

ACIDENTE NO TRABALHO E A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Victor Cruz Rangel

Graduado em Fisioterapia pela UNESA/Campos
cruzrangel@ig.com.br

Giselle Damasceno Simão Medeiros

Mestre em engenharia de materiais

Resumo

Este estudo objetivou acompanhar o caminho do trabalhador desde o acidente de trabalho ou diagnóstico de doença ocupacional até a fase final da reabilitação, mostrando com detalhes todos os componentes e atores envolvidos direta ou indiretamente no processo. A pesquisa demonstra ainda a importância que a reabilitação profissional tem para a reinserção do trabalhador acidentado ou acometido por doença ocupacional no posto de trabalho e na sociedade que não mais o verá como um inválido. O estudo também mostra o surgimento da reabilitação profissional no Brasil e no mundo e a forma como a Previdência Social encara o processo evolutivo da reabilitação do trabalhador e a interferência desse processo nos seus cofres.

Palavras chaves: reabilitação profissional, equipe multidisciplinar, acidente de trabalho, LER/DORT.

Abstract

This study aimed to follow the worker's way from the work accident or diagnosis of occupational disease to the final phase of rehabilitation, showing in detail all the components and members that are somehow involved in the process. This research also shows the importance of professional rehabilitation to the casualty worker or victim of occupational disease in effective job reinsertion and reinsertion into productive society that won't see him as a invalid anymore.

The study also shows the professional rehabilitation appearance in Brazil and in the world and the way how the Social Security sees the gradual process of the workers rehabilitation and the interference of this process in its safes.

Keywords: professional rehabilitation, multi-disciplinary team, work accident, RSI/ODRW.

Introdução

Em muitos países do mundo, inclusive no Brasil, ainda não é dada a devida importância para condução do acidentado no trabalho à reabilitação profissional, com a intenção da reinserção dos mesmos às suas atividades laborais. Isso para não falarmos das causas que levam a estes acidentes, pois segundo o Ministério do Trabalho a maioria dos acidentes graves e fatais analisados ou discutidos por auditores-fiscais do trabalho ocorre em situação em que há flagrante desrespeito às normas legais vigentes.

Baseando-se nesta realidade e no elevado índice de acidentes de trabalho ocorridos no Brasil deve-se ressaltar que estes, decorrentes de diversas situações são avaliados em muitos casos de acordo com a taxa de gravidade do acidente. Juntamente com outros fatores a taxa de gravidade de um acidente permite uma melhor avaliação do acidentado e sua reabilitação social e profissional.

Sabendo-se do grande índice de acidentes ocorrido no Brasil e a falta de esclarecimentos por parte de todos os setores envolvidos na área trabalhista (empresas, poder público, sindicatos, profissionais de saúde, etc.) no que diz respeito à reabilitação do trabalhador acidentado ou acometido por alguma patologia ocupacional, o presente trabalho tem como objetivo mostrar a importância da reabilitação profissional como um instrumento importante para o retorno ao trabalho, assim com os profissionais de saúde envolvidos nesse processo e a sua eficácia no retorno desse trabalhador ao seu posto de trabalho. Além disso, pretende ainda mostrar a responsabilidade do empregador no caso de ocorrência de acidente ou diagnóstico de doença ocupacional; apresentar a multidisciplinaridade do setor, ou seja, todas as áreas de saúde envolvidas na reabilitação do trabalhador e informar por meio de estudos já realizados, a contribuição da reabilitação profissional para o trabalhador acidentado.

A HISTÓRIA DA SAÚDE NO TRABALHO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR

A saúde no trabalho tem sido, ao longo do tempo, abordada por diversas disciplinas tão diversas como a medicina, a psicologia, a ergonomia, a sociologia, a epidemiologia, a toxicologia, e a engenharia industrial e de produção. Não é sem efeito que este interesse ocorre, visto que o homem emprega 1/3 ou mais de sua vida no trabalho e em sua luta diária se defronta com fatores que não só causam doenças profissionais específicas, como também podem atuar de forma sutil, quase imperceptível, corroendo ao longo do tempo a saúde física e mental do trabalhador.

A Constituição de 1988 avançou no campo do trabalho e da saúde, tratando a saúde como questão de direito, sendo a saúde percebida, não apenas como ausência de doença, mas sim, como “resultante das condições de alimentação, educação, salário, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade, acesso aos serviços de saúde”. A saúde adquire assim, status de direito social, e a Saúde do Trabalhador ultrapassa os limites com os quais vinha trabalhando, dentro dos conceitos de higiene e segurança do trabalho (Nunes, 2002).

Contudo, o desenvolvimento das indústrias aumentava os riscos à saúde, já que não só comprometia a saúde física, agravando-a agora com os riscos à saúde mental, ameaçada pela alienação, os ritmos de trabalho acelerado e a supervisão estrita, decorrentes da "organização científica" Estudos epidemiológicos datados do início deste século, têm demonstrado os agravos à saúde decorrentes de fatores psicossociais presentes no trabalho. Estes contribuíram para o questionamento do modelo médico adotado até então, que admite somente duas abordagens com relação à saúde no trabalho: a atenção médica e o reconhecimento dos riscos do trabalho. O resultado dessa visão dicotomizada restringe a atuação médica ao atendimento individual, atuando somente no sentido curativo das doenças gerais e na prevenção de agravos decorrentes das condições de trabalho (Laurel e Noriega, 1989). Foi preciso dirigir o olhar para o cotidiano dos trabalhadores para entender o que ali acontecia e redimensionar o problema de saúde de modo coletivo.

Em decorrência de todos esses condicionamentos que interferem na saúde do

trabalhador surgiram diversos estudos da ergonomia e da psicodinâmica, que buscam a descrição, a análise e a modificação de inúmeras situações de trabalho. (Dessors e Laville, 1985).

A ergonomia, disciplina que iniciou seus primeiros passos como ciência na década de 40, formou-se da confluência da psicologia, fisiologia, higiene e medicina do trabalho, ciências exatas aplicadas ao trabalho. Seu objeto de interesse é o homem em situação de trabalho. (Wisner, 1987).

A contribuição desses vários saberes proporciona à ergonomia uma visão integral do ser humano, no que diz respeito ao funcionamento psíquico e às funções fisiológicas. A interação desses dois fatores delimita as capacidades e as compatibilidades do homem com relação ao seu posto de trabalho.

A primeira finalidade da ergonomia é, pois, transformar o trabalho, para que possa ser efetuado pelo homem com o máximo de conforto, segurança e eficácia (Wisner, 1987).

Nas empresas que adotam princípios tayloristas, normalmente existe uma disparidade entre o trabalho prescrito e o trabalho real, visto que ocorre uma padronização das tarefas indistintamente, desconsiderando a variabilidade intra e interindividual, e com uma margem restrita de negociação. O resultado da aplicação desses princípios coloca o trabalho como uma atividade imposta, que sofre pressões e gera dificuldades. Assim, a ergonomia busca determinar os componentes da carga de trabalho e sua repercussão sobre a saúde do trabalhador e sobre a produtividade.

Para Wisner (1987), a atividade de trabalho compreende pelo menos três componentes – físico, cognitivo e psíquico - que se interrelacionam e são determinantes na produção de sofrimento, ou ao contrário, funcionam como fonte de realização e de prazer.

CONCEITOS DE ACIDENTE DO TRABALHO

Na abordagem do assunto sobre acidente de trabalho, alguns conceitos e correlatos sobre o tema devem ser colocados para o bom entendimento, uma vez que uma mesma palavra pode receber várias definições diferentes, dependendo da época do estudo, do autor, da visão do profissional e do órgão fiscalizador. Lembrando sempre que algumas definições mudam a todo o momento quando novos estudos e novas condições de risco a saúde do trabalhador aparecem.

O conceito legal de acidente no trabalho fala no Decreto nº 83.080 de 24/01/1979, Art. 221, da Constituição Nacional, “Acidente do trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho” (Ministério do trabalho).

Outra definição diz que acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício de trabalho a serviço da empresa provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporária, nos termos dos artigos 138 a 177 do Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. Equiparam-se também ao acidente de trabalho, para efeitos previdenciários, a doença profissional, a doença do trabalho e o acidente de trajeto (Ministério do trabalho).

Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial, no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

A doença profissional é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar à determinada atividade enquanto a doença do trabalho é aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente.

O acidente de trajeto é aquele sofrido no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção.

Equiparam-se também a acidente do trabalho:

- a. ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
- b. ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada com o trabalho;
- c. ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro, ou de companheiro de trabalho;
- d. ato de pessoa privada do uso da razão;
- e. desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos decorrentes de força maior;
- f. a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

Não são consideradas como doença do trabalho:

- a. a doença degenerativa;
- b. a inerente a grupo etário;
- c. a que não produz incapacidade laborativa;
- d. a doença endêmica

Será considerado como dia do acidente, no caso de doença profissional ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual ou o dia em que for realizado o diagnóstico, cabendo para esse efeito o que ocorrer primeiro.

Será considerado agravamento de acidente do trabalho aquele sofrido pelo acidentado quando estiver sob a responsabilidade do Setor de Reabilitação Profissional.

DOENÇAS DO TRABALHO

Quando falamos em doenças ocupacionais, ou do trabalho, logo nos vem a mente a LER/DORT. É verdade, realmente a LER é a doença ocupacional mais freqüente entre os trabalhadores. Mas antes devemos saber o que realmente é a LER/DORT, a que grupo principal ela afeta e principalmente saber que ela está longe de ser a única doença ocupacional, uma vez que doenças ocupacionais podem afetar a saúde física, a mental e a emocional do trabalhador.

O QUE É LER/DORT?

Com a introdução da informática e com as alterações dos meios produtivos, ocorreram mudanças nas atividades industriais, propiciando um maior uso de movimentos repetitivos pelos trabalhadores, e/ou movimentos de força com membros superiores. Se, por um lado, a automação possibilitou a diminuição do esforço físico intenso, por outro lado, ela aumentou o trabalho repetitivo com a utilização do mesmo grupo muscular para a execução das atividades, sem o devido repouso necessário. Revelam-se os sofrimentos mentais e o crescimento das doenças do trabalho como as LER/DORT, as doenças ditas psicossomáticas e as crônico-degenerativas (Nunes, 2002).

Como característica da nova divisão do trabalho, via informatização, um antigo fenômeno da Medicina retorna, configurando-se uma nova epidemia industrial: são as Lesões por Esforços Repetitivos – LER -. Cabe ressaltar, que, “a LER enquanto fenômeno de massa surge a reboque das profundas transformações tecnológicas e culturais ocorridas nas últimas décadas”. E surge derrubando um mito, através de seu crescimento: o de que novas tecnologias acabariam com o trabalho manual, uma vez que os trabalhadores adoecem, justamente nas mãos, pelo excesso de trabalho (Nunes, 2002).

Por outro lado, inversamente à queda absoluta dos acidentes de trabalho, ocorreu um forte crescimento das doenças relacionadas ao trabalho durante toda a década de 90, em que as

LER/DORT afiguraram-se como caso emblemático. De fato, como reflexo de novos riscos nos processos produtivos e nos ambientes de trabalho, houve uma forte elevação nos coeficientes de doenças profissionais nos anos 90. E isso foi mais do que sintomático, na medida em que, afora outros motivos, esses coeficientes retrataram um momento – mais precisamente, o final da década de 90 – em que se ergueu, por parte do Ministério da Previdência e Assistência Social, um verdadeiro “biombo institucional” para dificultar o diagnóstico e o reconhecimento de tais doenças, especialmente das LER/DORT, e, por conseguinte, a consignação de direitos aos lesionados (Salin, 2003).

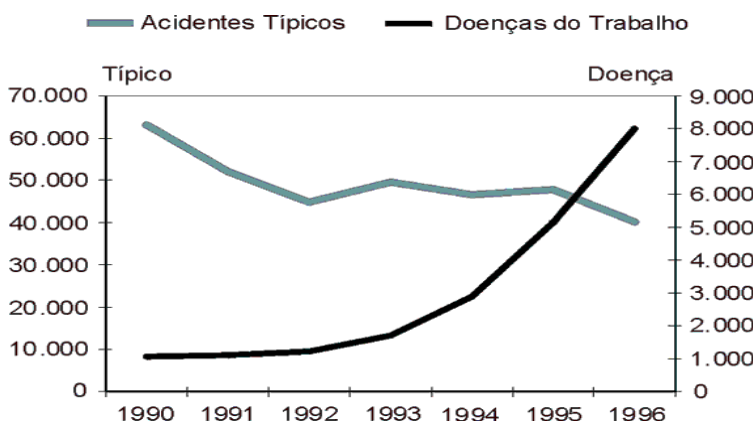


Figura 1: Evolução dos Acidentes Típicos e Doenças do Trabalho (Fonte: INSS/Beat – Boletim Estatístico de Acidentes do Trabalhador, 1990-1996)

Pelos motivos citados anteriormente, a figura 1 ilustra como o fenômeno da informatização surge a partir da década de 90 fazendo decrescer os números de acidentes típicos, enquanto as doenças do trabalho têm uma curva ascendente principalmente a partir da segunda metade da década.

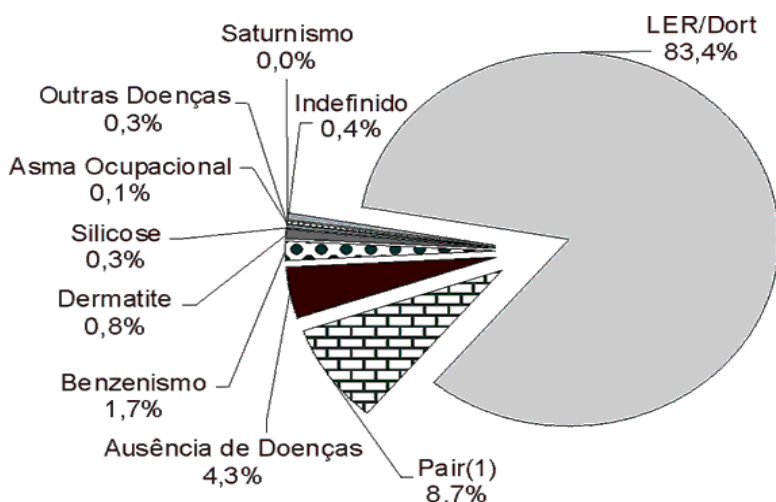


Figura 2: Doenças Ocupacionais no Estado de MG (Fonte: Relatório do Nusat/INSS-MG – 1996): (1) Perda auditiva induzida por ruído

A figura 2 demonstra como a LER/DORT passou a ser a principal doença ocupacional tomando o lugar de diversas outras patologias ocupacionais, que em tempos anteriores tinham destaque entre as doenças do trabalho.

É importante ressaltar que as doenças osteo-músculo-ligamentares (LER/DORT) destacam-se no grupo das doenças do aparelho locomotor relacionadas com o trabalho, devido à sua elevada incidência e prevalência na população geral de adultos e em comunidades de trabalhadores. É causa freqüente de absenteísmo, incapacidade temporária ou permanente para o trabalho, aposentadorias precoces e invalidez, determinando um elevado custo econômico sobre os sistemas de seguridade social e incalculável sofrimento humano (Mahayri, 2004).

Por seu caráter multifatorial, ela tem sido considerada *“Uma síndrome clínica, caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores por decorrência do trabalho”*.

Por definição a LER/DORT são as afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fâscias, ligamentos, isolada ou associada, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, decorrente, de forma combinada ou não, de:

- a) uso repetido de grupos musculares;
- b) uso forçado de grupos musculares; e
- c) manutenção de postura inadequada.

O diagnóstico de LER é essencialmente clínico e baseia-se na história clínico ocupacional, no exame físico detalhado, nos exames complementares, quando justificados, e na análise das condições de trabalho responsáveis pelo aparecimento da lesão. Deve ser entendido como o vínculo de causa-efeito entre afecção de uma unidade motora e a solicitação excessiva e/ou em relação com as condições desfavoráveis do trabalho, ou seja, a produção, desencadeamento ou agravamento da afecção pelo trabalho. Esta doença é de difícil caracterização, pois não é possível quantificar com precisão a parcela de cada um em cada quadro clínico; por isso é qualificada como “doença invisível”, pelo fato dos pacientes portadores apresentarem poucas alterações nos exames clínicos.

No Brasil, a partir de 1986, as LER/DORT (Doença osteomuscular relacionada ao trabalho) assumem relevância crescente nas estatísticas, referentes à ocorrência de doenças profissionais, pelos seguintes aspectos: as inovações tecnológicas em nosso país foram absorvidas rapidamente, trazendo a intensa fragmentação e divisão de tarefas, expondo milhares de trabalhadores, dos mais diferentes ramos de produção, aos esforços repetitivos; ao surgimento abrupto dos casos, defronta-se com um sistema de saúde despreparado tanto no âmbito institucional como no profissional, através de exames e tratamentos inadequados (Nunes, 2002).

Nos primeiros anos da década de 90, as LER/DORT tiveram um crescimento significativo, ultrapassando, em termos estatísticos, as doenças decorrentes dos ruídos e tornando-se a principal doença notificada à Previdência Social, mesmo diante da relutância dos peritos em considerá-la como uma doença do trabalho. Ressalta-se, ainda que a ação dos trabalhadores no Brasil foi fator fundamental para o reconhecimento por parte da Previdência Social de doenças como, da tenossinovite como doença do trabalho (Nunes, 2002).

Após o diagnóstico clínico, geralmente, o paciente é encaminhado a algum centro de reabilitação, onde passará por outra avaliação (seja por parte da fisioterapia, ou por parte da terapia ocupacional ou mesmo de um psicólogo, dependendo da necessidade de cada indivíduo) onde dependendo da sua lesão e do estágio em que se encontra iniciará o tratamento adequado sempre com o propósito final de retornar a sua atividade ocupacional. Mas, dependendo do caso o médico pode indicar o tratamento cirúrgico ao invés do conservador.

A política predominante do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) é não aposentar o trabalhador por LER/DORT, por não considerar a doença incapacitante, e sim, apenas, limitante.

LEGISLAÇÕES QUE ENVOLVEM A SAÚDE DO TRABALHADOR

Em nosso país, a primeira Lei de Acidente do Trabalho surgiu em 1919, e baseava-se no conceito de "risco profissional", considerando esse risco como sendo natural à atividade profissional. Essa legislação não estabelecia um seguro obrigatório mas, previa pagamento de indenização ao trabalhador ou à sua família, calculada de acordo com a gravidade das seqüelas do acidente, sendo que a prestação do socorro médico-hospitalar e farmacêutico era obrigação do empregador. A comunicação do acidente de trabalho tinha que ser feita à autoridade policial do lugar, pelo empregador, pelo próprio trabalhador acidentado, ou ainda, por terceiros.

Desde então, a legislação brasileira sobre acidentes de trabalho sofreu importantes modificações em 1934, 1944, 1967, 1976, 1984, 1991, 1992 e finalmente, em 1995. A legislação atualmente em vigor é a Lei Nº 8.213, de 24 de julho de 1991, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 611, de 21 de julho de 1992 (Plano de Benefícios da Previdência Social). De acordo com essa legislação, além de ser responsável pela adoção e uso de medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador, a empresa deve contribuir com o financiamento da complementação das prestações por acidente de trabalho proporcionalmente ao grau de risco de acidentes de trabalho correspondente à sua atividade econômica. Os percentuais, incidentes sobre o total das remunerações pagas no decorrer do mês, equivalem à 1% (um por cento) para o grau de risco leve, à 2% (dois por cento) para o grau médio e à 3% (três por cento) para o grau de risco grave.

Quando ocorre um acidente, a empresa deverá comunicar o acidente de trabalho à Previdência Social, através da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato à autoridade policial competente. O acidentado ou seus dependentes, bem como o sindicato a que corresponda a sua categoria, deverão receber cópia fiel da CAT.

O acidente de trabalho deverá ser caracterizado:

- Administrativamente, através do setor de benefícios do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), que estabelecerá o nexo entre o trabalho exercido e o acidente;
- Tecnicamente, através da perícia médica do INSS, que estabelecerá o nexo de causa e efeito entre o acidente e a lesão.

O auxílio-acidente será concedido ao trabalhador segurado quando, após consolidação das lesões decorrentes da doença profissional ou acidente de trabalho, resultar seqüela que implique em redução da capacidade laborativa. Esse auxílio é mensal e vitalício e, corresponde a 50% do salário-de-contribuição do segurado, vigente no dia do diagnóstico da doença profissional ou da ocorrência do acidente de trabalho.

A aposentadoria por invalidez será devida ao trabalhador que for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação, e corresponde a 100% do salário-de-contribuição do segurado.

Por sua vez, o trabalhador segurado que sofreu acidente de trabalho tem garantida, pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, a manutenção do seu contrato de trabalho na empresa, após a cessação do auxílio-doença acidentário.

AÇÕES PÓS ACIDENTE DE TRABALHO

Quando ocorre um acidente de trabalho, imediatamente uma série de ações deve ser tomada

para a notificação do acidente e condição do trabalhador.

Assim que ocorre um acidente de trabalho logicamente o acidentado é encaminhado para um posto e urgência e lá iniciado os primeiros atendimentos deste trabalhador. No que diz respeito a parte burocrática a empresa é responsável por comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências.

Inicialmente, considera-se como dia do acidente, no caso de doença profissional ou de acidente de trabalho, a data do acidente ou do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual, ou o dia da segregação compulsória, ou o dia em que for realizado o diagnóstico, valendo para este efeito o que ocorrer primeiro (FIESP E CIESP).

Da comunicação de acidente do trabalho (CAT), sendo emitida pela empresa com base na Lei nº 8.213, receberão cópia fiel o acidentado ou seus dependentes, bem como o sindicato a que corresponda a sua categoria (FIESP E CIESP).

O serviço de saúde responsável pelo atendimento tomará as medidas cabíveis, para assegurar os direitos previdenciários e a assistência médica, farmacêutica e odontológica gratuita ao trabalhador acidentado. Os serviços de atendimento médico ao trabalhador acidentado ou portador de doença profissional ou do trabalho, sejam públicos, filantrópicos ou privados independente da sua vinculação com o SUS, deverão encaminhar aos órgãos municipais de saúde competentes, cópias frente e verso da CAT e cópia do Prontuário Médico, logo após a caracterização e a numeração do acidente de trabalho pelo Instituto Nacional da Seguridade Social - INSS, para execução das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Outro aspecto a ser considerado seria a caracterização do acidente ou da doença ocupacional e a incapacidade para o trabalho. Assim o empregado pode ser afastado pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) por até 15 dias consecutivos, incumbindo à empresa o pagamento do salário ao segurado. Se a incapacidade ultrapassar 15 dias consecutivos, o segurado será encaminhado ao INSS, para a perícia médica. A perícia médica do INSS manifestará após o afastamento do trabalhador por mais de 15 dias, com a finalidade de proceder aonexo técnico e indicar ou não a concessão de benefícios e encaminhamento para o serviço de reabilitação profissional. O trabalhador, em razão de estar afastado pela doença do trabalho por mais de 15 dias e recebendo auxílio doença acidentário, gozará de estabilidade no emprego, pelo período mínimo de 12 meses, a contar do encerramento do referido benefício. Em relação ao empregado do Regime Jurídico Único (RJU), os benefícios do Plano de Seguridade Social, que concede, entre outros, licença para tratamento de saúde até 30 dias. Após este período, em caso de permanência da patologia, é encaminhado para uma perícia médica da própria instituição, a fim de que seja avaliado o nexocausal da doença com o trabalho, podendo haver prorrogação ou não da licença, sem prejuízo financeiro e sem perda da estabilidade no emprego (Dias, 2003).

Como foi relatado acima após todo o trâmite burocrático, seja por acidente ou por doença ocupacional o paciente é encaminhado para algum serviço de reabilitação profissional, quando necessário, ficando a encargo do mesmo ou da empresa em que trabalha procurar um serviço de reabilitação que atenda as suas necessidades e que possa prestar um serviço de qualidade e eficaz, seja ele público ou privado.

A REABILITAÇÃO DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador é um campo específico da área da saúde pública que procura atuar através de procedimentos próprios com a finalidade de promover e proteger a saúde de pessoas envolvidas no exercício do trabalho. Isto implica em uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar, buscando a preservação e a promoção da saúde através de medidas de alcance coletivo (Minayo-Gómez, 1997).

A reabilitação profissional é uma proposta multidisciplinar e intersetorial, que visa à assistência à saúde dos trabalhadores de qualquer instituição e, quando necessário, sua readaptação ou reinserção profissional e social, buscando sua integridade física, mental, sensorial ou orgânica. Partindo desses conceitos, pode-se notar que o objetivo da reabilitação

profissional é tentar viabilizar o retorno ao trabalho por meio da assistência médica, reabilitação física e mental (se necessária), avaliação da capacidade laboral, visitas ao local de trabalho e contato com chefias, porém não habilita o trabalhador e não exerce qualquer papel em sua formação. Após esses procedimentos, a equipe determina se o trabalhador é capaz de desempenhar suas atividades ou se necessita de uma readaptação funcional.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (Convenção nº 15, de 1º de junho de 1983), ela estabelece como finalidade da reabilitação profissional "permitir que uma pessoa com deficiência obtenha e mantenha um emprego adequado e progrida no mesmo, promovendo-se assim a sua inclusão social". Os serviços especializados de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho são um alvo importante na atuação junto à empresa, desenvolvendo um processo educacional e de conscientização sobre as deficiências, na prevenção de acidentes de trabalho. As ações desenvolvidas em conjunto com as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) e Semana Interna de Prevenção de Acidente do Trabalho (SIPATs), na educação dos empregados, são de fundamental importância para a diminuição, a prevenção e se necessário reabilitação do profissional do trabalhador para o reingresso ao seu posto de trabalho.

O trabalhador vítima de acidente de trabalho terá prioridade de atendimento no programa de reabilitação profissional. Não há prazo mínimo de contribuição para que o segurado tenha direito à reabilitação profissional (Ministério da Previdência Social).

SURGIMENTO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO MUNDO E NO BRASIL

A reabilitação profissional teve início no Brasil em 1943, nos Institutos e Caixas de Aposentadorias como serviço para Reeducação e Readaptação de aposentados por invalidez com o objetivo de diminuir o vultuoso ônus dessas aposentadorias, uma vez que aqueles considerados inválidos para uma atividade profissional seriam capazes para outra (Portaria n.o CNT- 83 de 16/11/1943) (OLIVEIRA, 1989).

A partir do Decreto (BRASIL, 1960 - Decreto n.o 48.959-A, de 19/09/1960) que aprovou o Regulamento Geral da Previdência Social (RGPS) denominou-se o serviço de Assistência Reeducativa e Readaptação como Reabilitação Profissional e criaram-se os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) subordinados ao Departamento Nacional de Previdência Social – DNPS (Decreto n.o 48.959-A, de 19/09/1960), que incluía a assistência médica e a reabilitação física.

É necessário lembrar que desde o seu surgimento, em 1949, a Reabilitação Profissional no Brasil, enfrenta grandes dificuldades de ordem interna e externa. A prestação do serviço, contudo, tem evoluído no sentido do aprimoramento e melhora do desempenho, como se pode observar. O futuro e o sucesso da Reabilitação Profissional no Brasil, no século XXI, dependem de ações de discussões, como as que vêm sendo realizadas, com todos os seguimentos da sociedade em âmbito nacional e com todos envolvidos no processo de reabilitação profissional.

Os modelos assistenciais tradicionais de reabilitação profissional ancoravam-se apenas nas intervenções clínicas individualizadas, desprovidas de investimentos nos vínculos com os pacientes e ensurdecidas quanto às suas necessidades e anseios (Takahashi, 2003).

Acompanhando o dinamismo do mercado de trabalho do Brasil, os CRPs passaram por transformações muito rápidas e, nos últimos anos, aconteceram nos CRPs do Brasil, mudanças estruturais, com os planos de modernização da Reabilitação Profissional.

PERFIL DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL JUNTO AO INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE NACIONAL

Em 2002, existiam 89 serviços de Reabilitação Profissional, em 102 Gerências Executivas do país e 360 serviços em Agências da Previdência Social. No período de 1990 a 2002, foram reabilitados no Brasil 167.184 clientes, no Estado de São Paulo 55.557 E a partir dos estudos

colhidos podemos concluir que o Centro de Reabilitação de Campinas (SP), é a principal referência de estudos da reabilitação profissional no país.

No Brasil a reabilitação profissional é um serviço prestado pelo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), em caráter obrigatório (OLIVEIRA, 1989).

A clientela da reabilitação profissional é constituída por:

- Dependente pensionista maior de 18 anos, portador de deficiência;
- Dependente maior de 16 anos, portador de deficiência;
- Pessoas portadoras de deficiência, sem vínculo com a Previdência (mediante convênio de cooperação técnico-financeiro);
- Beneficiário em percepção de auxílio-doença (acidentário ou previdenciário);
- Aposentado por invalidez e beneficiário sem carência para o auxílio-doença.

A assistência ao acidentado do trabalho envolve complexos e diversificados aspectos, desde os preventivos até a reinserção no mercado de trabalho, após o seu completo restabelecimento, considerando-se o tipo de acidente, a lesão, os serviços de saúde, a empresa, o mercado de trabalho, entre outros.

O programa de Reabilitação Profissional tem início a partir do encaminhamento dos beneficiários, pela Perícia Médica e Serviço Social do INSS, pelas empresas, sindicatos e instituições conveniadas ou não, às Unidades Executivas de Reabilitação Profissional (UERP) que, de acordo com o seu porte são designadas como Centro de Reabilitação Profissional (CRP) (concentram o maior número de atendimentos e profissionais da saúde e estão localizados em grandes centros urbanos), os Núcleos de Reabilitação (NRP) (unidades que dispõem de recursos para avaliação médico-social e reintegração profissional) e Unidades de Extensão da Reabilitação Profissional.

Tradicionalmente, a grande clientela dos Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) constitui-se por acidentados do trabalho mutilados em diversos graus, trabalhadores com doenças crônicas da coluna vertebral, particularmente, lombalgias e, em menor proporção, doenças comuns ou do trabalho.

A orientação dada é para que as equipes de reabilitação profissional estejam sempre centradas nas necessidades e potencialidades dos segurados. Os recursos utilizados são os da unidade de reabilitação e da comunidade, principalmente na fase de profissionalização, quando o segurado faz treinamento e capacitação profissional, através de cursos profissionalizantes e estágios nas empresas, que são as grandes colaboradoras para o êxito do programa de reabilitação profissional, porque ampliam, consideravelmente, as possibilidades de readaptação, adequando o reabilitando as tendências de mercado.

O processo de reabilitação desenvolve-se através de fases sucessivas, compreendendo avaliações médicas, psicológicas, sociais, vocacionais e profissionais. Cada uma destas etapas fica sob responsabilidade direta de um técnico especializado ou especialista, os casos dos segurados são, periodicamente, discutidos entre os profissionais que estão trabalhando com o aquele caso.

O assistente social faz os levantamentos situacionais e profissionais junto aos adoecidos e, após sua análise, contextualizava os casos nas reuniões técnicas da equipe, fornecendo os elementos sociais necessários para subsidiar a definição das capacidades laborativas residuais e orientação das diversas áreas para os programas de reabilitação. Orienta os direitos trabalhistas e de cidadania, na busca de melhores alternativas de volta ao trabalho (Takahashi, 2003).

O médico medica e prescreve tratamentos em situações de crises agudas, avaliando também clinicamente as condições globais de saúde de cada adoecido, o seu grau de comprometimento físico, os limites funcionais e a compatibilidade com a função exercida e a exercer por ocasião do retorno.

O psicólogo estimula individualmente a elaboração dos sentimentos dos adoecidos, decorrentes da perda funcional e emocional vivenciada de modo singular, trabalhando na aceitação dos limites, na aprendizagem da convivência com a dor e no estabelecimento de novas condutas para a satisfação de seus anseios. O trabalho em grupo objetivava desenvolver os

aspectos sadios dos adoecidos e por meio de um processo de identificação, tornava possível ressignificar a LER/DORT, segundo um referencial coletivo, reduzindo o nível de angústia e proporcionando o suporte emocional para a reconstrução da identidade abalada pela doença.

O fisioterapeuta oferece atividades para que os adoecidos possam desenvolver a percepção do próprio corpo, conhecendo as suas estruturas e as suas inter-relações, visando garantir a autonomia na criação ou alterações dos hábitos posturais e funcionais comprometidos, diminuindo as sobrecargas físicas e tensionais.

O terapeuta ocupacional, servindo-se de técnicas específicas, possibilita vivências para os adoecidos desenvolverem posturas corretas, mediante a observação e o autoconhecimento da inter-relação entre tempo, ritmo, respiração e tensão muscular na realização de tarefas e nos movimentos de segurar objetos; aprendendo, por meio de relaxamentos, novos caminhos funcionais adaptativos. Esse trabalho oferece ainda adaptações dos adoecidos para as atividades da vida diária e do lazer, utilizando-se de atividades lúdicas, expressivas e de relaxamento, realizadas num *setting* grupal, possibilitando que a troca entre seus participantes, do que foi experimentado, seja um potencializador para o autoconhecimento dos hábitos funcionais e posturais, o que poderá levar a uma efetiva modificação dos mesmos.

O programa de reabilitação profissional além de contar com recursos humanos diferenciados nas áreas: médica, social, psicológica e profissional, ainda pode contar com recursos materiais para as necessidades específicas do reabilitando: próteses, órteses, instrumentos de trabalho, documentação para o trabalho, mensalidades de curso, transporte e alimentação.

A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

A reabilitação profissional está enquadrada na saúde do trabalhador, mas ainda existem poucos centros especializados neste tipo de serviço especializados, sendo na sua maioria em caráter experimental ou provisório. Mas de acordo com os resultados obtidos por esses setores, nos faz crer que a reabilitação profissional é de extrema importância tanto para a saúde do trabalhador, quanto para a saúde financeira do estado e das empresas que tem empregados lesados ou acidentados.

A reabilitação profissional (RP) é um processo multidisciplinar que envolve áreas do conhecimento como: sociologia, psicologia, medicina, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional e saúde pública. Tem por objetivo promover o retorno ao mercado de trabalho dos segurados que, em decorrência da doença e/ou acidente de qualquer natureza ou causa, se encontram impossibilitados, parcial ou totalmente, de desenvolver suas atividades profissionais.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) caracteriza reabilitação profissional (RP) como a parte contínua e coordenada do processo de reabilitação, que envolve a provisão de serviços profissionais, isto é, orientação e treino profissional, além de colocação seletiva, designando pessoas capazes para funções determinadas.

No entanto, o indivíduo reabilitado, preparado e orientado na sua vocação, consciente do seu papel na sociedade, pode voltar a ser uma pessoa produtiva e realizada. As dificuldades deixam de existir quando o trabalhador encontra uma nova atividade ocupacional adequada a sua incapacidade, obtendo-se durante o processo de reabilitação, uma verdadeira consciência profissional, desfazendo-se a resistência daqueles que ignoram as reais situações das pessoas reabilitadas e que não compreendem a transcendência do seu direito ao trabalho. (Mahayri, 2004)

No entanto, a reabilitação profissional não é um processo para ser destacado, somente do ponto de vista econômico. É preciso reconhecer e divulgar a sua importância social, principalmente na economia globalizada da atual sociedade pós-industrial. A reabilitação profissional constitui-se hoje, devido às condições de mercado de trabalho com tão elevado índice de desemprego, no mundo inteiro, um verdadeiro desafio para o século XXI.

O serviço de reabilitação profissional é fundamental para o trabalhador de qualquer nível social, mas principalmente, para as classes sociais menos favorecidas e para a Previdência Social, na medida em que tem por objetivo, a reinserção no mercado de trabalho dos segurados

em auxílio-doença. A volta do segurado para o trabalho causa impacto em quatro importantes aspectos:

- O reabilitado volta a participar do processo produtivo;
- A condição pessoal e social do segurado e da sua família melhora significativamente.
- O segurado reabilitado diminui o ônus da Previdência, ao cessar o auxílio-doença;
- O segurado volta a contribuir para a Previdência Social;

Uma vez considerado reabilitado, o trabalhador com vínculo empregatício não-estável terá, por lei, doze meses de estabilidade na empresa após o seu retorno. Este retorno vem acompanhado de recomendações sobre o tipo de atividade que poderá executar o que implicará, muitas vezes, a necessidade de exercer atividades ou funções diferentes daquelas que realizava por ocasião do adoecimento.

A reabilitação profissional pela sua própria dinâmica concentra-se no indivíduo, no seu espaço vital, sua problemática e núcleo familiar, seu relacionamento com grupos próximos e sua participação na comunidade. A dinâmica do processo de reabilitação envolve a recuperação, readaptação, reinserção no mercado de trabalho e o acompanhamento do segurado no exercício da nova atividade. É um trabalho multidisciplinar até que se complete a reabilitação do segurado. Enquadra-se como prevenção terciária de alto custo e tecnicamente difícil, requerer um corpo de profissionais qualificados em diferentes especialidades. A reabilitação profissional só alcança sua plenitude, quando devolve à sociedade, o indivíduo reabilitado e em condições de participar do processo produtivo.

O objetivo fundamental da reabilitação profissional é desenvolver as capacidades residuais dos segurados, isto é, reintegrá-los à força de trabalho, através de programas de reeducação e, assim, propiciar melhores condições de bem-estar físico, mental e social.

CONCLUSÕES

A reabilitação profissional ainda não faz parte do conhecimento de todos aqueles que estão envolvidos diretamente com trabalho, principalmente o setor público, as empresas e os trabalhadores. Mas este é um cenário que está mudando rapidamente, primeiro porque o setor público, entenda-se previdência social, está investindo cada vez mais na reabilitação dos trabalhadores e em segundo lugar os próprios profissionais da área de saúde estão engajados em modificar esta realidade, uma vez que um dos setores de especialização que mais cresce entre esses profissionais é a área do trabalho (prevenção e reabilitação).

Diante de tudo que foi apresentado conclui-se que a reabilitação profissional é de extrema importância para reinserção do trabalhador acidentado ou acometido por doença ocupacional no seu posto de trabalho, uma vez que um trabalhador acidentado e conseqüentemente seqüelado era considerado inválido e hoje essa realidade está mudando de figura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES. Disponível em: <http://www.cipanet.com.br>. Acesso em: Dezembro de 2007

DIAS, E. C. Et al, Desafio da abordagem multidisciplinar da lombalgia ocupacional. Rev. Min. Enfermagem, 7(1): 67-72, janeiro./ julho, 2003

LEGISLAÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA no Manual Prático Atualizado até janeiro/03. FIESP E CIESP

MAHAYRI, N. Desafios da reabilitação profissional para o século; estudo dos fatores prognósticos para a reabilitação profissional de segurados incapacitados para o trabalho, com

doenças crônicas da coluna vertebral, encaminhados pela Perícia Médica do INSS para Programa de Reabilitação Profissional, por acidente do trabalho ou doença comum, no período de 1993 a 1997, em Campinas-SP. Março 2004

MINAYO-GÓMES C.; Thedim-Costa SM. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. Saúde Pública 1997; 13(2): 21-32.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br>. Acesso em: Agosto de 2007

MINISTÉRIO DO TRABALHO. Disponível em: <http://www.mte.gov.br>. Acesso em: Novembro de 2007

NUNES, E. E. et. al. A trajetória do trabalhador portados de LER/DORT: afinal que caminho é esse? Revista Virtual Textos & Contextos, nº 1, novembro. 2002

OLIVEIRA, J. C. de. Segurança e saúde no trabalho – uma questão mal compreendida. São Paulo em perspectiva, 17 (2):3 -12; 2003

SALIM, C. M. Doença do trabalho exclusão, segregação e relações de gênero. São Paulo em perspectiva, 17(1): 11-24, 2003

TAKAHASHI, M. A. B. C. et al. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (5):1473-1483, setembro-outubro, 2003