

Categoria: Órgãos Públicos

Profissionais Responsáveis: Luciane Politi Lotti, Osmarina Dias Alves e Silvia Angélica Souza Freire

Contato: silviaa@unicamp.br

Resumo do trabalho

A dissociação entre a reabilitação física, praticada pelo SUS, e a profissional, praticada pelo INSS, trouxe como consequência diversos problemas que podem ser caracterizados por tipo de impacto que causam: sociais e familiares, físico-funcionais, psicológicos e morais, profissionais, econômicos e qualidade de vida. Sousa (2008) esclarece que estes impactos se interrelacionam no que denominou de “Modelo Interrelacional dos Impactos”. (Figura 1) Figura 1 – Modelo Interrelacional de Impactos.

O mesmo autor esclarece ainda que estes problemas, oriundos em primeira instância dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, constituem um fenômeno insuficientemente estudado, preocupante e que interessa e envolve uma série de atores.

É insuficientemente estudado com relação a sua caracterização, à necessidade de conhecimento aprofundado dos seus impactos e quanto ao nível de desenvolvimento dos modelos de estratégias e de intervenção requeridos. É um fenômeno preocupante dada sua elevada incidência e recorrência, aos múltiplos impactos trazidos para os âmbitos humanos, econômicos e sociais, e por suas consequências permanentes e duradouras.

Impacto na vida dos reabilitados e indicador utilizado para medir esse impacto

Todo este estado de coisas resulta no que pode ser chamado de “raciocínio circular” do processo de reabilitação profissional brasileiro atualmente praticado pelo INSS, que dentre tantos outros resultados recorrentes, dois de especial impacto podem ser destacados: a demissão do trabalhador e o pagamento de indenização judicial pelos empregadores. (Figura 3) quanto mais cedo se inicia um processo de reabilitação, maiores são as chances de o trabalhador voltar as suas atividades laborais.

Em palestra proferida em 12/05/2005 no Ministério da Previdência Social, o especialista holandês Rienk Prins, observa que no processo de reabilitação a doença, em si, deixa de ser importante, e o que se analisa é o impacto que a doença provoca no trabalhador.

O Estado da Arte nos processos reabilitatórios exitosos implicam no desenvolvimento e execução de um novo paradigma: “Não reabilitar pessoas com a finalidade de fazê-las retornar ao trabalho, mas fazê-las voltar ao trabalho para reabilitá-las”. Assim, reverter o foco reparatório/indenizatório para o foco reabilitatório, inverter o atual paradigma do processo reabilitatório brasileiro e propor modelos estratégicos suportados por uma consistente política pública, constituem, portanto, o escopo do presente projeto. duas linhas de atividades do Departamento de Política de Saúde e Segurança Ocupacional vinculado à Secretaria de Políticas de Previdência Social, que seriam:

Realizar estudos, pesquisas e propor ações formativas visando ao aprimoramento da legislação e das ações do Regime Geral de Previdência Social e dos Regimes Próprios de Previdência Social, no âmbito de sua competência;

Propor, no âmbito da previdência social e em articulação com os demais órgãos envolvidos, políticas voltadas para a saúde e segurança dos trabalhadores, com ênfase na proteção e prevenção.

A significância destes dados, também revela e dá o tom da prioridade deste projeto, da sua abrangência geopolítica, dos segmentos interessados da sociedade e das perdas e prejuízos sócio-econômicos determinados pelo atual processo reabilitatório profissional. Tabela 1 - Valores do Processo Reabilitatório, Concessão de Benefícios e Demanda Teórica no Brasil Considerando o período analisado, o gráfico e a tabela acima demonstram: Uma quantidade crescente de benefícios concedidos: 31,16%; Uma capacidade constante no registro de clientes para o programa de reabilitação profissional, relativamente à quantidade de benefícios concedidos: média de 2,5%; Um leve aumento na capacidade do programa de reabilitação: 5,66%. Se o volume ideal de encaminhamento à Reabilitação Profissional é da ordem de 30% da quantidade de benefícios concedidos por incapacidade temporários (auxíliodoença previdenciários e acidentário) conclui-se que anualmente 27,5% destas pessoas fiquem desassistidas.

No ano de 2006, por exemplo, a quantidade total de concessão de benefícios por incapacidade temporários foi de 2.652.988 de pessoas, a demanda teórica ideal à reabilitação profissional seria equivalente a 795.896 pessoas. Enquanto isto, neste mesmo ano, somente 67.687 pessoas foram eleitas para o programa, das quais 17.198 foram efetivamente reabilitadas, e 778.698 pessoas foram aleijadas deste processo. Estima-se que as pessoas reabilitadas e retornadas ao trabalho no ano de 2006, possibilitarão somente ao INSS, no ano de 2007, uma economia líquida de mais de cento e oitenta e três milhões de reais (R\$ 183.000.000,00) * fonte: A Previdência Social e a Reabilitação Profissional no Brasil. Trabalho apresentado por Leila Silva Cannalonga no 1º Congresso de Reabilitação Profissional de Acidentados no Trabalho CBSSI. São Paulo 3 e 4 abril de 2006. O processo reabilitatório realmente é compensador tendo em vista que, enquanto o custo das concessões totais de benefícios pelo Regime Geral de Previdência Social, excluindo-se os de caráter acidentários, cresceu 46,58% no período de 2003 a 2007, o custo dos benefícios de caráter exclusivamente acidentários cresceu 70,58%, no mesmo período.

Resultados obtidos, conclusão e perspectiva de continuidade

Com relação aos dados da movimentação previdenciária, existe uma importante ordem decrescente de valores, que também demonstra o tamanho do município de Campinas: A maior unidade da federação (UF) em termos de volume previdenciário é a região sudoeste; Dentro desta região, o estado de São Paulo é o maior; O município de São Paulo possui a maior clientela previdenciária seguido do município de Campinas que é o segundo maior dentro deste; Em âmbito de Brasil, o município de Campinas perde esta posição somente para quatro outros municípios, que também são capitais: Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Brasília (DF) e Salvador (BA). Afora isto, a região metropolitana de Campinas representa um forte pólo de desenvolvimento para o país assim como agrega uma das principais universidades do Brasil, e do mundo, qual seja, a Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, cuja inserção na comunidade local é de grande representatividade e relevância, principalmente nos serviços prestados à comunidade por meio da assistência prestada pelo Hospital de Clínicas (HC), Centro de Atenção Integral à Mulher (CAISM), Hemocentro e Centro de Diagnóstico de Doenças do Aparelho Digestivo (Gastrocentro).

Ao longo do ano de 2008, somente o Hospital de Clínicas, realizou mais de 290.000 consultas e mais de 2.000.000 de exames laboratoriais. Os números crescem a cada tipo de assistência prestada destacando que todas possuem forte

correlação com a área de pesquisa. Maiores informações acerca dos atendimentos realizados pela área de saúde da Universidade Estadual de Campinas estão disponíveis nos endereços: HC - http://www.hc.unicamp.br/servicos/producao_2008.html CAISM - <http://www.caism.unicamp.br/estatisticas/esta-relatorio.html> HEMOCENTRO - <http://www.hemocentro.unicamp.br/noticias.php?idsecao=21> Todos estes dados demonstram que os produtos deste projeto encontram terreno fértil de replicação e apoio institucional e educacional, o que possivelmente surtirá efeitos positivos nas contas do custo-Brasil, resultado este que será devidamente acompanhado e mensurado já que constituem umas das entregas programadas.

Além destes dados relevantes e representativos da área da saúde da Unicamp, a região de Campinas tem se beneficiado constantemente com iniciativas pontuais do Governo do Estado de São Paulo, notadamente destacam-se: Unicamp e a Secretaria de Estado da Saúde firmaram em 22/07/2008, um convênio para a criação do primeiro Programa de Escola em Saúde da Família do Estado de São Paulo, com objetivo de formar profissionais para a Estratégia de Saúde da Família, atendendo assim às peculiaridades de atenção básica em Campinas e região.

O curso tem como propósito ainda atuar em áreas de residência em Medicina de Família e de comunidade, residência multiprofissional em Saúde da Família e cursos de extensão. Com investimento de R\$ 3,1 milhões, sendo R\$ 1,5 milhão em infra-estrutura e R\$ 1,6 milhão para custeio, o projeto terá um prédio próprio dentro da área da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; Em 24/janeiro/2009, também em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, foi inaugurado na cidade de Campinas o III Núcleo Regional do Centro de Atendimento de Portadores de Deficiência – que constitui a Rede de Reabilitação Lucy Montoro, assim como foi entregue uma Unidade Móvel de Reabilitação. 1.6.2 A Abrangência do Projeto e as Condições de Saúde e Segurança Ocupacional na UNICAMP Pretende-se que o piloto do novo processo reabilitatório seja implantado dentro da UNICAMP cuja comunidade interna segue descrita abaixo: São 14.400 servidores, sendo 36% regidos pelas leis trabalhistas CLT, 30% estatutários e 34% com outros tipos de regimentos; 55% da população é feminina e 45% masculina; Com relação as faixas etárias a comunidade se divide: 24% (entre 51 a 60 anos), 33% (de 41 a 50 anos), 20% (de 31 a 40 anos), 23% (abaixo de 30 anos);

Existe uma diversidade de mais de 350 funções classificadas de acordo com a CBO. Com relação aos indicadores de saúde e segurança ocupacional na UNICAMP, as constatações obtidas no âmbito nacional também se valem para esta universidade. Portanto, em termos estatísticos, os eventuais resultados e recomendações em termos de políticas públicas deste projeto piloto resguardam a capacidade de replicação.

Em que pesem as dificuldades hoje existentes, e bem exploradas em termos de do processo reabilitatório praticado pelo INSS, somado às questões de propriedade e observância legais, a UNICAMP vem alcançando avanços importantes em seus indicadores qualitativos: Diminuição média de 2% em seus índices de absenteísmo relacionados a licenças médicas e acidente de trabalho, no período de junho/2006 a setembro/2008; Aumento de 19% na quantidade de exames de retorno ao trabalho (de out/2005 a out/2008) devidamente homologados pelo INSS, se envolvidos redução de capacidade laboral/mudança de função.

Estes avanços em muito se devem às práticas de multidisciplinaridade dos profissionais envolvidos, expertise da atual responsável pela Medicina do Trabalho, envolvimento de equipes de diferentes estruturas organizacionais, execução de ciclos de melhorias de processos e clarificação de papéis e responsabilidades