em cadeiras de rodas.
- * Mesas, balcões, guichês- Em altura adequada, com vão livre na parte inferior.
- * Bancos e cadeiras - Estáveis, com estrutura reforçada, permitindo transferência de macas.
- * Sanitários - Deve ser amplo, possibilitando a transferência lateral ou frontal para o vaso sanitário, que devem estar a uma altura compatível com as cadeiras de roda. Deve haver um reforço em alvenaria em torno do vaso sanitário para aumentar a área de segurança.
- * Barras laterais - Usadas em pontos estratégicos para fornecer apoio quando da realização de atividades(vasos sanitários, chuveiros, etc.)

3.1.2 Composição da equipe - Reabilitar é tarefa multiangular, dada a variedade de comprometimentos que podem coexistir em decorrência de uma lesão. Após avaliar e ordenar as informações, definindo os objetivos terapêuticos de forma hierarquizada e sistematizada, a assistência será desenvolvida por uma equipe multiprofissional para o desenvolvimento motor, estimulação da fala e linguagem, estimulação de aspectos cognitivos, adequação dos aspectos afetivos-emocionais, prevenção de deformidades, etc. A seguir descrevemos as categorias que podem integrar a equipe: Médico, médico fisiatra, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeira, fonoaudiólogo, nutricionista, orientador profissional, pedagogo, técnico desportivo. Não se descarta a opinião e consultoria de outros médicos (Neurologistas, reumatologistas, etc.)

3.1.3 Liderança da Equipe - O trabalho em equipe pressupõe a identificação dos objetivos, a organização de ações, com cronograma compatível com as necessidades do paciente e exercidas pelos profissionais que a compõem, de modo que, quando integradas, culminarão com a Reabilitação, realizada de maneira eficaz, num espaço de tempo menor. Deve existir um coordenador, a equipe deve estar coesa e unida, tornando-se uma unidade funcional. O líder deve ter algumas qualidades essenciais: possuir habilidade de ouvir aquilo que não é dito, humildade, comprometimento, capacidade de olhar a realidade de

vários pontos de vista, habilidade de criar uma organização que produza metas e desafios individuais para cada um de seus membros e comunicação.

3.1.4 Critérios de elegibilidade—Existe necessidade de definir quem são os pacientes passíveis de atendimento, segundo os recursos disponíveis e o treinamento da equipe, caso contrário, haverá risco de trabalho inadequado e infrutífero para o paciente e frustração para a equipe, perdendo-se, às vezes, tempo considerado precioso na escala de evolução pós-incapacidade. De acordo com a estrutura organizacional do CRP, recursos humanos e materiais disponíveis, delineamos quais pacientes poderão ser beneficiados com os programas existentes, segundo alguns critérios:

- * Quanto à incapacidade - Considerar a possibilidade de portadores de múltipla deficiência.
- * Quanto à faixa etária - Lembrar que o atendimento à criança possui peculiaridades em relação ao adulto.
- * Quanto ao tempo de evolução da incapacidade - Se demorar o início do programa de reabilitação, o paciente pode desenvolver complicações, estreitando o prognóstico funcional.
- * Quanto à participação em outros programas de reabilitação - Observar se realizou programa de reabilitação anterior em outra instituição, ou se realiza em duas instituições simultaneamente.
- * Quanto aos comprometimentos associados - Definir as possibilidades de trabalho nos casos que apresentam complicações da própria incapacidade ou que apresentam comprometimentos clínicos associados.
- * Presença de comprometimento mental associado - Definir a possibilidade de trabalho desses pacientes ou o encaminhamento mais adequado.
- * Distúrbios de comportamento - Definir a possibilidade de trabalho ou encaminhamento para controle do quadro.
- * Retaguarda familiar - Verificar a existência de familiar que possa acompanhar o paciente e receber informações durante o programa.
- * Retaguarda de transporte - Verificar qual o meio de transporte utilizado pelo paciente, respeitando as normas de segurança.
- * Expectativa quanto à instituição - Verificar se a expectativa do paciente é condizente com os programas oferecidos.

3.1.5 Equipe de Triage - Após definidos os critérios de elegibilidade, este trabalho deverá ser desenvolvido por equipe multiprofissional, que terá que efetuar o primeiro contato com o paciente, devendo estipular a dinâmica de trabalho. Após a entrevista com os pacientes, uma reunião dos membros da equipe definirá pela elegibilidade ou não de cada caso.

3.1.6 Retaguarda para os ineleitos - Após a conclusão da triagem, definir quais os motivos da inelegibilidade e buscar, na listagem proposta, quais recursos atendem às necessidades do paciente. O encaminhamento poderá ser por carta ou contato telefônico prévio, no sentido de assegurar seu atendimento.

3.2 PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO

A adesão de um paciente ao programa de reabilitação tem por finalidade a restituição de uma ou várias funções que estejam prejudicadas pela incapacidade ou limitação de seus efeitos. Frente à diversidade na apresentação e gravidade que acometem cada paciente, não existem modelos predeterminados aplicáveis a esta ou aquela incapacidade. Os fatores envolvidos são identificados durante a avaliação inicial, que abrange o diagnóstico da incapacidade e funcionalidade, delineando o prognóstico e o programa de reabilitação.

3.2.1 Identificação das necessidade do paciente - São avaliados os déficits existentes e as funções que deverão ser abordadas na reabilitação, trabalhando o paciente como um todo, pois a incapacidade repercute no estilo de vida, na atuação profissional, na inter-relação pessoal e outras.

3.2.2 Estar atento à realidade do paciente - Inclui aspectos econômicos, sociais, familiares, culturais e ambientais.

3.2.3 Clareza de objetivos - O que pretendemos é vencer, gradativa e progressivamente, as dificuldades que o paciente apresenta. Para isso são fundamentais: ação conjunta da equipe, interação paciente/equipe. Para que haja clareza é necessário: interpretação do diagnóstico de incapacidade e do prognóstico de reabilitação, definição

das ações que serão levadas a efeito, definição do tempo proposto para a aplicação destas e definição do que se pretende atingir através das suas aplicações.

3.2.4 Diferenciar: Necessidades reais do paciente dos anseios da equipe - O aperfeiçoamento de equipamentos tem possibilitado sua utilização com maior eficiência em troca de menor esforço. Entretanto, há que se ter cuidado na indicação desses avanços, questionando-se qual benefício proporcionará ao paciente.

3.2.5 Estar atento aos reais interesses do paciente - Devemos evitar o desinteresse do paciente, pois a resposta ao estímulo poderá ser nula, caso o paciente nunca tenha mostrado interesse pelo trabalho, não apresentando hábito de trabalho, por motivos diversos. Neste caso, haverá perda de tempo e desperdício de investimentos.

3.2.6 Estar atento à realidade do País - Faz-se necessária a análise, minuciosa e isenta, da relação custo/benefício para o paciente de alguns equipamentos apresentados no exterior, inacessíveis para a grande maioria da nossa população.

3.3 REUNIÕES DE EQUIPE

A equipe deve criar um horário definido, destinado à discussão dos casos que se encontram em programa. Podemos dividi-la em três fases:

- * 1ª Fase: Exposição: Exposição dos dados evolutivos do paciente, proposta de trabalho para o próximo período e estimativa do tempo para efetivação do plano proposto.
- * 2ª Fase: Discussão: Destinado à troca de idéias, quanto às alterações e ganhos observados no decorrer do período, dirimindo dúvidas e eventuais discordâncias.
- * 3ª Fase: Conclusão: O coordenador, com base nos dados apresentados, irá elaborar as conclusões, evidenciando as providências a serem tomadas.

3.3.1 Frequência - Poderão ser quinzenais ou mensais, dependendo do número de pacientes no programa. Os horários de início e término devem ser fixados e respeitados, devendo cada paciente ser discutido em intervalos de um a três meses.

3.3.2 Duração - No máximo de uma a duas horas, para não haver queda do rendimento.

3.3.3 Número de Casos - Dependerá da objetividade e da capacidade de síntese dos dados que serão apresentados na 1ª fase.

3.3.4 Presença - Devem estar presentes todos os membros da equipe. Em caso de impedimento, os dados devem ser previamente fornecidos.

3.3.5 Listas - O coordenador deve providenciar listagem contendo os dados de identificação de cada paciente, com inclusão das datas de início de programa, última reunião de equipe e alta.

3.3.6 Cronograma - É conveniente um cronograma mensal com as datas de reuniões, bem como os casos previstos para discussão em cada data.

3.3.7 Material necessário - Devem ser levados para a reunião os prontuários dos pacientes agendados, o cronograma de reuniões, impressos necessários às anotações.

3.3.8 Encerramento do programa - Quando o paciente cumpriu todas as etapas do programa e atingiu a independência permitida pelo quadro de incapacidade, encontra-se em condições de desligamento deste. A clareza de objetivos facilita este momento. O desligamento ou alta do processo terapêutico não significa a dispensa do acompanhamento médico, que deverá ser mantido em intervalos regulares de 6 a 12 meses. Este fato auxilia o paciente na aceitação de alta e diminui sua insegurança frente a essa realidade.

3.4 REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSS

Anteriormente, o processo era desenvolvido por equipe multiprofissional, a partir da consolidação das lesões, através de 4 fases sucessivas, a saber:

Avaliação da capacidade laborativa residual - Consiste no processo de análise global das limitações; perdas funcionais e aquelas funções que se mantiveram conservadas; habilidades e aptidões; potencial para aprendizagem; experiências profissionais e situação empregatícia; nível de escolaridade; faixa etária e mercado de trabalho de origem, com vistas à definição da capacidade real de trabalho dos beneficiários.

Orientação e acompanhamento da programação profissional - Consiste no processo de condução do reabilitando à escolha consciente esclarecida da atividade a exercer no mercado de trabalho, mediante a conjugação de 3 elementos básicos: o conhecimento de sua capacidade laborativa, dos requisitos necessários ao exercício das profissões e das oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho, bem como o planejamento da sua profissionalização.

Articulação com a comunidade para Reingresso no Mercado de Trabalho - Consiste no conjunto de ações dirigidas ao levantamento de tendências e oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho, preferencialmente na localidade de domicílio do reabilitado com vistas ao seu reingresso.

Acompanhamento e Pesquisa da Fixação no Mercado de Trabalho - Consiste no conjunto de ações para constatar o ajustamento do reabilitado ao trabalho, a efetivação do processo reabilitatório e a obtenção de dados que realimentem o sistema gerencial, visando a melhora do serviço.

A preparação profissional é realizada, utilizando-se os recursos disponíveis na comunidade (cursos e estágios), fator que amplia consideravelmente as possibilidades de readaptação, adequando-a às tendências do mercado de trabalho.

O programa de reabilitação profissional conta com recursos humanos diferenciados nas áreas: médica, social, psicológica e profissional, e recursos materiais ofertados sob forma de auxílios, segundo a necessidade específica do reabilitando: próteses, órteses, instrumentos de trabalho, documentação para o trabalho, mensalidade do curso, transporte e alimentação.

Portanto, a metodologia desenvolvida, se caracteriza por um benefício prestado em forma de serviço, com o objetivo de promover o retorno ao mercado de trabalho, dos segurados, que em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou causa, se encontram impossibilitados parcial ou totalmente para desenvolver as atividades no posto de trabalho de origem.

Desta forma, a idéia inicial (décadas de 60 e 70) de grandes Unidades Executivas auto-suficientes - Centros de Reabilitação Profissional - vem sendo substituída pela implantação de pequenas unidades: Núcleos e Equipes de Reabilitação Profissional com a colaboração e parcerias de empresas, escolas, órgãos e instituições públicas e privadas, o

que tem resultado na ampliação da capacidade de atendimento, melhor adequação dos programas às exigências da evolução tecnológica do mercado de trabalho e conseqüentemente o crescimento do reingresso à vida laborativa.

As parcerias estão permitindo a descentralização e interiorização, através da implantação de equipes volantes e de extensão, aproximando cada vez mais o local de atendimento à clientela, importante num país de dimensões continentais. Em 1996 contava-se com 22 equipes de extensão implantadas, que somadas aos centros e núcleos existentes, totalizam hoje 68 pólos de atendimento espalhados nas diversas capitais dos Estados e cidades do interior do País.

3.5 CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DE FLORIANÓPOLIS

O primeiro Serviço de Reabilitação Profissional da Previdência Social foi criado no ex - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes - IAPC - onde a Divisão de Reabilitação, do Departamento de Serviço Social e Reabilitação Profissional - DSSRP - era o órgão responsável pelo desenvolvimento desse Serviço. Reabilitar consistia em proporcionar aos beneficiários da Previdência Social, que se encontrassem inválidos ou de algum modo física ou mentalmente deficitários, os meios de readaptação profissional e reeducação indicados para que pudessem trabalhar em condições normais. Nesse período (1960) foram instalados os primeiros centros de Reabilitação Profissional, em São Paulo, capital, Porto Alegre e Recife.

A Reabilitação Profissional, por se tratar de um serviço pioneiro para a época de sua criação, tomou como base inspiradora os modelos de reabilitação vigentes em países mais desenvolvidos, para ser adaptado à realidade brasileira, pois estes já haviam desenvolvido tecnologia específica. A Previdência Social tomou a iniciativa de realizar convênios de Assistência Técnica com a Organização Mundial de Saúde - OMS - e a Organização Internacional do Trabalho - OIT - para a realização de cursos para a formação de pessoal especializados, ou para treinamento de recursos humanos, ou ainda para a elaboração dos primeiros manuais de serviços.

A Reabilitação Profissional teve sempre como filosofia norteadora o reaproveitamento da capacidade residual dos segurados encaminhados à Reabilitação Profissional por doença ou acidente, porém o INPS fixou critérios de prioridade, objetivando rentabilidade dos serviços, seja do ponto de vista humanístico, seja do econômico.

Assim, os Centros de Reabilitação deveriam atender prioritariamente segurados em gozo de auxílio - doença e acidentados do trabalho. O encaminhamento devia ser feito pelos órgãos de Perícias Médicas e de Acidentes do Trabalho, mediante seleção prévia, a cargo de médicos peritos, fundamentados em critérios gerais preestabelecidos, que têm em vista aferir, a grosso modo, a existência ou não da necessidade de submeter o segurado ao Programa de Reabilitação Profissional.

3.5.1 A implantação do centro de reabilitação em Florianópolis e sua dinâmica de funcionamento.

O Centro de Reabilitação Profissional - CRP - de Florianópolis foi inaugurado no dia 05 de novembro de 1976, sob a coordenação técnica da Secretaria de Bem Estar, parte integrante do INPS.

Na época de sua implantação, a Previdência Social já mantinha em pleno funcionamento os Centros de Reabilitação Profissional dos Estados da Bahia, Ceará, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, e tinha como meta a criação e inauguração de mais CRP's, chegando de 20 a 22 Centros até 1978. Hoje, existem na Rede de Reabilitação Profissional no Brasil 68 Unidades executivas (Centros, Núcleos e Equipes de Extensão).

Anteriormente à criação de um CRP em Florianópolis, os segurados de Santa Catarina que necessitassem de reabilitação profissional eram encaminhados ao Centro de Reabilitação de Porto Alegre.

Atualmente existem as seguintes unidades de Reabilitação Profissional em Santa Catarina:

Centro de Reabilitação de Florianópolis
 Núcleo de Reabilitação Profissional de Blumenau
 Núcleo de Reabilitação Profissional de Joinville
 Núcleo de Reabilitação Profissional de Chapecó
 Núcleo de Reabilitação Profissional de Criciúma
 Núcleo de Reabilitação Profissional de Tubarão
 Unidade de Extensão de Lages
 Unidade de Extensão de Mafra

3.5.2 Área de abrangência do centro de reabilitação profissional de Florianópolis.

Gerência de Florianópolis:

Postos do Seguro Social	Municípios
PSS/Fpolis - Centro	
PSS/Fpolis - Estreito	
PSS/São José	---São José, Angelina, São Pedro de Alcântara
PSS/Palhoça	---Palhoça, Águas Mornas, Rancho Queimado, São Bonifácio, Anitápolis, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz
PSS/Biguaçu	---Biguaçu, Antônio Carlos, Gov. Celso Ramos, Tijucas
PSS/Itajaí	---Itajaí, Bal. Camboriú, Ilhota, Itapema, Penha, Porto Belo, Camboriú, Navegantes, Piçarras, Bombinhas
PSS/Laguna	---Laguna, Imaruí
PSS/Imbituba	---Imbituba, Garopaba

Tabela 1: Postos do Seguro Social subordinados ao CRP-FPOLIS.

3.6 PLANO DE MODERNIZAÇÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

A partir de 13 de dezembro de 1996 o C.R.P. de Florianópolis iniciou suas atividades embasado na reorganização das unidades executivas da reabilitação profissional, assim constituída:

3.6.1 - Equipe de Avaliação da Capacidade Laborativa - EA

3.6.1.1 - Finalidade:

Tem a finalidade de estudar cada caso, considerando variáveis como seqüela, idade, escolaridade, tempo de benefício, experiência profissional, análise de função de origem, utilizando os recursos necessários para a definição da capacidade laborativa e concluindo pela elegibilidade para programa profissional ou retorno imediato para o trabalho, melhoria das condições funcionais ou inelegibilidade temporária ou permanente.

3.6.1.2- Composição Técnica:

Médico - 01, mais qualquer profissional de nível superior, pertinente à área da Reabilitação Profissional - 01.

3.6.1.3 - Atribuições:

Avaliar o segurado para:

- Definir a capacidade laborativa.
- Definir a inelegibilidade temporária ou permanente.
- Definir a elegibilidade para programa de retorno à mesma atividade, troca de função, retorno imediato ao trabalho e protetização.
- Concluir pela redução da capacidade funcional.
- Definir casos que não necessitam de Programa de Reabilitação Profissional.

3.6.1.4 - Dinâmica de Atuação:

A Equipe de Avaliação - EA, solicita à Equipe de Recursos Técnicos - RT desencadear ações de acordo com seus recursos a fim de que obtenha subsídios para definir a capacidade laborativa do segurado, encaminhando-o quando necessário à RT. Cabe à RT, após desencadear as ações, elaborar relatório circunstanciado dos resultados obtidos e encaminhá-los à EA que procederá a conclusão da RAI. Havendo subsídios para o desligamento do segurado, a EA encerra o caso, concluindo a RAI, com elaboração da documentação pertinente ao desligamento. Havendo necessidade de troca de função a EA conclui a RAI, elegendo o segurado, indicando o programa profissional e encaminhando o segurado à EDPP para prosseguimento do mesmo. Cabe também à EA providenciar o memorando, inicial de permanência do segurado em PRP.

3.6.2 - Equipe de Recursos Técnicos - RT

3.6.2.1 - Finalidade:

Subsidiar e dar suporte às atribuições da Equipe de Avaliação da Capacidade Laborativa - EA e Equipe de Desenvolvimento de Programa Profissional - EDPP.

3.6.2.2 - Composição Técnica:

- Sociólogo
- Psicólogo
- Fisioterapeuta
- Médico
- Agente de Colocação
- Professor de Ofício
- Assistente Social
- Enfermeiro
- Auxiliar de Enfermagem

3.6.2.3-Atribuições:

- Realizar visita domiciliar
- Elaborar análise de função
- Cadastrar empresas
- Estudar Mercado de Trabalho: absorção, ofertas, serviços segurados no Posto de Trabalho.

- Avaliar capacidade física residual (fisioterapia).
- Conceder órtese e prótese.
- Avaliar aspectos psicológicos.
- Avaliar o segurado em situação de trabalho
- Captar recursos para profissionalização
- Realizar pesquisa de seguimento

4. ANÁLISE

No ano de 1997, foram avaliados no CRP-FPOLIS 771 segurados. Deste número, 745 eram segurados que deram entrada no programa de reabilitação e 26 casos que foram reabertos para PRP.

Deste total de 771 segurados, 186 foram considerados inelegíveis para o programa, 162 retornaram ao trabalho, 132 foram protetizados, 3 recusaram-se ao programa, 6 abandonaram o programa, 17 foram transferidos para outros núcleos de reabilitação, 23 foram considerados sem possibilidades de retorno a atividade laborativa, 30 foram desligados por intercorrência médica, 34 foram desligados por intercorrência social, 2 estavam em acordo de homologação e 1 não necessitou de programa. 180 reabilitandos mantiveram-se em programa para o ano de 1998.

Para o estudo do presente trabalho foi avaliado o perfil de uma amostra de 252 reabilitandos que cumpriram o programa de reabilitação no ano de 1997 no CRP-FPOLIS, levando-se em conta a idade, sexo, escolaridade, atividade laborativa, diagnóstico das causas incapacitantes, tipos de benefícios, situação funcional, critérios de inelegibilidade, retorno ao trabalho e análise dos reabilitandos com LER.

ENUNCIADO 1 - Comparação dos reabilitandos do CRP-FPOLIS oriundos da perícia médica previdenciária (auxílio doença) e dos oriundos do acidente de trabalho.

Foi observado neste estudo que, da amostra de 252 reabilitandos, 169 eram oriundos da Perícia Médica Previdenciária (67%) e 83 eram oriundos do Acidente de Trabalho (23%).

Em relação aos segurados oriundos da PMP(auxílio doença) por seqüela de doenças pode-se inferir que a maior incidência da clientela está inserida neste contexto dado ao perfil da saúde pública atual, em geral relegada a um segundo plano, dificultando aos mais desfavorecidos da população o acesso à prevenção e tratamento das doenças, levando-os a seqüelas incapacitantes e que necessitam de reabilitação. Incluem-se aqui os acidentes de qualquer natureza como acidentes de trânsito e acidentes fora do posto de trabalho.

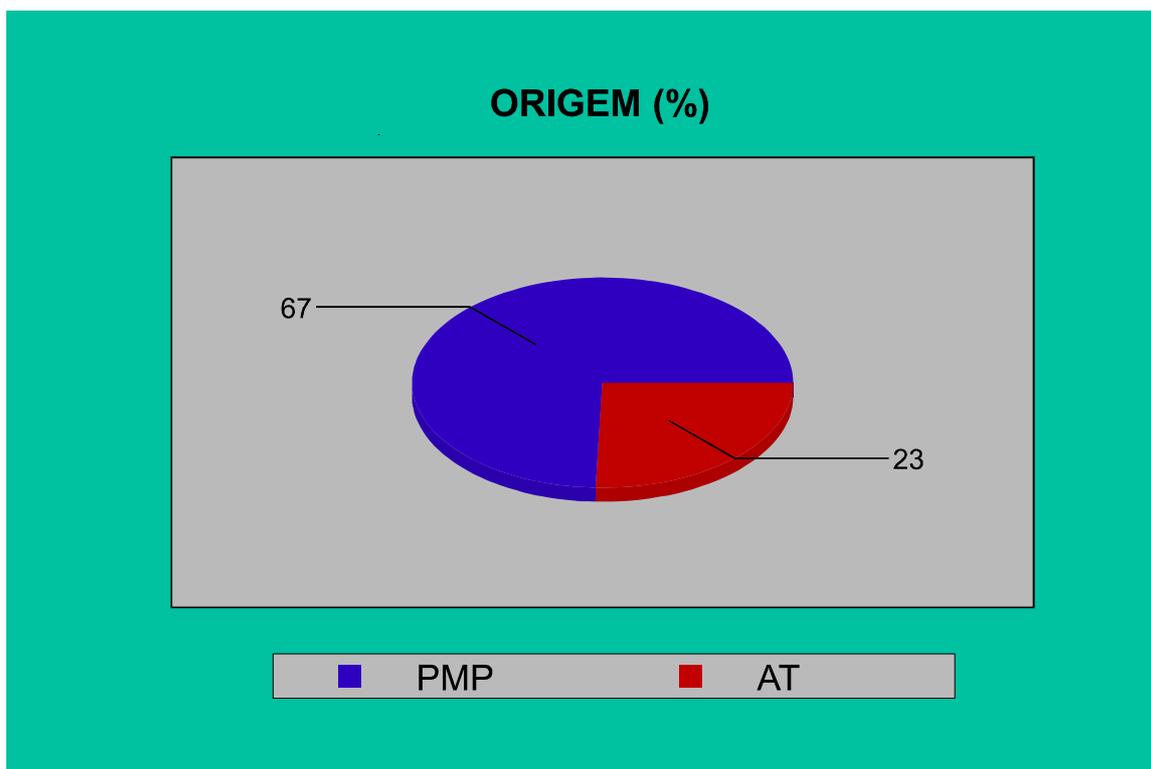


Gráfico 1: Origem dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS. A cor azul mostra os oriundos da perícia médica previdenciária (PMP) e a vermelha os do acidente de trabalho (AT).

Em relação aos segurados oriundos do AT é muito significativa para o perfil da qualidade das empresas. Para a região da Grande Florianópolis, onde a indústria não é a tônica, é elevada a incidência de segurados com seqüelas de acidente de trabalho atendidos no CRP-FPOLIS. Destaca-se aqui principalmente os casos de DORT entre os bancários, telefonistas, digitadores, administrativos como também os da construção civil e empresas de transporte.

A conclusão é que o número de reabilitandos do CRP-FPOLIS oriundos da Perícia Médica Previdenciária (Auxílio Doença) é superior aos oriundos do Acidente de Trabalho.

ENUNCIADO 2 - Comparação quanto à faixa etária e sexo dos segurados encaminhados ao CRP-FPOLIS.

Foi observado neste estudo que, da amostra de 252 reabilitandos, 194 eram do sexo masculino (77%) e 58 do sexo feminino (23%). Deste mesmo total 45 reabilitandos tinham até 30 anos (17,9%), 81 estavam entre 31 e 40 anos (32,1%), 98 entre 41 e 50 anos (38,9%) e 28 acima de 51 anos (11,1%).

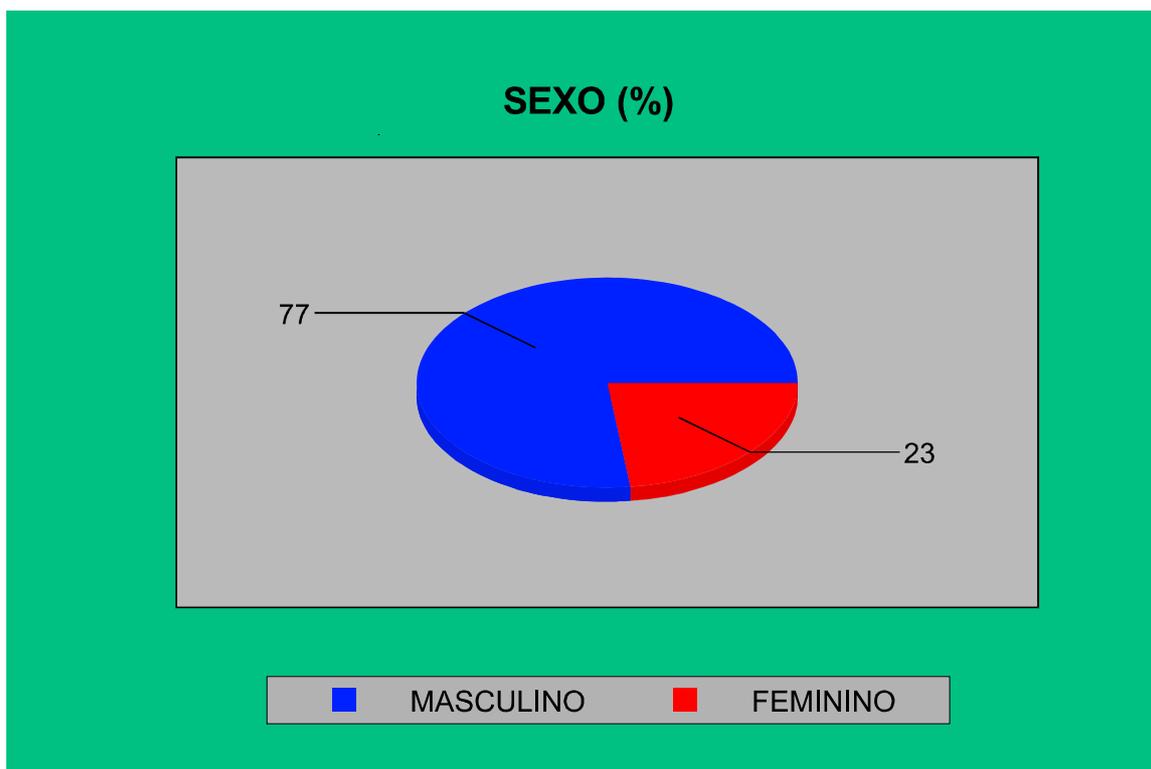


Gráfico 2: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto ao sexo. A cor azul mostra o sexo masculino e a vermelha o sexo feminino.

Na clientela do CRP predomina o sexo masculino, em função das atividades exercidas pela maioria dos segurados serem de natureza braçal e que exigem esforço físico acentuado. Estas funções, pelas suas características, favorecem uma maior incidência de lesões limitantes, reduzindo a capacidade laborativa para a ocupação que exercia. Face a isto, há exigência, na maioria dos casos, da participação do trabalhador no processo de reabilitação profissional.

A referida clientela concentra-se na faixa etária de 31 a 50 anos, coincidindo com a massa produtiva de trabalho, onde aparecem também as lesões degenerativas e conseqüentes afastamentos prolongados do trabalho, benefício pela Previdência e necessidade de atuação da reabilitação profissional, para propiciar o reingresso ao mercado de trabalho em atividade compatível à capacidade laborativa residual apresentada. Por sua vez, o mercado de trabalho tende a selecionar mão-de-obra na faixa etária mais jovem do que a caracteristicamente encontrada no CRP-FPOLIS. Soma-se a isso que a principal característica dessa clientela é a limitação física que, aliada a outros fatores, interferem para o seu retorno à atividade produtiva.

A conclusão é a de que a maioria dos segurados atendidos no CRP-FPOLIS são do sexo masculino e situam-se entre os 31 e 50 anos.

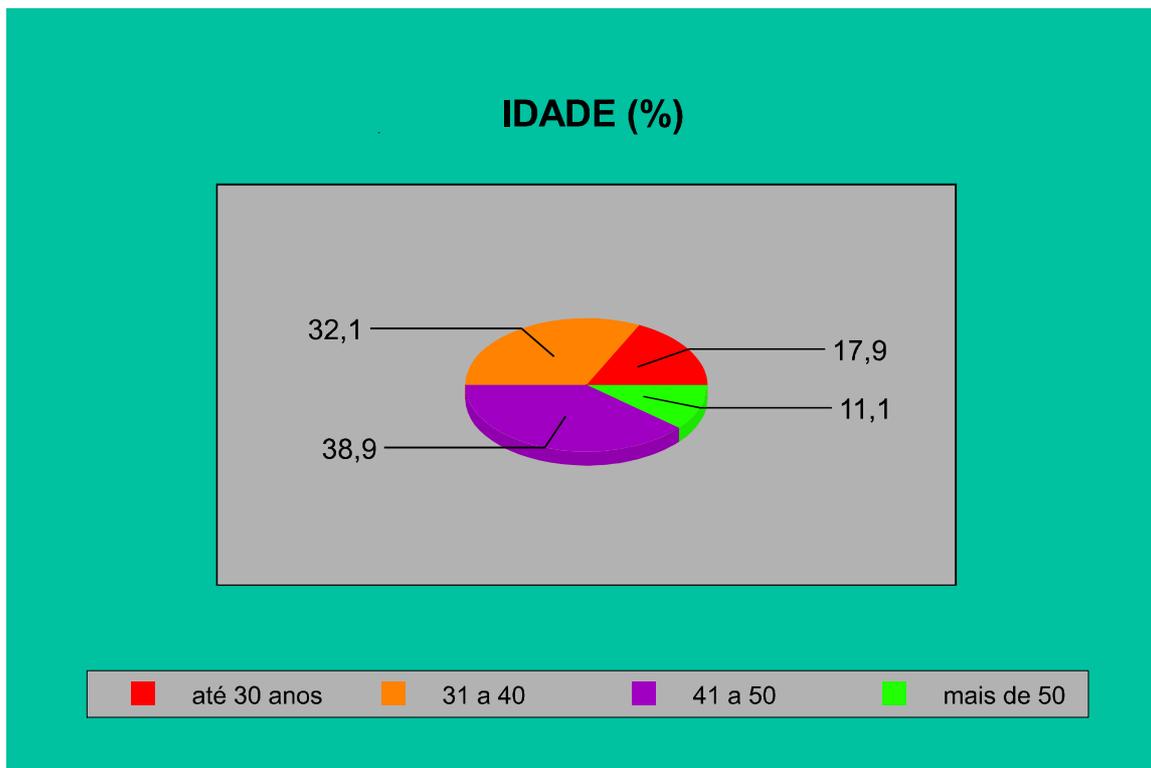


Gráfico 3: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto à faixa etária. A cor vermelha mostra os até 30 anos, laranja de 31 a 40 anos, lilás de 41 a 50 anos e verde aqueles com mais de 50 anos.

ENUNCIADO 3 - Comparação quanto à escolaridade e tipo de atividade realizada dos segurados encaminhados ao CRP- FPOLIS.

Foi observado neste estudo que da amostra de 252 segurados, 172 possuíam o I Grau incompleto (68,2%), 17 possuíam o I Grau completo (6,7%), 3 com o II Grau incompleto (1,3%), 23 com o II Grau completo (9,2%), 17 com Grau Superior (6,7%) e 20 analfabetos (7,9%).

Por uma questão didática, foram definidos como trabalhadores braçais aqueles que realizam atividades que exijam um maior esforço físico (ex: trabalhadores da construção civil) e trabalhadores qualificados aqueles que realizam atividades de nível técnico ou superior (ex: secretárias, digitadores, telefonistas, profissionais liberais, etc.). Do total de 252 segurados estudados observou-se 205 trabalhadores braçais (81,3%) e 47 trabalhadores com alguma qualificação (18,7%).

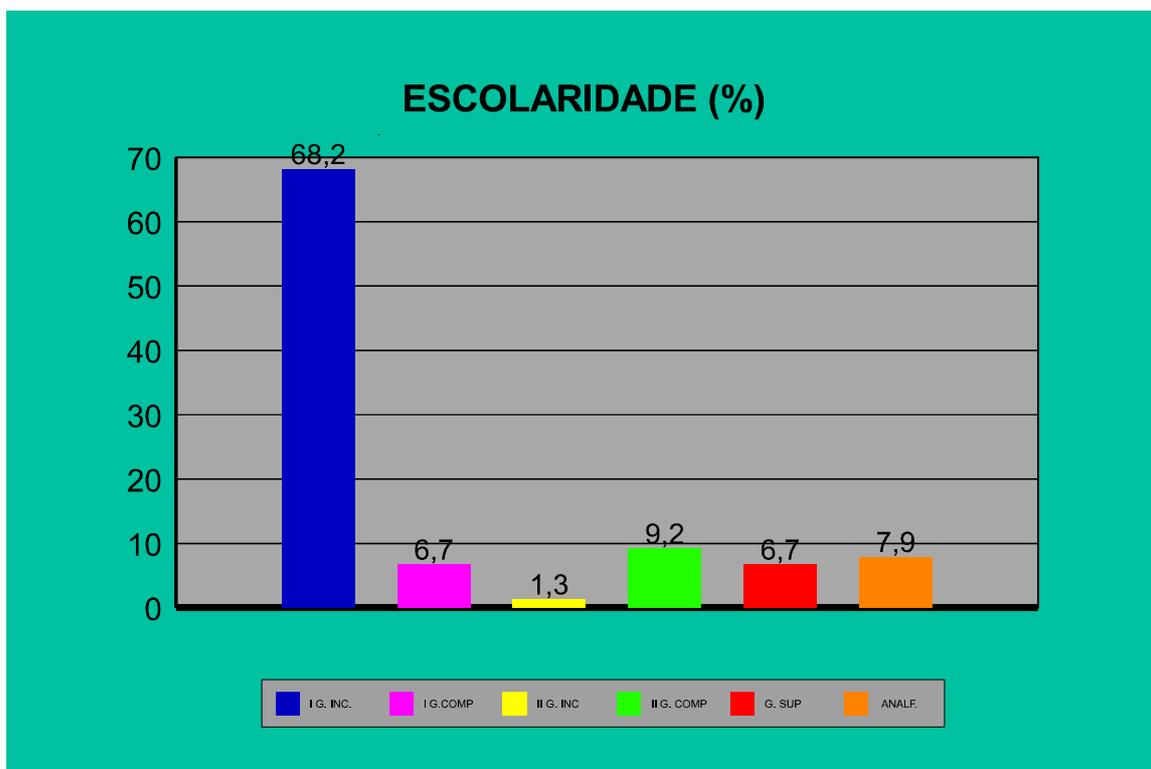


Gráfico 4: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto a escolaridade.

A cor azul mostra os com o I Grau incompleto; lilás, o I Grau completo; amarelo, II Grau incompleto; verde, II Grau completo; vermelho, Grau Superior e laranja, analfabetos.

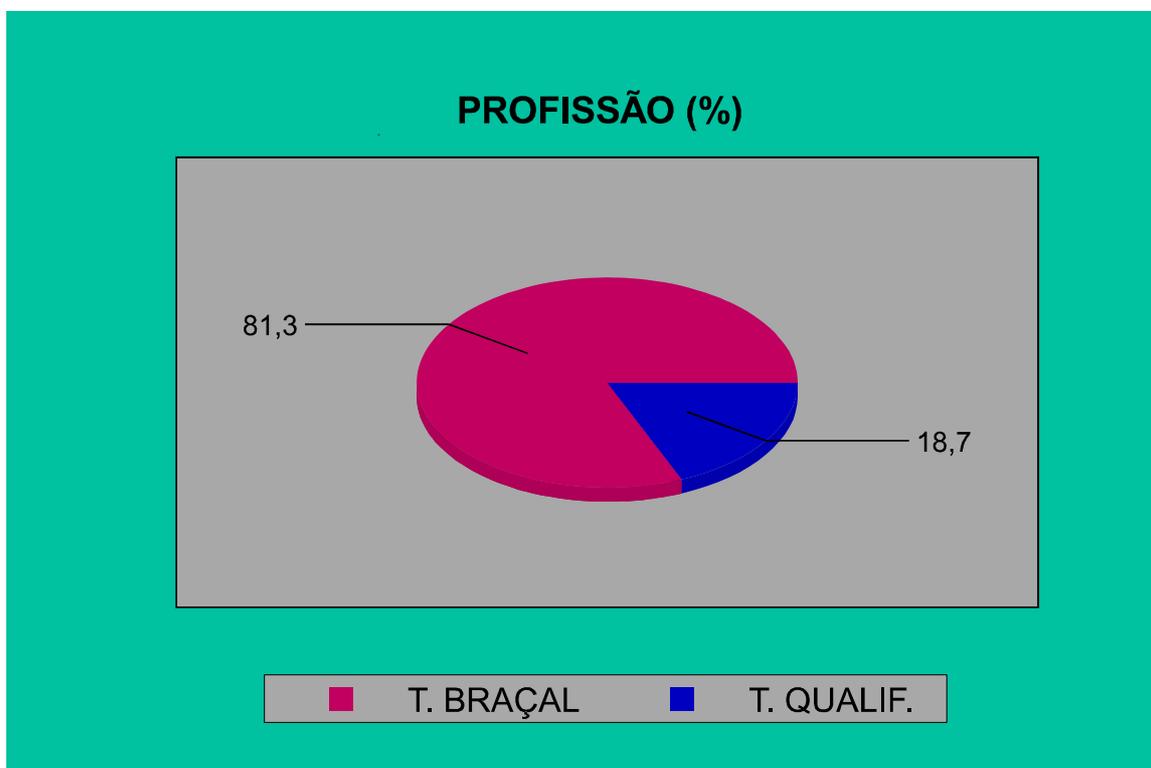


Gráfico 5: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto a qualificação profissional. A cor vermelha mostra os trabalhadores braçais e a azul, com alguma qualificação profissional.

Os segurados observados neste estudo concorrem no mercado de trabalho para funções desqualificadas e de natureza braçal, expondo-se a maior risco de acidentes e conseqüentemente a lesões incapacitantes. A variável escolaridade é individualmente considerada no processo de reabilitação profissional associada às demais características da clientela, visando principalmente a orientação e definição de nova atividade compatível e absorvível no mercado de trabalho, para aqueles que necessitam de troca de função. Embora a grande maioria de segurados encaminhados à reabilitação profissional seja de trabalhadores braçais, de baixa escolaridade, observa-se que atualmente existe aumento progressivo dos reabilitandos de nível superior e com qualificação profissional, em conseqüência da evolução tecnológica, como exemplo as recentes técnicas de mecanização industrial e agrícola, bem como da introdução da informática em nosso meio.

A conclusão é de que a grande maioria dos segurados encaminhados ao CRP-FPOLIS encontram-se na faixa de escolaridade do I Grau incompleto e de trabalhadores braçais.

ENUNCIADO 4 - Comparação quanto à situação funcional dos segurados encaminhados para o CRP-FPOLIS.

Foi observado neste estudo que dos 252 segurados, 189 possuíam vínculo empregatício (75%), 31 eram desempregados (12,3%) e 32 eram autônomos (12,7%).

Pelas suas características a clientela da Reabilitação Profissional comumente encontra-se afastada do trabalho, seja ele na condição de empregado, autônomo, avulso, proprietário ou desempregado. Encontram-se em benefício (PMP ou AT). O fato da grande maioria possuir vínculo empregatício, ou seja, estar empregado, em tese, favorece a atuação da Reabilitação Profissional no campo da absorção no mercado de trabalho, cabendo realizar o processo reabilitatório voltado à sensibilização das empresas, das quais procedem os segurados, na tentativa de reintegrá-los ao trabalho, em atividade compatível com a limitação. Quanto à situação de trabalho dos demais segurados e daqueles não reinseridos nas suas empresas de origem, cabe à Reabilitação Profissional prepará-los profissionalmente em ocupação compatível, para que os mesmos possam competir no mercado de trabalho em atividade absorvível e que lhes garanta a subsistência (salário não inferior ao valor de seu

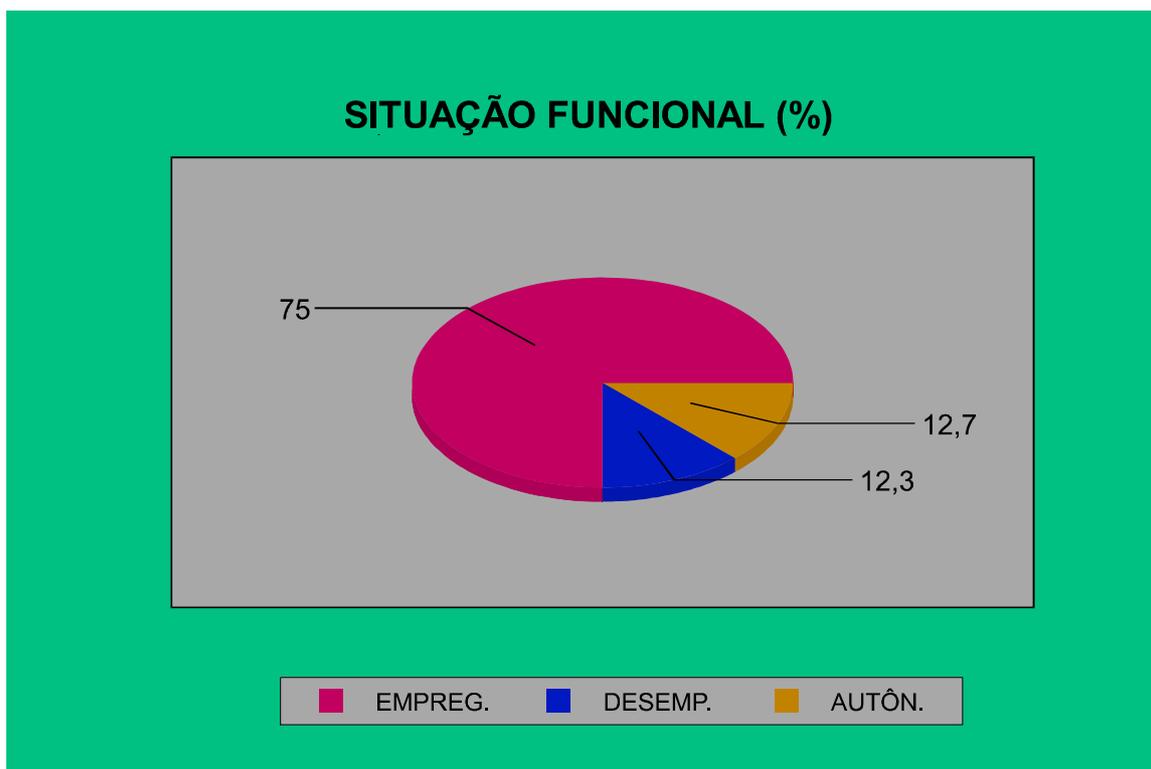


Gráfico 6: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto a situação funcional. A cor vermelha mostra os trabalhadores empregados; a azul, os desempregados e a mostarda os autônomos.

benefício previdenciário). Segundo dados do CRP-FPOLIS, pode-se afirmar, pelo permanente contato com as empresas, que não existe por parte da maioria destas, medidas e programas eficazes na prevenção de riscos ambientais. Nota-se também a falta de atuação mais eficiente no sentido de conscientização dos trabalhadores, quanto às normas de trabalho, uso adequado dos equipamentos de segurança, tanto de proteção coletiva quanto de proteção individual. A incidência de reabilitandos com certeza será menor se existir dentro da empresa um serviço de segurança e saúde do trabalhador para conscientização e orientação do mesmo. Sabemos que o PPRA é de difícil adaptação às pequenas empresas que, na sua maioria, não possuem profissional qualificado para a elaboração ou execução do mesmo, além de não terem a cultura da antecipação e prevenção aos riscos no ambiente de trabalho.

A conclusão é de que a maioria dos segurados encaminhados ao CRP-FPOLIS possuem vínculo empregatício.

ENUNCIADO 5 - Análise dos encaminhamentos indevidos pelo INSS para o CRP-FPOLIS.

Dos 252 reabilitandos avaliados foi necessária a solicitação de exames complementares para elucidação diagnóstica e/ou definição do estágio da lesão incapacitante em 96 casos (38,1%). Destes 96 segurados, 59 reabilitandos foram desligados do programa de reabilitação profissional por estarem sintomáticos e necessitando de tratamento médico (23,4%).

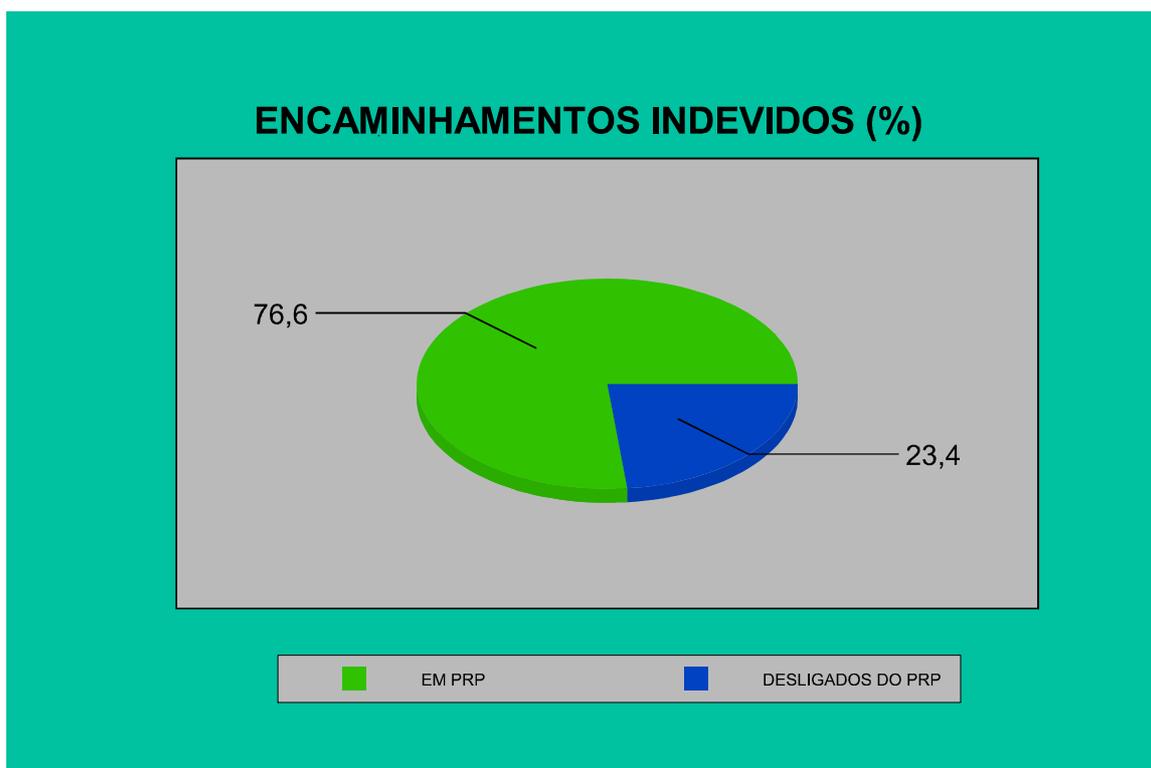


Gráfico 7: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto aos encaminhamentos indevidos. A cor verde mostra aqueles em programa de reabilitação profissional (PRP); a azul, os desligados do PRP.

Observa-se um grande número de segurados encaminhados à reabilitação profissional ainda sintomáticos e sem condições para cumprir o programa. Uma melhor avaliação clínica dos segurados e um encaminhamento mais criterioso pela Perícia Médica contribuiria para uma melhor eficiência de todo o sistema, tornando o atendimento mais dinâmico, menos oneroso e com menos transtornos aos reabilitandos. Por outro lado, também se observa a grande dificuldade destes segurados, quando desligados do CRP para tratamento médico, de conseguirem junto ao SUS terapia adequada. Um maior entrosamento entre o CRP-FPOLIS e o SUS melhoraria significativamente a eficiência da reabilitação.

A conclusão em relação ao enunciado é de que a incidência de segurados encaminhados para o CRP-FPOLIS sem condições de cumprir o programa de reabilitação é alta.

ENUNCIADO 6 - Comparação entre portadores de deficiências por traumas e esforços repetitivos em relação às limitações funcionais de outras etiologias.

Foi observado neste estudo que dos 252 pacientes, 28 apresentaram lesões traumáticas de membros superiores, 32 com lesões traumáticas de membros inferiores, 6 com trauma crânio-encefálico, 2 com trauma de coluna vertebral, 19 com amputações de membros inferiores, 6 com amputações de membros superiores, 25 com LER e 39 com lombalgias e dores articulares, perfazendo um total de 157 reabilitandos (62,3%). Entre os segurados com lesões de outras etiologias, 42 apresentaram lesões cardiovasculares, 26 com deficiências visuais, 5 segurados com epilepsia, 3 com dermatites, 5 com alterações psíquicas, 2 com deficiências auditivas, 6 com seqüelas cirúrgicas e 6 com outras seqüelas clínicas, perfazendo um total de 95 reabilitandos (37,7%).

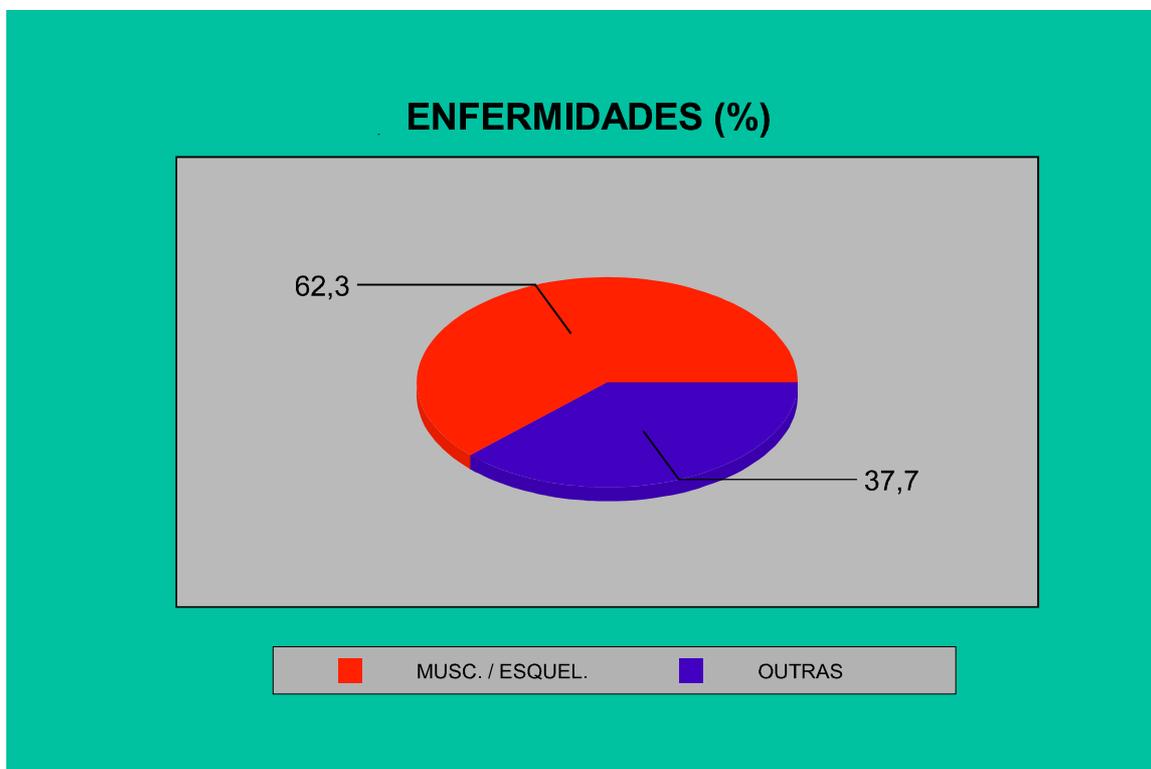


Gráfico 8: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto a etiologia das enfermidades. A cor vermelha para aqueles com lesões do sistema músculo esquelético e a azul, para as de outras etiologias.

Para fins didáticos neste estudo, convencionou-se que se enquadram como deficiências por traumas e esforços repetitivos as lesões traumáticas, agudas ou não, ocorridas nas diferentes partes do sistema músculo-esquelético e, como lesões de outras etiologias, as que ocorrem nos outros diferentes aparelhos e sistemas do organismo (cardiocirculatório, neurológico, oftálmico, auditivo, etc.).

A predominância das lesões traumáticas frente às lesões de outras etiologias explica-se pelo maior número de trabalhadores braçais na população economicamente ativa em nosso meio em relação aos trabalhadores de nível técnico e superior. Deve-se levar em conta também o fato destes trabalhadores estarem mais expostos a acidentes de trabalho por se tratar de uma atividade com maior risco de exposição.

A conclusão em relação ao enunciado é de que a maioria dos segurados encaminhados para o CRP-FPOLIS são os portadores de deficiências por traumas e esforços repetitivos.

ENUNCIADO 7 - Comparação quanto ao retorno ao trabalho dos segurados encaminhados ao CRP-FPOLIS.

Foi observado neste estudo que dos 252 reabilitandos analisados, 50 retornaram às mesmas atividades exercidas quando do seu afastamento (19,8%), 41 retornaram para atividades diversas (16,3%) e 161 foram desligados definitivamente do seu trabalho ou foram reencaminhados para tratamento médico (63,9%).

Constatou-se que 1/5 dos segurados retornaram às suas atividades de origem. Esta baixa incidência pode ser explicada pela somatória de diversos fatores, tais como: presença de lesões incapacitantes, deficiência da estrutura previdenciária, encaminhamentos indevidos, avaliação clínica funcional inadequada, entraves burocráticos, realidade econômica do país (alta taxa de desemprego), entre outros.

A conclusão em relação ao enunciado acima é de que apenas 20% dos segurados encaminhados ao CRP-FPOLIS retornaram à sua atividade de origem.

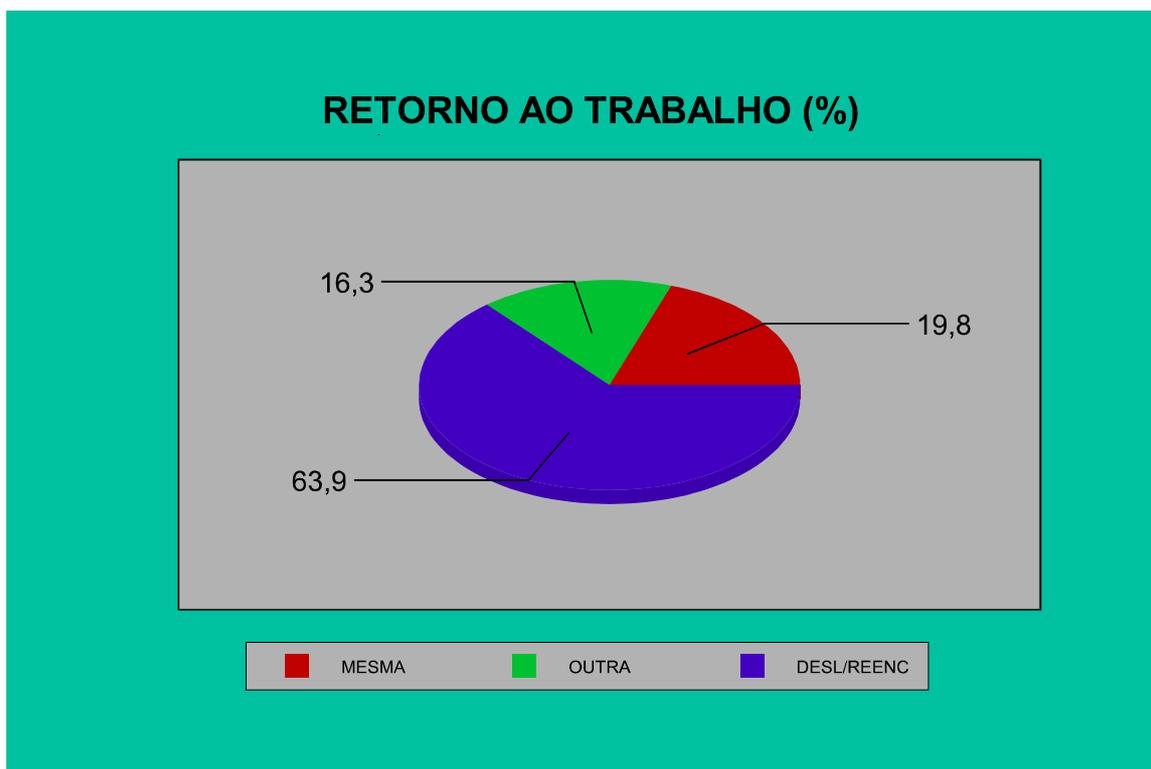


Gráfico 9: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, quanto ao retorno ao trabalho. A cor vermelha para os que retornaram ao mesmo posto de trabalho; a verde para outras funções e a azul, para os que foram desligados ou reencaminhados para tratamento médico.

ENUNCIADO 8 - Perfil dos segurados portadores de LER encaminhados ao CRP-FPOLIS.

Foi observado que dos 252 segurados em estudo, 25 segurados (10% do total) são portadores de LER, 20 são do sexo feminino (80%) e 5 são do sexo masculino (20%). Quanto à faixa etária, 3 segurados possuem até 30 anos (12%), 11 situam-se entre 31 e 40 anos (44%) e 11 situam-se entre 41 e 50 anos (44%). 7 segurados são trabalhadores braçais (28%) e 18 possuem alguma qualificação profissional (72%). Quanto à escolaridade, 6 segurados possuem o I Grau incompleto (24%), 1 possui o I Grau completo (4%), 7 com o II Grau completo (28%), 10 com curso superior (40%) e 1 analfabeto (4%). 22 segurados tem vínculo empregatício (88%) e 3 estão desempregados (12%).

Com o advento da revolução industrial, quadros clínicos decorrentes da sobrecarga estática e dinâmica do sistema osteomuscular tornaram-se mais numerosos. Todavia, com o advento da informática abriram-se novas fontes no mercado de trabalho. Este mercado exige profissionais com alguma qualificação profissional e bom nível

escolar. É muito receptivo às mulheres, que se adaptam e desempenham estas atividades com muita eficiência e que normalmente , além de suas atividades junto à empresa de vínculo dedicam-se aos afazeres do lar, num acúmulo de atividades repetitivas. A faixa etária de 31 a 50 anos coincide com a massa produtiva e onde aparecem também as lesões degenerativas.

A conclusão sobre o enunciado acima é de que a maior incidência dos segurados portadores de LER encaminhados ao CRP-FPOLIS são do sexo feminino, na faixa etária de 31 a 50 anos, de bom nível escolar, com alguma qualificação profissional e possuem vínculo empregatício.

ENUNCIADO 9 - Incidência de portadores de LER reabilitados no CRP-FPOLIS e que retornaram ao trabalho.

Dos 25 casos estudados de segurados com LER em programa de reabilitação profissional no CRP-FPOLIS, 6 segurados foram desligados para retorno ao trabalho (24%), 5 eram oriundos de Acidente de Trabalho e retornaram ao trabalho na empresa de vínculo em atividade diversa , 1 tinha origem da Perícia Médica Previdenciária (auxílio doença) e foi desligado do CRP para autocolocação, 17 segurados foram desligados do CRP para tratamento médico por encontrarem-se sintomáticos e sem condições temporárias de cumprir programa de reabilitação profissional (PRP) (68%) e 2 segurados oriundos do Acidente de Trabalho (AT), com idade acima de 40 anos, foram desligados do CRP por apresentarem limitação física acentuada e irreversível e sem condições definitivas de cumprirem PRP (8%).

O estigma criado em torno da LER contribui para que o paciente tenha receio em recorrer à assistência médica, a não ser quando já se encontra em dificuldade de manter o ritmo de trabalho. Somado a essa situação, o paciente enfrenta o afastamento do trabalho, o que significa geralmente perda econômica e afastamento do círculo que lhe é habitual e no qual tem um papel definido socialmente. Encontrar um tratamento que seja adequado é mais um dos desafios que acaba enfrentando. Infelizmente, a grande maioria da rede de tratamento, pública ou privada, ainda está despreparada para receber este paciente. O mercado, que obedece a lei da quantidade e não da qualidade, geralmente oferece profissionais não qualificados, sem informações sobre a fisiopatologia da LER, usando aparelhagem ineficaz e sem visão e prática interdisciplinares, necessárias no caso. No

Brasil há uma epidemia de queixas de LER. Estatísticas dos serviços de saúde públicos e privados, e em especial os de saúde do trabalhador, mostram que em todo o País as LER ocupam posição de destaque entre a demanda. Este fato e a incapacidade para o trabalho por tempo prolongado exigem da parte dos profissionais de segurança, saúde, ergonomia e produção, sindicatos e empresas seriedade na abordagem dos diversos aspectos envolvidos, tanto na ocorrência e agravamento do quadro, como na possibilidade de diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação adequados.

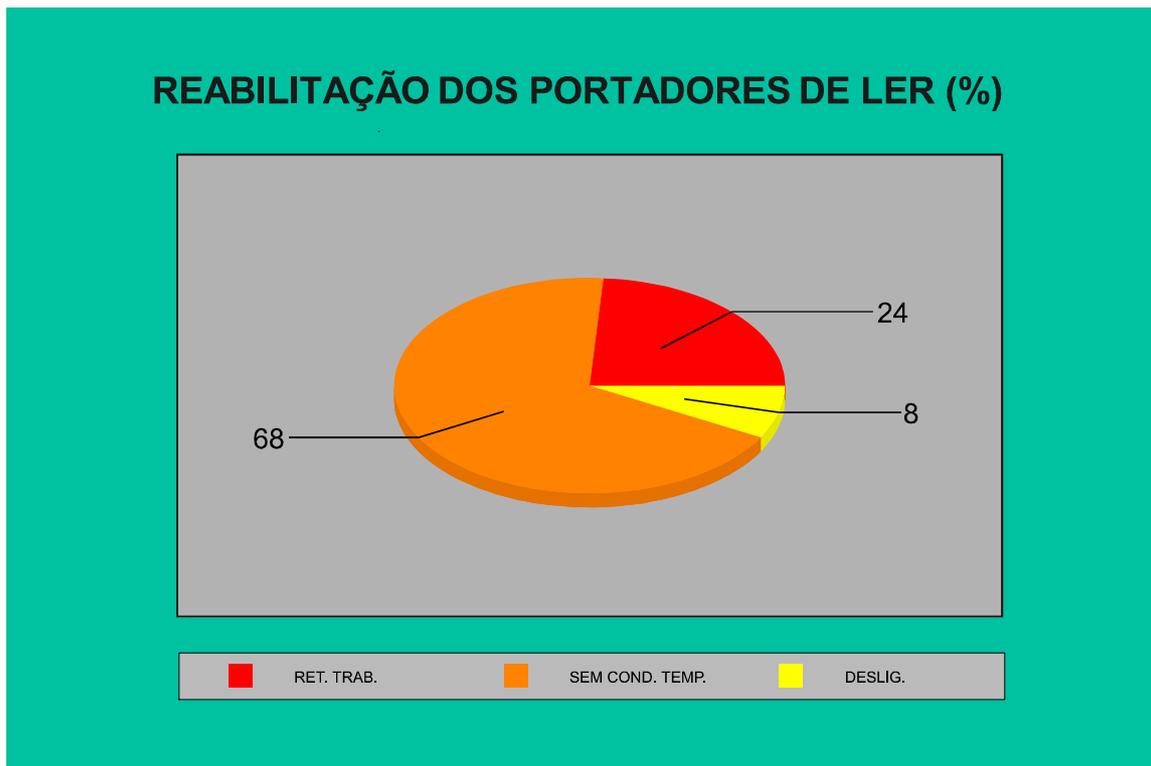


Gráfico 10: Mostra a distribuição dos segurados em reabilitação no CRP-FPOLIS, portadores de lesões por esforço repetitivo (LER), quanto ao retorno ao trabalho. A cor vermelha para os que retornaram ao trabalho; a laranja para os afastados temporariamente do PRP e amarela para os desligados do PRP.

É fácil entender dessa maneira a pequena incidência de portadores de LER encaminhados ao CRP-FPOLIS que estão em condições de cumprir o PRP. O retorno ao trabalho, quando o segurado possui vínculo empregatício e é oriundo do AT, é amparado pela Lei nº 8.213 de 24/07/91, Art.169, Dec. Nº 611, de 21/07/92. Porém este amparo é limitado apenas por um ano e reflete no segurado uma certa intranquilidade, pois teme, na maioria dos casos, de ser demitido ao findar este período.

A conclusão é a de que a incidência de segurados portadores de LER encaminhados ao CRP-FPOLIS, reabilitados para retorno ao trabalho, é pequena (24%), e a maioria destes são oriundos do Acidente de Trabalho e possuem vínculo empregatício.

ENUNCIADO 10 - Análise da eficiência da metodologia aplicada no CRP-FPOLIS.

Conforme dados oficiais do CRP-FPOLIS, de janeiro a dezembro de 1997, 771 segurados foram encaminhados para programa de reabilitação profissional. Deste total observou-se:

- 186 foram inelegíveis para PRP (24,1%)
- 162 retornaram ao trabalho (21%)
- 130 foram protetizados (16,9%)
- 30 foram desligados do CRP-FPOLIS por intercorrência médica (3,9%)
- 34 foram desligados por intercorrência social (4,4%)
- 9 recusaram ou abandonaram o programa (1,2%)
- 17 foram transferidos para outros núcleos de reabilitação profissional (2,2%)
- 23 foram desligados sem condições de retorno a atividade laborativa (3%)
- 180 ficaram em programa em 31 / 12 / 97 (23,3%)

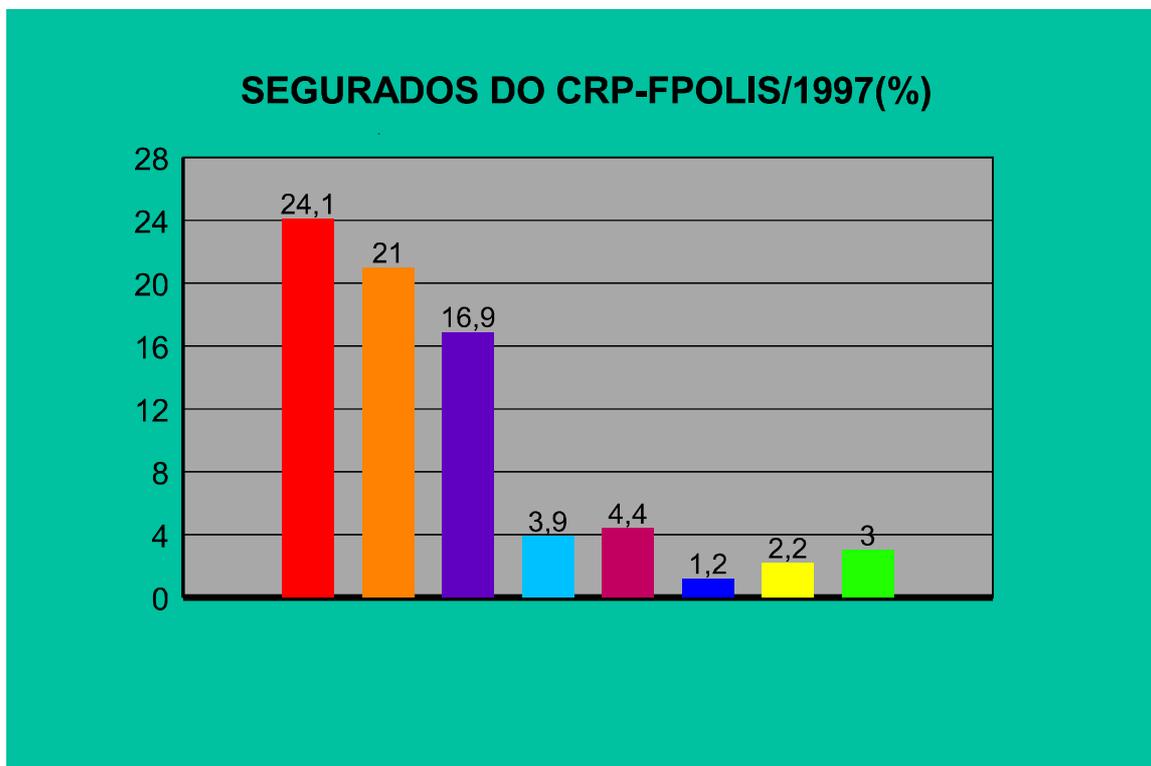


Gráfico 11: Mostra a distribuição dos segurados admitidos no CRP-FPOLIS no ano de 1997. A cor vermelha, inelegíveis; laranja, que retornaram ao trabalho; lilás, protetizados; azul, desligados por intercorrência médica; violeta, desligados por intercorrência social; azul escuro, recusa ou abandono; amarelo, transferidos; verde, desligados.

Considerando que 16,9% dos segurados foram encaminhados apenas para protetização (consertos, revisão e/ou nova protetização), 23,3% que continuam em PRP, somados aos 24,1% considerados inelegíveis para o PRP, dos 275 segurados avaliados, 162 foram reabilitados e retornaram ao trabalho durante o ano de 1997 (59%). Como abordado anteriormente, de acordo com a Lei 8213 de julho de 1992 e Decreto 611 de junho de 1993, foi definido que a Reabilitação Profissional do INSS é um processo global, cuja finalidade é desenvolver as capacidades residuais da pessoa portadora de deficiência, com vistas a reintegrá-lo no trabalho, possibilitando seu retorno à comunidade, como elemento ativo, capaz de desenvolver atividades que garantam sua subsistência e sua cidadania. O objetivo traçado em Lei muitas vezes não é possível pela falta de envolvimento do próprio INSS com o Ministério da Saúde, SUS, empresas e a comunidade, que devem somar esforços, visando reintegrar o reabilitando ao trabalho. Observa-se um alto índice de segurados inelegíveis encaminhados para o PRP (24,1%). Uma avaliação clínica e encaminhamento mais criteriosos por parte da perícia médica (INSS) poderia contribuir em muito para os índices de reabilitação do CRP.

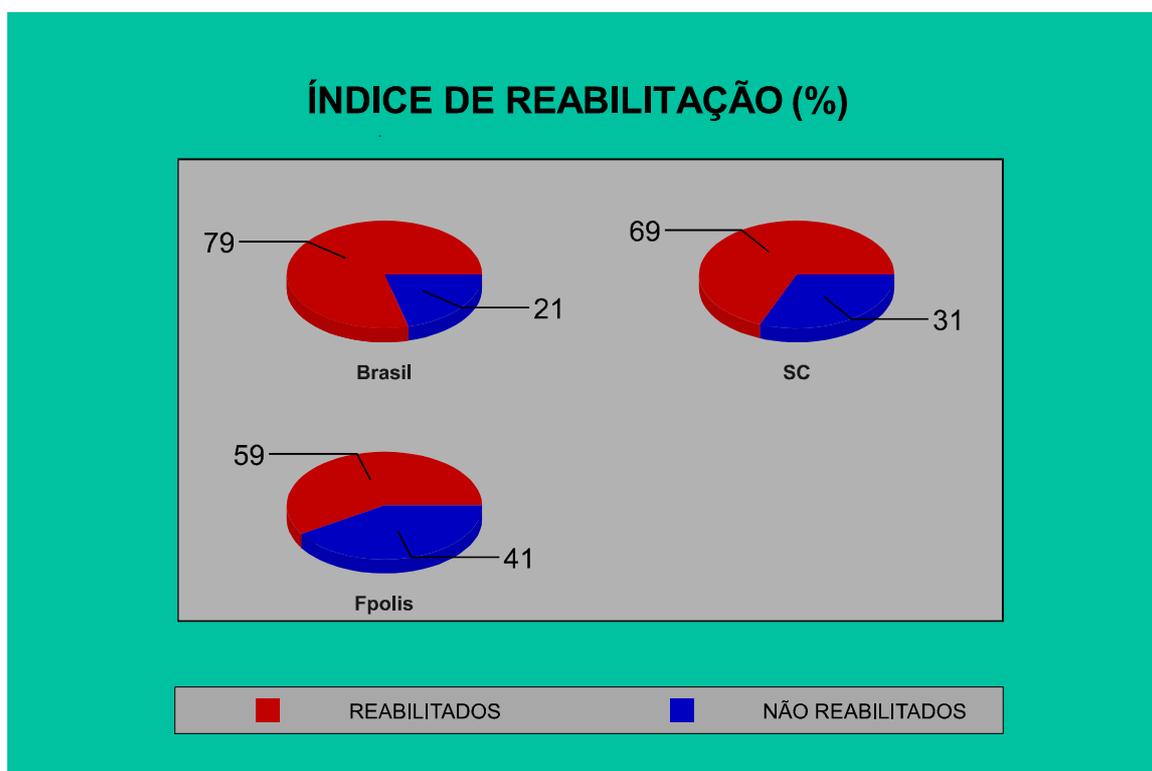


Gráfico 12: Mostra os dados estatísticos oficiais da reabilitação profissional do INSS no ano de 1996. A cor vermelha, os segurados reabilitados para retorno ao trabalho; e a azul, os não reabilitados.

Conforme dados estatísticos oficiais da Reabilitação Profissional do INSS no Brasil no ano de 1996, observou-se 32.908 inscritos, dos quais 22.404 elegíveis para PRP e destes, 17.749 reabilitados para retorno ao trabalho (79%). Em Santa Catarina, dos 2.120 inscritos, 1.564 foram elegíveis para o PRP e destes, 1.076 foram reabilitados para retorno ao trabalho (69%).

A conclusão em relação ao enunciado acima é de que, apesar dos índices de segurados inelegíveis para o PRP, observa-se que o trabalho desenvolvido no CRP-FPOLIS é eficaz, com um índice de 59% de retorno ao trabalho.

5.CONCLUSÃO

Ao analisar a amostra de segurados do INSS que cumpriram Programa de Reabilitação no CRP-FPOLIS no ano de 1997, pode-se concluir que:

O número de reabilitandos oriundos da Perícia Médica Previdenciária (Auxílio Doença) (67%) era superior aos oriundos do Acidente de Trabalho.

2. A maioria era do sexo masculino (77%) e concentrava-se na faixa etária dos 31 aos 50 anos (71%).

3. O maior índice de segurados era de trabalhadores braçais (68,2%) e que possuíam o I Grau incompleto (81,3%).

4. A maioria dos segurados possuía vínculo empregatício (75%).

5. A incidência de encaminhados sem condições de cumprir o PRP era alta (23,4%).

6. A maioria era portadora de deficiências por traumas e esforços repetitivos (62,3%).

7. Apenas 20% dos reabilitandos retornaram à sua atividade de origem.

8. A maior incidência entre os portadores de LER encontrou-se no sexo feminino, na faixa etária de 31 a 50 anos, de bom nível escolar, com alguma qualificação profissional e com vínculo empregatício.

9. Entre os portadores de LER, o índice de retorno ao trabalho era baixo (24%), a maioria oriundos do Acidente de Trabalho e com vínculo empregatício.

10. O serviço desenvolvido no CRP-FPOLIS foi eficaz, com um índice de 59% de retorno ao trabalho, considerando a alta incidência de segurados encaminhados e inaptos para o PRP.

BASE MONOGRÁFICA

A Reabilitação Profissional no CRP-FPOLIS foi estudada monograficamente, objetivando comprovar o perfil dos segurados, bem como a eficácia dos serviços, medidos pelo índice de retorno ao trabalho, do que emergiu um índice mediano - 59% - de retorno ao trabalho, o que caracteriza resultados eficazes. Por constância, somente 20% retornaram à sua atividade de origem, enquanto os demais mudaram de atividade e/ou função.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMPOS, Iria Moreira. **Reabilitação Profissional no INSS. Trabalho apresentado no XIV Congresso Brasileiro de Medicina Física e Reabilitação.** Ouro Preto, 22 / 09 / 95.
2. CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL, **Plano de Modernização da Reabilitação Profissional.** Florianópolis, 13 / 12 / 1996.
3. DECRETO 611, de Julho / 92.
4. DECRETO 2.172, de Março / 97.
5. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO nº 131, de 11 / 07 / 97 - Seção 3.
6. FOLLE, Rosana Stefani. **Reabilitação na Empresa. Monografia apresentada no XII Curso de Especialização em Medicina do Trabalho.** Passo Fundo, Setembro / 95.
7. FONSECA, Alexandre Guerreiro. **Jornal Brasileiro de Medicina.** Janeiro / Fevereiro de 1998 - Vol.74, nº 1/2.
8. GOODGOLD, Joseph. **Rehabilitation Medicine.** Editora Mosby, 1998.
9. INSS - **Memorando Circular / SRP / 20.700.22 / 039 / 97** - Seção de Reabilitação Profissional do INSS, de Julho / 97.
10. KOTTKE, Frederic J., **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen.** Editora Manole, volumes I e II, 4ª edição, 1994.
11. LEI 8.213, de Julho / 91.
12. LIANZA, Sérgio . **Medicina de Reabilitação.** Editora Guanabara Koogan , 2ª edição, 1995.
13. PEREIRA, Maria Angélica Schlickermann. **Trabalho de conclusão do Curso de Serviço Social.** Florianópolis, 1995.
14. VIEIRA, Sebastião Ivone e outros. **Medicina Básica do Trabalho,** Editora Gênese, Volume II, Curitiba, 2ª edição, 1996.