

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: TRABALHO, MOVIMENTOS SOCIAIS E EDUCAÇÃO**

**OS ELEMENTOS SÓCIO-EDUCATIVOS QUE CONFIGURAM A (RE)INSERÇÃO
PROFISSIONAL DE PESSOAS COM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS**

GISELE GUERRA GIURIOLO

Porto Alegre

2009

GISELE GUERRA GIURIOLO

**OS ELEMENTOS SÓCIO-EDUCATIVOS QUE CONFIGURAM A (RE)INSERÇÃO
PROFISSIONAL DE PESSOAS COM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Educação.

ORIENTADOR: Professor Dr. JORGE ALBERTO ROSA RIBEIRO

Porto Alegre

2009

Ao Gustavo, pela compreensão,
paciência e cumplicidade.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Jorge Alberto Rosa Ribeiro, pelo acolhimento, paciência, dedicação e amizade.

Aos meus colegas de mestrado, pelos momentos compartilhados.

Aos amputados participantes da pesquisa, pela confiança em partilharem comigo alguns momentos de suas vidas.

RESUMO

Considerando a inserção profissional como a articulação de dois componentes importantes no processo de socialização, o trabalho e a educação, a pesquisa realizada nessa dissertação objetivou identificar os elementos sócio-educativos que configuram a (re)inserção no mercado de trabalho de pessoas que sofreram amputação de membros. Inicialmente, realizou-se uma abordagem quantitativa a partir da revisão total de 169 prontuários de amputados protetizados pelo SUS, INSS e rede privada de saúde. A abordagem qualitativa da pesquisa ocorreu a partir de entrevistas semiestruturadas com profissionais do centro de reabilitação profissional do INSS/POA e aplicação da técnica do discurso do sujeito coletivo nas entrevistas com amputados gaúchos protetizados em Porto Alegre. Identificaram-se aspectos comuns nas falas dos entrevistados, relacionados à preponderância da protetização no processo de reabilitação e à relevância de retomar a atividade profissional, ainda que informalmente, para resgate da autoestima e reinclusão social, conferindo à (re)inserção profissional um papel terapêutico, além de sobrevivência. A inserção profissional é propulsionada pelas redes sociais informais, em que os contatos são peculiarmente importantes no acesso a informações sobre as vagas de trabalho, bem como as indicações para o preenchimento das mesmas. Aliás, as redes sociais aparecem como os recursos mais efetivos do que as políticas públicas afirmativas na promoção de empregabilidade. Outro aspecto significativo à (re)inserção profissional diz respeito à escolaridade, uma característica que influencia o tipo de retorno ao mercado de trabalho: quanto mais escolarizado, maior a tendência de atuação no mercado de trabalho formal, assim como a oferta de empregos por cotas reservadas a PPD's; enquanto que para os amputados menos escolarizados, os postos de trabalho ocupados são de grande desgaste físico com base em saberes práticos, aprendidos no cotidiano de trabalho.

Palavras-chaves: inserção profissional, amputados, ações afirmativas, reabilitação.

ABSTRACT

Whereas the occupational integration as a combination of two important components in the socialization process: the work and education, research carried out in this paper aimed to identify the social and educational elements of the (re) integration into the labor market of people who have suffered amputation of limbs. Initially, there was a quantitative approach based on the revision of 169 medical records of amputees prostheses by SUS, Social Security and private health clinics. The qualitative research took place from semi-structured interviews with professionals in the rehabilitation center professional INSS / POA and the technique of collective subject speech in interviews with amputees from Rio Grande do Sul. We identified common issues in the interviews, related to the preponderance of the prosthesis in the rehabilitation process, the importance of taking back their career, even informally, for the recovery of self-esteem and social reinsertion, giving to the (re) insertion a therapeutic role, beyond survival. The professional integration is driven by informal social networks, where contacts are uniquely important for improving access to information about job vacancies, and the information to fill them. Moreover, the social networks are resources more effective than affirmative public policies in promoting employability. Another significant aspect of (re) integration mechanisms regards to education, a characteristic that influences the type of return to the labor market: as more educated, greater tendency of activity in the formal labor market and the demand for jobs by quotas reserved for PPD's. While for amputees less educated, the jobs are very physically demanding on the basis of practical knowledge, learned in daily work.

Keywords: occupational inserction, amputees, affirmative policies, rehabilitation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD: Associação de Amparo à Criança Deficiente
ACM: Associação Cristã de Moços
CRP: Centro de Reabilitação Profissional
Dec. Fed.: Decreto Federal
DORT: Distúrbio Osteomuscular Relacionados ao Trabalho
DSC: Discurso do Sujeito Coletivo
EJA: Educação de Jovens e Adultos
IBDD: Instituto Brasileiro de Defesa dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social
IPA: Centro Universitário da Igreja Metodista Instituto Porto Alegre
LER: Lesão por Esforço Repetitivo
OIT: Organização Internacional do Trabalho
POA: município de Porto Alegre
PPD: pessoa portadora de deficiência
PROUNI: Programa Universidade para Todos
RJ: Estado do Rio de Janeiro
RS: Estado do Rio Grande do Sul
SENAC: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SINE: Sistema Nacional de Emprego
SPMT: Serviço de Pesquisa de Mercado de Trabalho
SP: Estado de São Paulo
SUS: Sistema Único de Saúde
UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de sexo dos 169 pacientes amputados protetizados	47
Tabela 2: Perfil das pessoas entrevistadas obedecendo à cronologia das entrevistas	57
Tabela 3: Situação Profissional e Escolar dos Entrevistados.....	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Etiologia das amputações.....	48
Gráfico 2 Período entre a amputação até a protetização	49
Gráfico 3 Procedência dos amputados protetizados	50
Gráfico 4 Escolaridade dos amputados protetizados	51
Gráfico 5 Níveis de Amputação-número absoluto de casos.....	55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Foto ilustrativa de pé e joelho artificial (pneumático) acoplado ao encaixe da prótese de membro inferior.	33
Figura 2: Foto ilustrativa de pé e joelho artificial (eletrônico) acoplado ao encaixe da prótese de membro inferior.	33
Figura 3: Foto de prótese de membro inferior com cobertura cosmética	33
Figura 4: Encaixe protético.....	33
Figura 5: Foto de uma prótese de membro superior.	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 INSERÇÃO PROFISSIONAL DE AMPUTADOS.....	15
2.2 A CENTRALIDADE DO TRABALHO.....	19
2.3 A EMPREGABILIDADE E SUAS INTERFACES	23
2.3.1 Escolaridade e empregabilidade	24
2.3.2 Políticas afirmativas e empregabilidade	25
2.3.3 As redes sociais informais e a empregabilidade	29
2.4 AMPUTAÇÕES E RECURSOS PROTÉTICOS	31
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO	36
3.1 TÉCNICA DE ANÁLISE: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)	39
3.2 DESCRIÇÃO ANALÍTICA DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DE AMPUTADOS	40
3.2.1 Entrevista com orientador profissional	40
3.2.2 Entrevista com fisioterapeuta	43
3.3 DELINEAMENTO QUANTITATIVO DA PROBLEMÁTICA DE PESQUISA.....	46
4 ANALISANDO O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DA PESQUISA	56
4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	56
4.2 RELAÇÃO PRÓTESE E AÇÃO: PERDAS E GANHOS DOS AMPUTADOS.....	58
4.3 'AMPUTAÇÕES SOCIAIS': AS REPERCUSSÕES NAS RELAÇÕES FAMILIARES E AFETIVAS	61
4.4 RELAÇÕES SOCIAIS E IDENTIDADES: INFLUÊNCIAS NA INSERÇÃO PROFISSIONAL.....	66
4.5 EFEITOS PSICOSSOCIAIS E FINANCEIROS DA (RE) INSERÇÃO PROFISSIONAL.....	78
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE	94

1 INTRODUÇÃO

Participando como fisioterapeuta junto a uma equipe interdisciplinar do processo de reabilitação e protetização de pacientes amputados de membros em quase três anos de convívio profissional, foi possível identificar uma série de fatos contraditórios em relação aos sistemas de protetização gratuitos (SUS- Sistema Único de Saúde e INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social) e ao acesso no mercado de trabalho dos amputados já protetizados.

Conheci pessoas que optaram pela aposentadoria precocemente e ingressaram no mercado informal ou pararam de trabalhar, conscientes de que, ainda que em baixo valor, recebem apoio financeiro do Estado como portadores de deficiência física, mas não receberiam como cidadãos desempregados. Soube de casos em que funcionários ainda não reabilitados constavam em índices como trabalhadores portadores de deficiências, contabilizados dentro das cotas de emprego antes mesmo de sua efetiva volta ao trabalho.

Entendendo o amplo conceito de reabilitação, frustrava-me profissionalmente saber que cidadãos em plenas condições de usufruir de direitos constitucionais como o direito de ir e vir, de acesso à educação e ao trabalho, estariam resignados a uma vida dentro de casa, tão pouco interativa socialmente. Acompanhei o processo de reabilitação e protetização de muitos amputados, os quais, bem adaptados ao uso das próteses, com independência funcional em seu dia-a-dia, quando retornavam à clínica para revisão, cerca de seis meses após a alta fisioterapêutica, não haviam retomado grande parte das relações sociais tampouco retornaram ao trabalho nem aos estudos.

E, então, intuí que a reabilitação tem apenas o começo em sua protetização. Para meus pacientes poderem estar reabilitados, precisavam se qualificar e serem reinseridos no mercado de trabalho, ou seja, em outras palavras, a educação e o trabalho fazem parte da reabilitação social dos amputados.

De acordo com censo realizado pelo IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), a população de pessoas portadoras de alguma deficiência no Brasil atinge a cifra de 25 milhões, correspondendo à região sul 14,35% do total nacional. Um número tão expressivo requer crescentes avanços na área de reabilitação e de programas de (re)inserção profissional.

Um aspecto importante a ser relevado na discussão é o tipo de deficiência física (ablação de um membro) e o momento em que a mesma se instala. Assim, utiliza-se o termo '(re)inserção' como alternativa de abrangência de pessoas portadoras de deficiência (PPD's) que, a partir da lei de cotas, têm acesso ao seu primeiro emprego, bem como trabalhadores que, após um tempo afastados por doença ou desempregados, retornam ao mercado de trabalho. Ao longo do texto, serão utilizados, com o mesmo propósito do termo '(re)inserção profissional', palavras como 'recolocação', 'retomada', 'retorno' e 'acesso ao mercado de trabalho'.

A habilitação/reabilitação profissional é o processo orientado, para que a partir da identificação das capacidades laborais da pessoa portadora de deficiência, atinja-se o desenvolvimento profissional necessário e adequado para ingressar no mercado de trabalho, promovidos, por exemplo, pelo INSS e pelos cursos de educação profissional assegurados pelos artigos 28, 29, 30, 31, 32 e 33 do Decreto Federal 3298/99, oferecidos nos níveis técnico e tecnológico, em escola regular, instituições especializadas e nos ambientes de trabalho.

A Lei Federal 8213/91, em seu artigo 89, estabelece, a beneficiários incapacitados da Previdência, os serviços de (re)habilitação profissional e social, especificando em seu parágrafo único, o fornecimento de aparelho de prótese. Na presente pesquisa, também são abordados os processos de protetização oferecidos pelos sistemas de saúde e previdência no Brasil. De um lado, o INSS, atendendo aos amputados contribuintes¹ da Previdência, que recebem acompanhamento de equipe multidisciplinar somado à aquisição da prótese ortopédica e serviços de habilitação profissional. De outro, o SUS, cujo processo prevê o fornecimento de próteses ortopédicas, sem qualquer obrigatoriedade de instrução ou reabilitação. E paralelamente, a rede de saúde privada, em que algumas ortopedias técnicas associam serviços complementares à aquisição da prótese como atendimento médico, fisioterapêutico, psicológico e com nutricionista².

Embora durante os últimos anos tenham ocorrido significativos avanços nos recursos assistivos para melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência, a maioria continua experimentando uma violação de seus direitos. No mercado de

¹Contribuintes: trabalhadores do mercado de trabalho formal, prestadores, pagadores de tributos relativos à previdência social. Termo sinônimo para 'segurados' do INSS.

² Para maiores informações sobre os sistemas de protetização, verificar APÊNDICE A

trabalho, registram-se altos índices gerais de desemprego, pessoas portadoras de deficiência (PPD's) trabalhando em subempregos e com rendimentos menores do que as pessoas não-deficientes, impulsionando-lhes as aposentadorias precipitadas. No entanto, baseada em minha experiência profissional, acredito no enorme e desaproveitado potencial laboral que representam os amputados reabilitados.

Tornar-se amputado é sustentar um corpo diferente dos outros, e do corpo já habitado anteriormente, requerendo novas habilidades, as quais podem ser desenvolvidas no processo de reabilitação interdisciplinar do paciente amputado. A persistência terapêutica com pacientes amputados implica a educação de seus corpos, a aprendizagem do manejo da prótese, a adaptação a uma realidade estabelecida abruptamente como nos casos de amputação traumática, ou a partir de doenças crônicas como diabetes, vasculopatias e neoplasias que requerem vigilância cotidiana na alimentação, hábitos de vida e exames de imagem periódicos.

Para fundamentar a presente pesquisa, foi necessário resgatar estudos e contribuições de autores como Diogo (2003) e Carvalho (2003) por suas abordagens na reabilitação de amputados; Marx (1987) e Antunes (1999 e 2005) para compreensão da temática trabalho; Lefèvre (2000) e Marre (1991) como opções metodológicas; Oliveira (1998) pelas contribuições a respeito de inserção profissional e identidades ocupacionais; Van Haecht no conceito de discriminações positivas na educação, e por fim, Schoppen (2001a, 2001 b e 2002), por apresentar o mesmo objeto de estudo em seus artigos: a reinserção profissional de amputados.

O **objetivo geral** da pesquisa é problematizar os elementos de natureza sócio-educativa e as dificuldades que configuram a (re)inserção no mercado de trabalho a partir dos processos de reabilitação e protetização dos amputados.

Os **objetivos específicos** encontram-se listados abaixo:

- descrever o perfil epidemiológico das pessoas amputadas conforme dados de identificação, nível e etiologia da sua amputação, aquisição e uso da prótese ortopédica, trajetória profissional e escolar;
- conhecer os processos de protetização via SUS, INSS e sistema de saúde privado bem como o de habilitação profissional pelo INSS;
- reconhecer a situação sócio-econômica dos entrevistados nos períodos pré e pós-amputação;

- investigar a repercussão social da amputação e da protetização e/ou reabilitação em suas vidas;
- analisar a importância da inserção profissional, como articulação das esferas 'educação' e 'trabalho', no processo global de socialização objetivado pela reabilitação;
- identificar a situação ocupacional dos amputados, verificando as dualidades emprego/desemprego, formalidade/informalidade, trabalho por conta própria e o aproveitamento da política de leis de cotas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 INSERÇÃO PROFISSIONAL DE AMPUTADOS

A inserção profissional como tema de estudo surgiu na década de 70, sobretudo na França, Grã-Bretanha e Estados Unidos da América, visando às interfaces entre os sistemas educativo e produtivo, como alternativa de elucidação sobre o desemprego e seus determinantes. A inserção profissional é problematizada pelos processos de socialização que interferem na apropriação dos conhecimentos profissionais (formais ou não), teóricos, técnicos, operacionais e subjetivos às relações sociais vivenciadas nos ambientes de trabalho; socialização, desse modo, definida como a aquisição de identidades profissionais e sociais (OLIVEIRA, 1998, p. 21, p. 56).

O ambiente profissional, como importante local de socialização, associa-se ao sistema de ensino/formação e aos modos de gestão de mão-de-obra, definindo as condições de mobilidade — entendidas como todo investimento em capital humano, onde as aprendizagens social e técnica são dialeticamente construídas, cujos indivíduos são sujeitos desses processos interativos oportunizados na empresa, na família e na escola (OLIVEIRA, 1998, p. 33).

Oliveira (1998) apresenta as abordagens teóricas sobre a inserção no mercado de trabalho segundo as perspectivas neoclássica e a marxista. Segundo a teoria neoclássica, estaria desempregado quem é desqualificado, ou menos qualificado, culpabilizando-se o próprio trabalhador por estar desempregado. Tratando-se da inserção profissional de amputados e demais portadores de deficiência física, frequentemente detecta-se autores como Pastore (2000), exemplo da teoria neoclássica, que alegam a baixa qualificação desse grupo social como impedimento à inserção profissional.

Entretanto, é indiscutível o drama que enfrentam para educar-se, com desvantagens práticas para transporte e escrita, entre outras, ou seja, ainda que existam políticas de inclusão escolar, as desigualdades de acessibilidade existem e não podem ser rejeitadas. Admitindo-se que a livre concorrência é desigual e

imperfeita, o Estado precisa intervir através de políticas públicas de emprego e formação.

Na perspectiva marxista — com a qual se identifica a presente pesquisa — o desemprego não é evitado com a aquisição de qualificações. Embora sejam facilitadoras para entrada no mercado de trabalho, não assegura o reconhecimento nem a remuneração dos investimentos feitos em educação e formação profissional. As dificuldades de inserção profissional são prioritamente definidas pelo modo de gestão das empresas e não pelas características individuais do trabalhador. Não raro, o trabalhador vê-se obrigado a vender sua força de trabalho para sobreviver de acordo com as determinações das estruturas econômicas capitalistas (OLIVEIRA, 1998, p. 18-20; 37).

Ressalta-se a escassez de referências bibliográficas sobre a situação profissional de pacientes amputados, havendo estudos preponderantes às condições clínicas e físicas dos pacientes amputados como dor fantasma, aumento do gasto energético associado ao uso de próteses e incidência de lombalgia em pacientes protetizados de membro inferior, além de especificações técnicas dos componentes das próteses. Em relação à revisão teórica sobre inclusão profissional de deficientes, verificou-se uma abundância de estudos e artigos referentes à deficiência mental.

Um dos estudos mais detalhados foi realizado no Canadá por Millstein et al (1985), os quais estudaram o retorno ao trabalho de pessoas com amputações de membros superiores e inferiores após acidentes de trabalho. O retorno ao trabalho atingia índices altos (89%), sobretudo para funções laborais que exigiam menos fisicamente. Também foi constatado que características como boa rede social e perfil extrovertido, escolaridade elevada e protetização breve após a amputação, funcionam como fatores preditivos à reinserção profissional.

Tanneke Schoppen realizou diversos estudos a respeito da reintegração ao trabalho após a amputação. Seu interesse sobre o assunto foi despertado pela presença de poucas pesquisas prévias. Schoppen et al (2001a) realizou pesquisas com pessoas amputadas da Holanda já protetizadas, com idade entre 18 e 60 anos, utilizando questionários abordando dados demográficos (sexo, idade, nível e causa de amputação, presença de dor e conforto ao uso da prótese, mobilidade) e questões sobre as características do emprego (grau de demanda de capacidade

física, tempo de recolocação no mercado profissional, satisfação do amputado com sua situação profissional e sucesso na reintegração profissional).

Um de seus estudos evidencia que pessoas amputadas que pararam de trabalhar apresentam piores condições clínicas de saúde em comparação àqueles que retornaram ao trabalho, mesmo sob condições desfavoráveis profissionalmente como as dificuldades de adaptação dos postos de trabalho, baixas possibilidades de promoção e pouca oferta de empregos adequados às suas qualificações (SCHOPPEN et al, 2001a).

Outro estudo, também realizado por Schoppen et al (2002), investigou a satisfação com a situação profissional entre um grupo de amputados que retornaram ao trabalho e um grupo controle composto por trabalhadores não-amputados. Como resultados, a pesquisa demonstrou que a satisfação com o trabalho é maior entre os trabalhadores amputados, apesar das desprivilegiadas condições físicas como dor e a incapacidade de executar algumas tarefas laborais ou atividades recreativas com colegas de trabalho.

Os relatos de insatisfação entre os amputados estariam associados estatisticamente à escolaridade mais baixa, presença de comorbidades e desejos por mudanças no posto de trabalho como maior autonomia no seu processo de trabalho. O artigo também destaca a importância de acordos entre os profissionais da reabilitação profissional e o próprio amputado como sujeito de seu retorno ao trabalho.

Outros resultados pertinentes à presente pesquisa foram encontrados em mais um estudo realizado por Schoppen et al (2001b). Os indivíduos de sua amostra já trabalhavam antes de sofrerem a amputação e são protetizados antes de retornarem ao mercado de trabalho. Confirmam-se os achados de que quanto mais novo sofreu a amputação, conforto ao uso da prótese e escolaridade mais elevada são fatores predisponentes ao sucesso na reintegração ao mercado de trabalho, pois os amputados acima de 40 anos de idade apresentam menor retorno ao trabalho.

A escolaridade elevada viabiliza maiores oportunidades de emprego e também contribui pela oferta de cargos em que o amputado tem autonomia no processo de trabalho. Entretanto, os autores alertam que a reintegração ao mercado de trabalho requer políticas nacionais de promoção de emprego e que as pessoas que sofreram uma amputação de membros apresentam longo afastamento até o

retorno ao trabalho e enfrentam dificuldades para ajustes ergonômicos do posto de trabalho e baixas possibilidades de promoção.

Segundo esse mesmo estudo, pessoas que retornaram ao trabalho em outra função apresentaram melhores resultados na adaptação funcional em comparação àqueles que permaneceram em atividades de grande requisição física. Além disso, o estudo ainda reafirma o alto índice de retorno ao trabalho entre amputados e defende que a reinserção profissional em novos empregos cujos postos de trabalho já preparados são melhores ainda por não precisarem de tantos ajustes como seriam necessários no posto de trabalho ocupado anteriormente ao afastamento causado pela amputação (SCHOPPEN et al, 2001b). É válido mencionar que nenhum dos estudos anteriormente citados discutem a informalidade na reinserção profissional dos amputados. Na presente pesquisa, cujo cenário é o mercado de trabalho brasileiro, teremos essa preocupação.

Malagutti (2001, p.99-104), um economista que tem a informalidade como objeto de estudo, sob uma perspectiva marxista, discute os conceitos de informalidade e setor informal. Segundo o autor, informalidade é um conceito amplo que engloba o setor informal e coexiste com o setor formal. A informalidade, inclusive, pode se manifestar no setor dos empregos formais, quando, por exemplo, trabalhadores com carteira de trabalho assinada exercem a informalidade ao revender cosméticos em seu local de trabalho durante o expediente, ou quando o trabalhador assalariado faz horas extras sem recebê-las, e ainda nos amputados aposentados ou em benefício previdenciário que trabalham em ocupações informais. Nesse sentido, a informalidade pode ser construída tanto pela empresa/instituição quanto pelo empregado/funcionário e a dicotomia formal/informal dificulta a classificação de alguns processos de trabalho.

Os exemplos anteriormente citados demonstram que a informalidade se propaga como um subsídio de sobrevivência frente as fragilidades da Seguridade Social brasileira; sendo a informalidade um refúgio para os trabalhadores sem- opção, e não um mercado de autônomos e empreendedores bem-sucedidos. Em pesquisas também realizadas por Malagutti, são reveladas as verdadeiras intenções dos trabalhadores: um emprego estável, bem remunerado e com status social positivo.

Na ausência de uma Seguridade Social funcional e uma política de geração de empregos, os desempregados, os idosos, aposentados, pensionistas e inválidos apenas podem sobreviver na informalidade (MALAGUTI, 2001, p.90).

Mesmo trabalhadores “inválidos” com alta ou baixa escolaridade podem recorrer à informalidade, entretanto, a escolaridade pressupõe maiores chances de se obter empregos formais. Apesar das dificuldades extras para escolarização, a inserção profissional de amputados é similar aos demais desempregados. Malagutti (2001) verifica, em uma pesquisa realizada pelo SINE em 1997 com trabalhadores informais, que apenas 21% dos entrevistados possuíam curso superior, os demais com escolaridade inferior não apresentavam características vantajosas de empregabilidade no setor formal e recorreram à informalidade.

Nesse sentido, Guimarães (2009, p. 36) detecta que a desvalorização dos diplomas de ensino médio se deve ao fato de que ampla parcela passou a ter acesso, indicando que o mercado formal requer trabalhadores com maior escolaridade, principalmente educação posterior ao ensino médio. Esse fato corrobora as políticas afirmativas em prol do acesso ao ensino superior como o PROUNI, que viabiliza estudos em universidades privadas a estudantes afro-descendentes, portadores de deficiência, entre outros (GUIMARÃES, 2009).

Esses achados complementam a discussão da presente pesquisa: até que ponto a elevação na escolaridade é inversamente proporcional à informalidade para a inserção profissional dos amputados?

2.2 A CENTRALIDADE DO TRABALHO

Inicialmente, consideramos importante explicitar qual o conceito para ‘trabalho’ aplicado na presente pesquisa. A perspectiva marxista, apresentada de uma forma concisa e clara por Liedke (1997, p. 269):

trabalho como uma atividade resultante de dispêndio de energia física e mental, direta ou indiretamente voltada à produção de bens e serviços, contribuindo assim, para a reprodução da vida humana, individual e social.

A noção de trabalho foi paralelamente associada ao emprego. O trabalho como emprego, como uma função a ser desempenhada na ou para a produção, tornou-se referencial na constituição ética, emocional e intelectual das pessoas em seus processos de socialização, de reconhecimento social (LIEDKE, 1997, p. 273).

Antunes (2005), também baseado em teses marxianas, contestando autores como Gorz, Offe e Habermas, defende a centralidade do trabalho como um elemento estruturante da sociedade. Apesar da crise capitalista, as metamorfoses sofridas no contexto do trabalho e suas repercussões nas relações humanas e subjetivas, o trabalho ainda é primordial para a ontologia humana.

Segundo o mesmo autor (ANTUNES, 1999, p. 156), o trabalho atua como protoforma do ser social, pois a articulação entre teleologia e causalidade origina o ser social, associando ao trabalho a linguagem e a sociabilidade.

Marx (1987) afirma que o primeiro ato da história humana é buscar através do seu trabalho, prover suas necessidades, além de tornar-se ser social nas relações de trabalho.

O primeiro pressuposto de toda existência humana e, portanto, de toda história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder 'fazer história'. Mas para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é portanto, a produção dos meios que permitam a satisfação destas necessidades, a produção da própria vida material, e de fato este é um fato histórico, uma condição fundamental de toda a história (...) (MARX; ENGELS, 1987, p.39).

Marx descobriu a lei do desenvolvimento da história humana (...) e, que, portanto, a produção dos meios de subsistência imediatos, materiais, e, por conseguinte, a correspondente fase econômica de desenvolvimento de um povo ou de uma época é a base (...) (ENGELS, s/d, p.351).

Pessoalmente, consideramos o trabalho como um dos meios mais eficazes para romper o ciclo de marginalização social, primordial ao processo de autoaceitação como amputado. Em minha vivência profissional, pude comprovar o valor simbólico do trabalho para os amputados.

Nessa direção, Oliveira (1998) ressalta que o processo identitário está intimamente ligado às trajetórias sociais, pois os indivíduos vão passando por diversos campos sociais, reconstruindo as identidades, que nunca estão definidas. Apesar da diversidade de campos pelos quais os indivíduos passam, a autora

reconhece que grande parte do processo identitário está relacionado à vida profissional, seja na atividade de trabalho, seja na formação para o trabalho.

A primazia da vida profissional na construção da identidade é, igualmente, sublinhada por Jacques (1997), em que o papel social vinculado ao trabalho confere expressividade na constituição da identidade. A mesma autora conceitua identidade como:

... uma expressão subjetiva que se refere a tudo aquilo que é vivenciado como eu em resposta à pergunta 'quem tu és', sendo aprendida através da representação de si mesmo (...). A importância e a exaltação máximas conferidas ao trabalho na sociedade ocidental concedem, ao papel de trabalhador, lugar de destaque entre os papéis representativos do eu (JACQUES, 1997, p. 128).

Nesse sentido, Arendt (1981, apud JACQUES, 1997) também realça a importância do *homen faber*, em que, ao responder "quem é", há a forte tendência em responder "o que alguém é", explicando o papel de trabalhador como representativo da condição humana.

O mundo do trabalho é o principal cenário para as relações sociais e para reconstrução e ressignificação dos processos identitários pelo número de horas diárias que os indivíduos dedicam ao trabalho. A articulação entre trabalho e identidade confere lugar de destaque à figura de trabalhador na representatividade social do 'eu' (JACQUES, 1997).

Igualmente nessa perspectiva, Dubar (2005) afirma que as identidades profissionais são centradas nas relações entre o mundo da formação e o mundo do trabalho. Da mesma forma que as identidades sociais, as quais são definidas pela posição social, status e prestígio social e riqueza, também dependem do nível de formação, da situação de emprego e das posições no mundo do trabalho.

A importância do trabalho na sociedade ocidental para a constituição das identidades aparece, igualmente, em Vieira (2007). A autora argumenta que o sentido do trabalho está relacionado com a elaboração de identidades, já que as identidades profissionais são as formas socialmente construídas pelos indivíduos de se reconhecerem uns aos outros no campo do trabalho e do emprego.

Vieira (2007) distingue, ao menos, duas formas de identidades relacionadas às situações de emprego e trabalho: a identidade de pertencimento – caracterizada pela continuidade de uma forma histórica preexistente; e a identidade incerta,

resultante de rupturas com o desenvolvimento de novas identidades. A construção das identidades depende tanto do trabalho, dos valores, das crenças e das representações empregados na atividade profissional, como dos espaços ocupados fora do trabalho.

A valorização da produtividade laboral implica um dos mais importantes processos de elaboração de identidade, permitindo significar o cotidiano através do exercício profissional.

Santos (1990) aponta que, mesmo em casos de aposentadoria ou de afastamento temporário do trabalho, pode-se manter o vínculo simbólico com o trabalho através da identidade de trabalhador, pois não se rompem os modelos de identificação construídos no passado e apropriados como constitutivos do 'eu', já referido por Jacques (1997).

Na língua portuguesa, 'aposentar-se' etimologicamente remete à hospedagem, abrigo nos aposentos, significados consolidados pela separação do ambiente doméstico do trabalho. Mesmo com aqueles que se afastam do trabalho a partir de uma aposentadoria precoce por sofrerem uma amputação, esse afastamento do trabalho gera perdas de ordem física, psicológica e social, tornando essa decisão complexa e ambivalente. Ocorrendo a reinserção profissional, são garantidos os processos de socialização.

Na economia capitalista, como se sabe, o consumo é viabilizado pela inserção produtiva. Santos (1990) retoma Thompson (1977) para analisar as formas de ocupar o tempo na sociedade capitalista e aponta a massiva tendência ao trabalho, ou seja, a utilização compulsiva de tempo com atividades do trabalho, ainda que fora do ambiente do local de trabalho propriamente dito. O trabalho age sobre o trabalhador não apenas na relação da produção, mas nas formas de agir, consumir, pensar, sentir e ser, delimitando práticas sociais.

Henry Ford atentou para a inclusão de deficientes físicos ao trabalho industrial e percebeu que a produtividade e o lucro capitalista poderiam ser preservados, conforme seguem as citações abaixo:

Quando se iniciou a fabricar o modelo T, em 1908, não eram necessárias 18 operações diferentes para completar uma unidade, mas 7.882. Em sua autobiografia, Ford registrou que destas 7.882 tarefas especializadas, 949 exigiam 'homens fortes, fisicamente hábeis e praticamente perfeitos', 3.338 tarefas precisavam de 'homens de força física apenas comum', a maioria do resto podia ser realizada por 'mulheres ou crianças crescidas' e, continuava

friamente, 'verificamos que 670 tarefas podiam ser preenchidas por homens sem pernas, 2.637 por homens com uma perna só, 2 por homens sem braços, e 715 por homens com um braço só e 10 por homens cegos'. Em suma, a tarefa especializada não exigia um homem inteiro, mas apenas uma parte. Nunca foi apresentada uma prova mais vívida do quanto a superespecialização pode ser brutalizante (TOFFLER, 1980, p. 62).

Na indústria há postos para todos e, se a indústria estiver devidamente organizada, haverá nela mais lugares para cegos do que cegos para lugares. O mesmo se pode dizer em relação a outros aleijados, em todos esses ofícios. O homem que hoje é objeto de compaixão da caridade pública pode ganhar sua vida com o mesmo direito do operário mais hábil e robusto (FORD, 1925, apud IBDD, 2002).

Um cego ou um mutilado é capaz (...) de efetuar o mesmo trabalho e ganhar o mesmo salário que um homem completamente são. Seria inteiramente oposto aos nossos propósitos que, em vista dos defeitos físicos dos operários, procurássemos admiti-los com salários reduzidos, contentando-nos com um tipo inferior de produção. É um desperdício empregar um homem perfeito para um trabalho que pode ser executado por um aleijado. É um desperdício horrível pôr cegos a trançar cestos (FORD, 1925, apud IBDD, 2002).

A partir das citações acima descritas, pode-se perceber que Ford, introduz a ideia de inclusão de portadores de deficiência no mercado de trabalho, enfatizando o caráter perverso capitalista de que não há queda na produtividade para a empresa contratante,;sobretudo, em postos de trabalho fordistas (perdoem a redundância), em que a atividade laboral requer apenas um "saber-fazer". De outra maneira, Ford vê sentido na utilização de PPD's para a expansão do sistema capitalista, prevendo, inclusive, lucratividade.

Todavia, nos tempos atuais de flexibilidade e polivalência, a situação para inclusão amputados pode ser diferente. Assim, sugerem-se pesquisas que elucidem a repercussão do novo modelo de organização de trabalho para a promoção de empregos a PPD's.

2.3 A EMPREGABILIDADE E SUAS INTERFACES

Nesse item, serão abordados alguns elementos de interface à empregabilidade de amputados e demais portadores de deficiência: escolaridade, políticas afirmativas e as redes sociais informais na promoção da inserção profissional desse grupo de trabalhadores.

2.3.1 Escolaridade e empregabilidade

A tese da falta de qualificação se faz representar em Pastore (2000), que considera o desemprego de PPD's como decorrência de não estarem qualificados. Embora o autor admita que a educação não seja garantia única de emprego, defende que a tecnologia desemprega no Brasil porque os trabalhadores, 'desqualificados', são desprovidos de flexibilidade e polivalência, ou seja, não possuem a devida capacidade de readaptação da mão-de-obra às novas tecnologias e novas vagas de emprego.

Ainda na questão da qualificação/educação, o referido autor utiliza o termo *treinabilidade* como explicação para a não empregabilidade do contingente de PPD's, o que me remete a concluir sua visão reducionista do papel da educação como mera auxiliar do mercado de trabalho. Na concepção neoclássica de inserção profissional, o principal objetivo do sistema educativo é formar mão-de-obra qualificada, com a proposição de que escolaridade e renda são grandezas proporcionais.

A dificuldade em ter acesso à escolaridade é um dos fatores mais comprometedores para entrada de PPD's no mercado de trabalho, pois havendo uma desvantagem física, é preciso oferecer uma força intelectual capaz de compensar a sua limitação (IBDD, 2002).

Essa afirmativa deve ser relativizada, pois coincide ao achado apresentado no delineamento quantitativo da problemática da pesquisa, na amostra de amputados protetizados na rede privada de saúde, em que se verificou maior inserção profissional nos amputados de escolaridade mais elevada, e na amostra dos amputados protetizados pelo INSS, cuja escolaridade é mais baixa, a inserção profissional se deu através da oferta de vagas de empregos com ênfase no saber-fazer.

Também veremos adiante, na avaliação qualitativa da pesquisa, a oferta prioritária de empregos pela política de cotas aos amputados com escolaridade mínima de nível médio, e a conformação a subempregos na informalidade daqueles amputados protetizados com nível fundamental.

Ross (1998) defende que a educação não é equalizadora da sociedade e não deve ser vista como única responsável pela superação das desigualdades sociais e incapacidades individuais, pois a escola é suscetível às determinações econômicas,

sociais, culturais e políticas. Na perspectiva da inserção dos indivíduos considerados deficientes no mercado de trabalho, Bianchetti (1998) verifica a persistência do senso comum conivente à perspectiva neoclássica, de que a educação é o meio para enquadrá-los em postos de trabalho específicos.

Em contraponto à posição neoclássica de Pastore (2000), podemos citar Guimarães (2002), que considera a empregabilidade como uma construção social acima de mera capacidade individual e propõe uma 'Sociologia do Desemprego' frente ao enorme contingente de desempregados no Brasil.

Pochmann (2007) também denuncia a situação brasileira de desemprego estrutural e a crescente adesão à economia informal associada à precarização de empregos, obrigando aos brasileiros se sujeitarem à informalidade ou a subempregos como alternativas de subsistência. Particularmente, acrescentamos a essas problemáticas sociais os crescentes índices de deficiências físicas e o conseqüente aumento na concessão de benefícios previdenciários como auxílio-doença e aposentadorias decorrentes da violência urbana, acidentes de trânsito e problemas cardiovasculares relacionados à idade, agravados pela maior longevidade populacional.

2.3.2 Políticas afirmativas e empregabilidade

Assim como empregabilidade anteriormente já exposta, o conceito de deficiência também não pode ser compreendido individualmente. A deficiência é socialmente construída de acordo com o modo de organização do grupo social, como interpreta e trata as desvantagens físicas, de tal forma que um amputado que tenha acesso a recursos protéticos de qualidade associado a um processo de reabilitação satisfatório, inserido em uma sociedade cujas barreiras arquitetônicas foram suprimidas, as deficiências são minimizadas; enquanto que em uma sociedade desprovida de acessibilidade, oportunidades de educação e sistemas falhos de saúde, o mesmo amputado caracteriza-se como deficiente físico, tido de do direito de ir e vir, do acesso à educação, saúde e trabalho.

Reconhecer a influência do contexto cultural, além do sócio-econômico, legal e educativo, também abordados no presente estudo, ajuda-nos a compreender a

dinâmica social de inclusão/exclusão social, bem como o acesso de PPD's a políticas afirmativas.

O regime político democrático, substituindo a ditadura brasileira, trouxe uma série de novas concepções sociais sobre 'deficiência'. A Constituição Federal de 1988 abriu precedentes para uma série de decretos federais em prol da igualdade de todos os cidadãos, frente a parcerias de responsabilidade social entre empresas privadas e sociedade civil (IBDD, 2002).

O Estado ocupa o papel de intermediação na inserção profissional de PPD's através de aspectos legais como as políticas afirmativas. O estabelecimento de cotas no mercado de trabalho já existe no Brasil há cerca de 15 anos; no entanto, o debate sobre ações afirmativas é relativamente recente. Inicialmente, as ações afirmativas atingiram o mercado de trabalho e depois as instituições educacionais.

Esse debate ganha proporção em 2001, durante a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, na África; evento no qual o Brasil se declara a favor de políticas públicas em prol de grupos historicamente discriminados. Deseja-se que todos sejam valorizados pelo que são e pelo que conseguem fazer (OLIVEN, 2007).

As cotas de postos de trabalho aos portadores de deficiência são determinadas pela Lei Federal 8213/91, artigo 93, instituindo que a empresa com 100 ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% a 5% dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

I - até 200 empregados: 2%

II - de 201 a 500: 3%

III - de 501 a 1.000: 4%

IV - de 1.001 em diante: 5%

Políticas afirmativas compensatórias em prol dos amputados não se confundem com a cultura assistencialista, pois, ao ingressarem no mercado de trabalho, assim como os trabalhadores 'sadios', lhes é exigido produtividade, profissionalismo, dedicação e qualificação.

A realidade de exclusão social, como a oferta de vagas de emprego preconceituosas ou discrepantes às qualificações dos portadores de deficiência

física evidencia a mera preocupação burocrática das empresas com as penalizações pelo descumprimento da legislação e a demagogia no discurso e responsabilidade social, pois o recrutamento de trabalhadores amputados ocorre após a avaliação de onde, em qual posto de trabalho e função não haverá prejuízo na produtividade da empresa, independente de suas potencialidades. Não raro, visualizam-se diversidades de acessibilidade³ e despreparo dos recursos humanos.

A Portaria 1199/2003 editada pelo Ministério do Trabalho e Emprego estabelece a possibilidade de autuação em casos de descumprimento das reservas de cotas. Mesmo assim, seja no serviço público ou privado, a realidade é que poucos PPD's estão trabalhando e um dos motivos é o receio de perda de benefício previdenciário, pois a Lei Federal 8472/93 define no artigo 20 o benefício de prestação continuada para portadores de deficiência e idosos e em seu artigo 21, parágrafo 1º, estabelece que o benefício é cancelado definitivamente se as condições que o justificaram não estiverem mais presentes, como a partir de um trabalho remunerado formalmente, se desempregados, não terão acesso novamente ao benefício previdenciário. Alterações na legislação como a possibilidade do segurado do INSS retomar o benefício previdenciário em caso de desemprego, encorajariam muitos amputados a retornar ao mercado de trabalho formal.

A Constituição Federal de 1988 serve como marco na busca de igualdade constitucional a todos os cidadãos brasileiros. As leis e decretos federais são complementados por legislações estaduais e municipais. Tendo em vista a presente pesquisa, a qual consiste em um estudo sobre pessoas amputadas provenientes do interior e capital do Estado do Rio Grande do Sul, protetizadas em Porto Alegre, não descreveremos as leis municipais, mas sim, a Constituição do Estado do Rio Grande do Sul sobre a temática do estudo.

A Lei Estadual 10228/94, artigo 19, inciso V, regulamenta a reserva de cargos públicos em concursos, respeitando 10% de vagas do total para cada cargo; e sendo inviável o preenchimento desse número, limita-se a pelo menos uma vaga à pessoa portadora de deficiência em cada cargo.

³ A **Lei Federal nº 10.098, de 19/12/2000** estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. A questão 'acessibilidade' também é regulamentada pelos artigos 50, 51, 52, 53 e 54 do Decreto Federal 3298/99

Assim, a reserva de cotas de empregos e o fornecimento de bolsas de estudos exemplificam discriminações positivas, entendidas como políticas públicas e privadas, compulsórias, facultativas ou voluntárias, temporárias ou definitivas, objetivando a igualdade de oportunidades sociais a partir de educação e emprego.

Grande contribuição na defesa de empregos, educação e readaptação profissional a PPD's ocorreu com a ratificação da Convenção 159 da Organização Internacional do trabalho – OIT, realizada em Genebra em 1º de junho de 1983, pelo Conselho de Administração do Escritório Internacional do Trabalho e ratificada pelo Brasil através do Decreto Legislativo 51/89. A Convenção nº88 articula a criação de um serviço público e gratuito em cooperação, quando necessário, a organismos públicos e privados, com objetivo de encaminhar trabalhadores a empregos de acordo com suas aptidões físicas e profissionais, e sendo necessário atuar na formação profissional ou readaptação desses trabalhadores, citando em seu artigo 7, os inválidos.

Santos (1995) atribue o surgimento da preocupação com a inclusão de pessoas deficientes, inicialmente na Europa, como decorrente do grande contingente de mutilados das duas grandes guerras, pelo fortalecimento do movimento pro Direitos Humanos e pelo avanço científico de pesquisas nas áreas sociológica, médica, educacional e psicológica.

Entre as políticas afirmativas em prol da inclusão social de PPD's, merecem destaques as anteriormente citadas. Tais políticas inovam na introdução de um novo conceito: equidade em contrapartida à igualdade. Aceitar a igualdade de oportunidades enquanto genérica, para todos, pode levar à inércia, atenta Ross (1998), pois, ao conceber o 'diferente' como um 'igual', acentuam-se as desigualdades sociais, esquecem-se as adaptações necessárias no âmbito profissional, educacional e outros espaços para que ele possa desfrutar de equidade.

O termo mais apropriado seria equidade que por definição possibilita um respaldo diferenciado aos casos específicos, uma atenção conferida a partir das particularidades e necessidades de pessoas portadoras de deficiência física, conferindo-las o 'direito à diferença' sem prejuízos sociais às suas cidadanias.

Segundo Escorel (2009, p. 205), se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, seriam oferecidos serviços desnecessários para alguns, e necessidades não seriam

atendidas, conservando as desigualdades. Nessa perspectiva, o princípio de equidade pressupõe uma distribuição heterogênea, e a autora resgata citação de Marx (1875) “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades”.

Van Haecht (2008) define que as discriminações positivas são como respostas a situações de urgência das quais emergem debates sobre as desigualdades sociais, ou seja, ainda que não resolvam a causa das desigualdades, divulgam a sua relevância. As ações afirmativas induzem a transformações culturais, pedagógicas e psicológicas coletivas.

Por fim, cabe assinalar que as políticas afirmativas citadas são meios estatais de promoção da empregabilidade. Porém, não podemos deixar de apontar outros meios de intermediação não-estatal: as redes sociais informais.

2.3.3 As redes sociais informais e a empregabilidade

Guimarães (2009), em seu recente estudo sobre o novo mercado de trabalho, aborda, sob a ótica da procura e oferta de empregos, de que forma ofertantes e demandantes de vagas de emprego interagem. Seu estudo também inclui a discussão sobre as relações sociais não-mercantis: as redes pessoais de contato na procura e obtenção de emprego. Para a autora, as redes sociais demonstram como as informações sobre oportunidades ocupacionais circulam, bem como as alocações sociais de dadas oportunidades.

O desemprego e a procura de trabalho ocorrem principalmente entre os indivíduos desprotegidos de políticas institucionalizadas de emprego, sendo a solidariedade social acionada pelas redes de contatos pessoais como forma de garantir a sobrevivência e o acesso ao trabalho. As redes se revelaram valiosos instrumentos de recolocação profissional, porém, nem sempre asseguram chances em ocupações de melhor qualidade e estabilidade. Para a população de sua pesquisa, um *survey* realizado em São Paulo, em 2001, demonstrou que eram as redes de familiares, amigos e conhecidos os mais acionados para se obter e procurar um emprego.

Com base em Granovetter (1974), Guimarães (2009) destaca a primazia dos contatos pessoais, e não dos mecanismos públicos, a grande via para se empregarem. A autora ressalva que nem todos os indivíduos têm igual acesso às informações ocupacionais e, assim, nem todos se beneficiam igualmente da sua rede de relações. Nesse sentido, as chances de sucesso na disputa por oportunidades dependem da extensão da rede de contatos conforme a estratificação social a que pertence o interessado. Essa compreensão é principalmente válida para se entender os mercados de trabalho flexíveis, pouco regulados e com relações informais.

Esse estudo vem ao encontro dos achados na presente pesquisa, em que foi notificada a significativa contribuição das redes sociais na inserção profissional dos amputados entrevistados, superando inclusive políticas afirmativas na promoção de empregos.

Guimarães (2009, p.186-187), investigando as redes, categoriza os contatos pessoais em quatro circuitos que ajudam a compreender quais circuitos são acionados pelos amputados:

- circuito 1: circuito doméstico, as informações provêm de familiares;
- circuito 2: circuito comunitário, ou seja, inclui a rede de contatos de seu meio social mais próximo, envolvendo amigos, vizinhos e parentes que não co-habitam com o entrevistado;
- circuito 3: circuito associativo, cujas relações provêm de um círculo ainda mais amplo, composto por companheiros de sindicatos, comunidades e associações de bairros. No decorrer da pesquisa pôde-se concluir que a baixa identificação coletiva como desempregados enfraquece a circulação de informações entre esses contatos.
- circuito 4: circuito profissional, formado por relações com antigos colegas de trabalho, sendo mais utilizado por trabalhadores mais experientes, e não pela amostra abordada na pesquisa da autora, em que cerca da metade dos entrevistados eram jovens com pouca ou nenhuma vivência profissional. A importância desse circuito cresce proporcionalmente à idade.

Sua pesquisa conclui que os circuitos 1 e 2, cujos laços são mais fortes, são os responsáveis pela maior circulação de informações que levaram a empregos. Entre os indivíduos menos qualificados e em contexto de maior pobreza, os vínculos de maior proximidade são os mais fortes por apresentarem maior facilidade de alcance e facilidade geográfica. A rede será mais efetiva quanto mais diversificada em contatos.

E em relação aos amputados, quais seriam os circuitos mais acionados para intermediação de sua inserção profissional? Ao longo da pesquisa, serão propostas algumas respostas a esse questionamento.

2.4 AMPUTAÇÕES E RECURSOS PROTÉTICOS

De acordo com o Decreto Federal 3298/99⁴, artigo 4, caracteriza-se como deficiência física “a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de plegia, paresia, amputação ou ausência de membros.”

Entende-se por amputação a ablação de um ou mais membros, cuja etiologia é variada, mas de uma forma genérica, pode-se subdividir as causas em dois grandes grupos:

- Congênita: devido à má-formação fetal, ausência de ossos e articulações, desenvolvimento incompleto de membros de uma forma não-funcional.
- Adquirida: decorrente de doenças ao longo da vida como tumores, eventos circulatórios, traumas, acidentes de trabalho, entre outros.

A deficiência congênita repercute em todo processo de formação, educação e desenvolvimento escolar da criança, bem como na inserção do mercado de trabalho a partir das qualificações oportunizadas ao jovem/criança. Por outro lado, a deficiência adquirida caracteriza, muitas vezes, a retirada de um profissional ativo do mercado de trabalho, já com qualificações, competências específicas e identidade

⁴ O Decreto Federal 3298 de 20/12/1999 dispõe sobre a política nacional para integração da pessoa portadora de deficiência.

profissional, que muitas vezes precisam ser repensadas frente a uma alteração brusca da realidade pessoal. Muitas aposentadorias por saúde são estabelecidas precocemente sem a devida priorização do processo de reabilitação profissional a pacientes amputados protetizados.

Amputações traumáticas são comuns no Brasil devido à alta incidência de acidentes de trânsito. O transporte rodoviário é o principal meio de transporte de pessoas e mercadorias pelo País. As estradas com má manutenção e o uso de motocicletas como táxis também contribuem aos índices de mortalidade e morbidade de vítimas acidentes de trânsito, apesar da inexistência de estatísticas nacionais específicas sobre as amputações no Brasil.

As amputações já eram realizadas por Hipócrates desde 460- 377 a.C., praticadas através das articulações com guilhotinas, sempre em tecidos necróticos sem sensibilidade. Para Hipócrates, gangrena era a única indicação para amputações. Quando necessário, a cauterização vascular era feita com óleo ou ferro quente. O prognóstico dos pacientes era reservado, pois muitos apresentavam choque hipovolêmico ou graves processos infecciosos (CARVALHO, 2003).

O termo 'prótese' vem do grego *pros-* em lugar de, e *tithemi-* colocar, isto é, para colocar em lugar de, definindo-se como uma peça que pode ser usada em substituição a um órgão interno ou externo do corpo humano (SAMPOL, 1998).

Classificando próteses e órteses como 'ajudas técnicas necessárias à assistência integral à saúde', os artigos 18 e 19 do Dec. Fed. 3298/99 estabelecem como obrigatoriedade do Estado a distribuição gratuita desses materiais à pessoa portadora de deficiência.



Figura 1: Foto ilustrativa de pé e joelho artificial (pneumático) acoplado ao encaixe da prótese de membro inferior.
Fonte: UUSTAL, 2003, p.256



Figura 2: Foto ilustrativa de pé e joelho (eletrônico) acoplado ao encaixe da prótese de membro inferior.
Fonte: UUSTAL, 2003, p. 253.



Figura 3: Foto de prótese de membro inferior com cobertura cosmética.
Fonte: UUSTAL, 2003, p. 249.

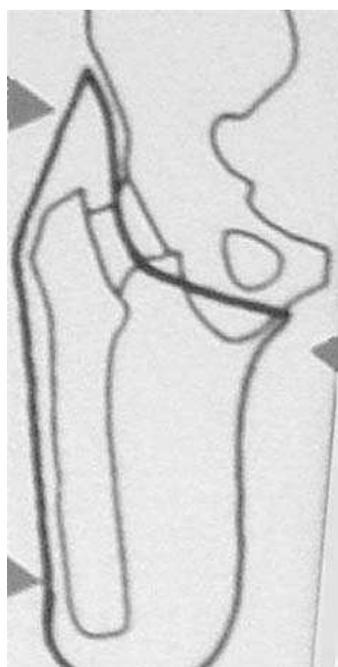


Figura 4: Encaixe protético
Fonte: UUSTAL, 2003,p. 244.



Figura 5: Foto de uma prótese de membro superior.
Fonte: UUSTAL, 2003, p. 263.

No caso das amputações, essas próteses são essencialmente externas com elementos terminais que se encaixam ao coto (membro residual da amputação). De um modo geral, os níveis de amputação mais distais são mais fáceis de protetizar por requererem menor número de articulações artificiais; entretanto, cotos muito longos impedem uso de recursos protéticos que poderiam auxiliá-lo no quesito conforto. Cotos muito curtos também apresentam desvantagem biomecânica para torque no manuseio da prótese.

Um aspecto importante a ser relevado é o aumento no gasto energético com uso de próteses ortopédicas, ou seja, uma pessoa que amputou o membro inferior abaixo do joelho (transtibial, por exemplo) apresenta gasto energético em até 60% superior a uma pessoa não amputada, da mesma forma que em uma amputação acima do joelho (transfemural) esse gasto atinge 100% a mais, e havendo a amputação bilateral de membros inferiores acima do joelho, o gasto energético chega a aumentar 200% (UUSTAL, 2003).

Esses dados repercutem na fadiga e condicionamento cárdio-respiratório do amputado ao desempenhar atividades cotidianas e profissionais, além do aspecto da transpiração dentro do encaixe protético que, por se constituir em material sintético, não possibilita a evaporação do suor; esse se acumulando, requer pausas periódicas para que se seque o coto, evitando assim lesões pelo atrito pele/encaixe e dermatites por manter a pele abafada e úmida durante períodos prolongados.

O conforto ao uso da prótese é apontado como aspecto facilitador ao retorno ao trabalho, enquanto que a existência de dor no membro fantasma (dor, coceira e sensação de queimação referida no membro amputado) dificulta a retomada

professional (MILLSTEIN et al, 1985; BURGER; MARINCEK, 2007; SCHOPPEN et al, 2001b; BRUINS et al, 2003).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO

A dissertação aqui apresentada foi construída ao longo de dois anos. A temática escolhida conforme inquietações pessoais foi estudada e definida a partir de leituras nacionais e internacionais ao longo do projeto de pesquisa. Em uma primeira etapa, um estudo da arte sobre o tema de pesquisa revelou a escassez de referências e estudos sobre a inserção profissional dos amputados de membros.

Também nesse período, a fim de se aproximar do tema de estudo, na segunda etapa do estudo foi visitado o Centro de Reabilitação Profissional-CRP/INSS de Porto Alegre, onde foram entrevistados dois profissionais envolvidos com o processo de reinserção profissional dos amputados já protetizados. Considerando pertinente caracterizar o sistema de reabilitação profissional do INSS e os pareceres de seus funcionários sobre a situação ocupacional de seus pacientes beneficiários⁵, entrevistou-se a fisioterapeuta que atua na reabilitação dos amputados e o orientador profissional que otimiza o processo de retorno ao trabalho a partir de cursos de habilitação profissional.

As entrevistas, após relatadas por escrito, foram devolvidas aos respectivos narradores para que avaliassem, e se necessário as complementassem ou as corrigissem. Tais entrevistas estão explicitadas no item “descrição analítica das entrevistas com os profissionais envolvidos na reabilitação profissional de amputados”.

Com dois amputados em reabilitação no local, foi realizado um estudo piloto da entrevista semiestruturada a ser aplicada na última etapa da pesquisa dissertativa. A fim de se testar o questionário semiestruturado elaborado como instrumento de pesquisa, foram entrevistados dois beneficiários do INSS que sofreram amputações de membros inferiores, desconsiderando-os como resultados para a futura pesquisa.

Devido à inexistência de dados epidemiológicos sobre amputações em bases de dados nacionais, a terceira etapa da pesquisa consistiu na análise documental de prontuários de pacientes amputados pelos sistemas de protetização com fundos

⁵ Beneficiários: contribuintes previdenciários que têm direito favorecidos com seguros ou indenizações como auxílio-acidente, auxílio-doença, aposentadorias.

públicos (SUS e INSS) e da rede privada durante o mês de julho de 2008, cujos dados foram descritos no item intitulado “Delineamento Quantitativo”. Para análise quantitativa dos dados explorados nos prontuários, foram utilizados os testes estatísticos qui quadrado e ANOVA.

A quarta etapa consistiu na realização das entrevistas semiestruturadas, durante os meses de abril e maio de 2009, nos domicílios dos entrevistados ou local de trabalho da pesquisadora, conforme opção do entrevistado. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas aos amputados, sendo a conversa gravada e registrada pela pesquisadora.

Durante a entrevista, os participantes explanaram sobre a concepção que têm de sua capacidade laborativa, como manejam as dificuldades relacionadas ao mercado de trabalho e educação e uso de ações afirmativas aos portadores de deficiência física. A escolha pela entrevista semiestruturada justifica-se por oferecer ao entrevistado espontaneidade necessária ao enriquecimento da investigação.

A coleta de dados (a partir das entrevistas) foi encerrada obedecendo aos critérios de saturação e diversificação definidos por Marre (1991). O critério de diversificação refere-se à identificação de pessoas que são capazes de analisar a totalidade dos temas, fatos, estratégias, juízos e itinerário do grupo social investigado. O segundo critério refere-se à saturação, atingida quando, a partir de certo número de entrevistas coletadas, as posteriores não acrescentam praticamente nada ao que as outras tenham expresso.

Tendo como **população** os amputados do Estado do Rio Grande do Sul, protetizados na cidade de Porto Alegre, constituiu-se uma **amostra intencional** com pessoas amputadas de membros, usuários de próteses ortopédicas, atendidas pelo sistema privado de saúde, pelo Sistema Único de Saúde-SUS e pelo Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS, os quais atenderam aos seguintes **critérios de inclusão**: amputação de membro (s) progressa (s) e uso de prótese ortopédica.

Como **critérios de exclusão** da amostra, foram considerados, a partir da idade de amputação, amputados do sexo feminino que sofreram amputação acima de 60 anos de idade e do sexo masculino acima de 65 anos de idade, por apresentarem requisitos legais para aposentarem-se por idade (observando o período mínimo de contribuições previdenciárias mensais), e presença de deficiências ou patologias associadas à ausência de membros que inviabilizassem

ou dificultassem o retorno ao mercado de trabalho, como, por exemplo, déficit visual e sequelas neurológicas. A amostra foi composta por dez amputados cujos prontuários foram revisados preliminarmente à pesquisa na fase de delineamento quantitativo da pesquisa.

Os entrevistados pela pesquisadora receberam esclarecimento sobre os objetivos e etapas da pesquisa, quanto ao resguardo da identidade, possibilidade de desistência da participação na pesquisa em qualquer instante, gratuidade da participação na pesquisa e assinatura do consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B). As entrevistas foram registradas com gravador de voz digital para posterior transcrição e análise da pesquisadora. Os participantes da amostra responderam individualmente às questões da entrevista (APÊNDICE C).

Ressalta-se a dificuldade de se compor um grupo de entrevistados dispostos a falar sobre as suas (re)inserções profissionais, assumindo que possuem atividades de trabalho informais associadas ao benefício previdenciário, pelo medo de serem descobertos e perderem o benefício, além da desconfiança gerada ao anunciar que obtive os contatos e dados de identificação junto ao cadastro do INSS.

Sendo assim, a amostra da presente pesquisa difere da amostra apresentada na revisão dos prontuários executada para o delineamento quantitativo da problemática da pesquisa, pois, nessa etapa qualitativa, os entrevistados possuem escolaridade maior e predominantemente adquiriram próteses na rede privada, onde, através de contatos profissionais da pesquisadora, os amputados possuíam uma referência e foram encorajados a falar sobre o tema; afinal, confiança na entrevistadora era primordial para que pudessem abordar o objeto de estudo com autenticidade.

Os critérios de diversidade e saturação foram seguidos, da mesma forma que o grupo de entrevistados conseguiu contribuir para o objeto do estudo. Foram entrevistados homens e mulheres, pessoas com escolaridades diversas, aposentadas e em benefício previdenciário atuando no mercado informal e outros trabalhando formalmente pela reserva de cotas ou não. O processo de entrevistas foi encerrado quando as informações obtidas nas entrevistas foram se repetindo, somando nada ou pouco às entrevistas pgressas.

As entrevistas semiestruturadas foram avaliadas de acordo com a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo, descrita a seguir.

3.1 TÉCNICA DE ANÁLISE: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a partir de discursos individuais, busca reconstruir um discurso coletivo como representação social sobre um fenômeno. Cada entrevistado é considerado autônomo, relator de produtos simbólicos coletivos, ou seja, não se preconiza realizar uma soma de discursos, mas relacioná-los, reconstruí-los:

Com efeito, com o DSC, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é precisamente o inverso, ou seja, reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeças, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada 'figura', ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE et al, 2000, p. 19).

Segundo Lefèvre et al. (2000), para a formulação de um DSC, as entrevistas transcritas literalmente são analisadas e decompostas em quatro figuras metodológicas:

- **Ancoragem:** refere-se ao alicerce em que cada pressuposto, conceito ou hipótese está 'ancorado'. As representações sociais revelam as ancoragens, as conexões com justificativas e teorias implícitas que dão sentido a eventos da vida cotidiana. Essa categoria não foi aplicada à presente pesquisa, pois não se objetiva focar as representações sociais na construção do DSC.
- **Ideia central:** é a afirmação do depoimento individual que permite a identificação do essencial no discurso.
- **Expressão-chave:** constitui-se da transcrição literal de determinada parte do depoimento que corresponde às perguntas de pesquisa, como comprovações das ideias centrais e das ancoragens.
- **Categoria:** o discurso do sujeito coletivo propõe, como forma de tabulação de respostas a perguntas abertas em entrevistas, a identificação de categorias, ou seja, palavras ou conceitos que revelam a essência da resposta. A categoria torna os depoimentos passíveis de

classificação e produção de entendimento através da eliminação da variabilidade individual não pertinente ao fenômeno pesquisado.

O quadro esquemático proposto na elaboração do roteiro de entrevistas e como facilitador de análise das respostas a partir do prévio estabelecimento de categorias do discurso de sujeito coletivo consta no APÊNDICE D. A seguir, constam os relatos das entrevistas com os dois profissionais do CRP/INSS e a análise quantitativa dos prontuários de amputados protetizados.

3.2 DESCRIÇÃO ANALÍTICA DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DE AMPUTADOS

3.2.1 Entrevista com orientador profissional

N.F., sociólogo, trabalha como orientador profissional do INSS desde 1989. Acredita que a reinserção de amputados no mercado de trabalho tem importância única na socialização dos mesmos: “reinserção na vida, se a pessoa não voltar ao trabalho a minha função que fica amputada” (SIC)⁶.

Associa o trabalho ao sustento e à inserção social, “*o que a gente é e faz profissionalmente é o nosso social*” (SIC). Relata que há empresas não receptivas, pessoas que não se sentem mais em condições de voltar ao trabalho e não querem voltar a trabalhar, não vêem perspectivas no mundo do trabalho, têm-se como excluídas, declaram-se como inválidas e buscam como ganho secundário ou como subsistência manterem-se em benefício.

Mesmo com experiências negativas, o trabalho ainda é benéfico na socialização. *Expressa que a insegurança do mercado de trabalho e concorrência com os “sadios desempregados” (SIC) estimula a busca pelo benefício, entretanto, o valor baixo do mesmo, força a busca por um trabalho, às vezes informal, como fonte de renda alternativa.*

⁶ SIC: Segundo informações colhidas, citação literal da fala.

A habilitação profissional para amputados é pouco diferente dos demais contribuintes, exceto pelas particularidades de acessibilidade do local e dificuldade de transporte. A (re) habilitação profissional pode ocorrer, ou não, conforme cada caso, e pode ser simultânea ou após a protetização. Ocorre a partir de cursos em instituições que o INSS tem convênio (SENAI, SENAC- Canoas, POA e Gravataí; Fundação Universidade Cardiologia- POA e busca-se convênio também com a ACM- Associação Cristã de Moços- POA) ou a partir de treinamentos direto na empresa onde possui vínculo empregatício.

Alguns amputados conseguem recolocação profissional direto sem intervenção da equipe do INSS. *A escolha pelo curso é conforme a área de interesse do amputado segurado, vaga para recolocação profissional disponibilizada pela empresa ou é raramente sugerido pelo orientador profissional conforme escolaridade, idade e experiências profissionais anteriores.*

A partir da nova Instrução Normativa INSS/PRES nº 20, de 11/10/2007⁷, autônomos e aposentados também podem acessar a habilitação profissional pelo INSS, mas adverte: “a lei prevê, mas é incomum, pela demanda que temos, priorizamos as pessoas que têm condições de voltar a trabalhar” (SIC).

Relata que muitas empresas evitam gastos com adaptações físicas nos postos de trabalho, têm resistência a se adequar à legislação, buscam lucros sem objetivos maiores como a reinserção social de portadores de necessidades especiais, deficientes físicos e reabilitados; revela ainda, que a maioria das empresas apenas se preocupa com a legislação e a imposição de reserva de vagas.

⁷ Instrução Normativa INSS/PRES nº 20, de 11/10/2007, CAPITULO V- DA HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL:

Art. 365. Serão encaminhados para o Programa de Reabilitação Profissional, por ordem de prioridade:

I – o beneficiário em gozo de auxílio-doença, acidentário ou previdenciário;
II – o segurado em gozo de aposentadoria especial, por tempo de contribuição ou idade que, em atividade laborativa, tenha reduzida sua capacidade funcional em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou causa;
III – aposentado por invalidez;
IV – o segurado sem carência para auxílio doença previdenciário, portador de incapacidade;
V – o dependente pensionista inválido;
VI – o dependente maior de 16 anos, portador de deficiência;
VII – as Pessoas Portadoras de Deficiência-PPD, ainda que sem vínculo com a Previdência Social.

Art. 366. É obrigatório o atendimento pela Reabilitação Profissional aos beneficiários descritos nos incisos I, II, III do artigo anterior, ficando condicionado às possibilidades administrativas, técnicas, financeiras e às características locais, o atendimento aos beneficiários relacionados aos incisos IV, V, VI e VII do mesmo artigo.

Entretanto, os trabalhadores deficientes ou não, de acordo com o nível de consciência de cada trabalhador, buscam aumentar a produtividade da empresa, melhorar sua escolaridade e sua qualificação profissional. Encontrando um trabalho agradável, que goste de realizar, o amputado resgata sua cidadania, sente-se útil, ativo e aceito na comunidade: “ser motorista, professor, copeiro, eletricista, pedreiro, garçom, soldador, empregada doméstica...é sua identidade, seu lugar na sociedade” (SIC).

Nem sempre é possível fazer acompanhamento do contribuinte reinserido no mercado de trabalho. Na teoria, deveriam ser feitos reavaliações em 6 e 12 meses, mas na prática só é viável efetuarem acompanhamento até a alta do benefício do INSS. Até 2001, a equipe do CRP contava com 230 profissionais quando atendia todo o estado do RS. Nos anos seguintes, muitos profissionais foram redistribuídos ou aposentados, como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, médicos, técnicos de próteses, fisioterapeutas, entre outros.

Também havia o pessoal do serviço de pesquisa de mercado de trabalho (SPMT) que acompanhava, mesmo que por telefone, os trabalhadores reinseridos no mercado de trabalho e fornecia dados desse contato aos técnicos da reabilitação profissional. Declara que, atualmente, o serviço de orientação profissional conta com 1 sociólogo, 4 assistentes sociais, 2 psicólogas, 1 técnico em assuntos educacionais, 1 fisioterapeuta, 2 médicos e 1 terapeuta ocupacional recém concursado que está realizando treinamento. Há, ainda, mais 2 assistentes sociais que, apesar de atuarem como assistentes administrativos, realizam os contatos com o SENAI e SENAC.

Segundo o entrevistado, as trocas de função são indicadas pelo médico perito INSS, mas nem sempre são efetivadas na empresa. No ato da perícia médica, quando o médico constata que a função de origem do beneficiário é incompatível com sua atual condição física ou psíquica, mas que o beneficiário tem potencial laborativo para o desempenho de outras funções e atividades, ocorre o encaminhamento à Reabilitação Profissional.

Percebe que a escolaridade não é prioridade nos segurados que querem trabalhar e ganhar dinheiro, mais preocupados com seu sustento do que com a escola. Argumentam a falta de tempo, dificuldades de transporte para os amputados de membros inferiores e de escrita para os amputados de membros superiores. “Eu incentivo para voltarem a estudar, mas é uma preocupação mais minha do que

deles; há exceções, mas a maioria usa a amputação como uma desculpa, um impedimento para não prosseguir nos estudos” (SIC).

3.2.2 Entrevista profissional com fisioterapeuta

M.F.D, fisioterapeuta, trabalha no Centro de Reabilitação Profissional-CRP/INSS desde 1985. Este CRP atende a área de Porto Alegre, Viamão e Alvorada e realiza avaliações físicas e prescrição de próteses tanto para os locais sob a gerência de Porto Alegre como para os municípios Ijuí, Pelotas e Novo Hamburgo. *Refere que têm acesso ao serviço de protetização e reabilitação profissional todos os contribuintes da Previdência, mesmo sem condições de retorno ao trabalho;* desde o ano passado em que se instituiu a Instrução Normativa INSS/PRES nº 20, de 11/10/2007, os aposentados passam a ter direito a receber também por esta instituição, pois antes só acessava quem poderia voltar ao trabalho.

A entrevistada atribui à falta de informação pública desconhecimento dos profissionais da área da saúde e a demora no processo de protetização via INSS (cita o prolongamento do processo devido à instituição de uma superintendência em Florianópolis, desde o governo Lula), à migração de contribuintes (que poderiam acessar o serviço de reabilitação profissional do INSS) para o sistema privado de saúde ou SUS em busca de próteses ortopédicas.

O tempo de espera médio para a colocação da prótese é de um ano, sendo que em intervalos de dois anos o contribuinte pode requerer nova prótese, ou antes, em caso de grande emagrecimento ou ganho de peso em que a garantia das ortopedias técnicas não se responsabilizam pela troca desse encaixe.

Na opinião da entrevistada, o amputado que retorna ao trabalho é mais ativo, faz melhor uso da prótese, tende a uma vida normal; quem não volta ao trabalho, segue marcado com a ‘amputação’, com dificuldades emocionais, não aderem ao programa de reabilitação, é como se eles vissem no INSS apenas como uma seguradora, buscando benefícios. Essa realidade tem como viés a escolaridade, pois acredita que quanto maior a escolaridade, mais rápido o retorno ao mercado de trabalho.

Refere como fatores contribuintes do retorno ao trabalho dos amputados protetizados a baixa idade e o bem-estar emocional, ou seja, aceitação de sua nova condição física. Acredita que quem não tem uma escolaridade satisfatória às exigências do mercado de trabalho opta pela aposentadoria como segurança de renda.

Salienta, entretanto, que a demora muitas vezes para a obtenção da prótese, seja por complicações do pós-operatório, seja pela burocracia do processo do INSS, amputados de membros superiores têm suas chances diminuídas de adaptação às próteses.

Explica que o papel do profissional fisioterapeuta na reabilitação de amputados é muito grande, junto a uma equipe multidisciplinar é peça principal, pois a prótese sozinha não é suficiente.; por isto, a necessidade de promover boa condição física e independência antes mesmo de colocar a prótese.

A atuação do fisioterapeuta deve ser no pré e pós-protetização para evitar que muitos cheguem ao final do processo, já com a prótese, mas sem condições ou sem habilidade de usá-la. Revela, com base em sua experiência, que em locais como SP e RJ a atuação da fisioterapia é muito mais ágil, pois o encaminhamento é mais precoce do que na região sul, tendo resultados mais satisfatórios.

Ressalta o baixo número de profissionais fisioterapeutas com bom conhecimento e prática na reabilitação de amputados. Fora do INSS, não identifica outros profissionais e serviços preocupados com a reinserção dos pacientes amputados no mercado de trabalho.

O amputado em contato com a prótese vê a possibilidade de retornar ao trabalho e, trabalhando, perde o mito da perda, melhora a autoimagem, resgata as questões emocionais; ao contrário dos pacientes com LER/DORT com quem aparece muito forte o mito da incapacidade para o trabalho.

A reabilitação profissional de amputados tem como peculiaridade a questão cultural brasileira pela ênfase na estética, sobretudo com as mulheres, amputadas de membro inferior, que querem usar sapato de salto alto com a prótese, ou, amputadas de membro superior e pintam com esmalte as unhas da mão protética, rejeitando, por exemplo, o gancho que seria um dispositivo mais funcional para a apreensão de objetos do que a mão protética nos casos de amputações de membros superiores; nos países europeus, a realidade cultural é bem diferente da nossa: prioriza-se a utilidade e não a aparência exterior do dispositivo protético.

O processo de licitação para aquisição de próteses e órteses pelo INSS é composto por várias etapas: do CRP vai para a Logística, que encaminha para a Procuradoria, que retorna para a Logística; se houver alguma alteração, é reencaminhado novamente o processo para a Procuradoria, senão, é enviado para a Gerência de onde segue para a Superintendência em SC.

Em comparação ao sistema de protetização do SUS, acredita que o sistema INSS é superior pelo uso de componentes técnicos de melhor qualidade, importados e de tecnologia mais avançada, com modelos superiores aos básicos que o SUS distribui. Nas licitações, os componentes não podem fazer apologia a uma marca porque se não o processo pode ser anulado pela concorrência, mas geralmente são prescritos componentes importados, salvo os sistemas de componentes protéticos que têm em duas marcas diferentes como a suspensão a vácuo para amputados transtibiais que é oferecido por marcas nacionais e importadas, em que a empresa, ao prestar o serviço, pode optar por qual deles utilizar.

O paciente pode voltar ao trabalho fazendo uso de muletas ou outros acessórios, exceto em algumas atividades como padeiro e confeitiro que não permitem, por questões de higiene e por atrapalhar a produção do setor, ou outras funções que requeiram adaptações da atividade (trocas de função) como eletricitas amputados por choque elétrico.

O contribuinte pode ter alta do INSS mesmo estando desempregado. Pode voltar a trabalhar como autônomo ou como desempregado, se não tiver vínculo com empresa quando sofreu a amputação. O INSS não é empregador, apenas dá condições para retornar ao trabalho e orienta quanto às facilidades da reserva de vagas para PPD's.

O INSS firmou parceria com as faculdades IPA para atendimento de terapia ocupacional e fisioterapia, mas o contribuinte da previdência também pode acessar a fisioterapia na rede SUS (como na AACD que faz o pré e pós-protetização) ou na rede privada de saúde. A UFRGS oferece uma clínica de psicologia, mas não é gratuito, é mediante a avaliação da renda.

No CRP/POA-INSS só tem um profissional fisioterapeuta que conta com equipamentos e recursos fisioterapêuticos desatualizados, sem manutenção, não repostos. Discorda com a ideia das gerências de promover a terceirização dos serviços de fisioterapia na reabilitação dos amputados “antes da descentralização da previdência, tínhamos uma equipe multidisciplinar completa aqui” (SIC).

Dessa maneira, podemos apontar várias características similares entre o SUS e INSS: ambos utilizam sistema de licitações para concessão de próteses, fornecem a seus usuários acessórios como muletas e bengalas, firmam parcerias com universidades privadas e públicas para prestação de serviços de psicologia, fisioterapia, serviço social e enfermagem. Entretanto, muitas vezes, os profissionais ou estagiários responsáveis pela prestação desses serviços não efetuam trabalho em equipe, além de ter pouco ou nenhum contato com o técnico protesista da empresa — que venceu a licitação da prótese — durante a reabilitação.

Nas amputações de membros superiores no SUS e INSS, há predomínio de modelos estéticos, que não acrescentam funcionalidade alguma para o amputado. Ocorre considerável número de desistências na aquisição de prótese ortopédica, além de frequentes migrações para a rede privada de saúde. Há casos, pelo SUS, em que o amputado não comparece à ortopedia técnica para buscar sua prótese, sendo essa enviada ao usuário pelo correio ou por terceiros, comprometendo sua adaptação à prótese e conhecimento sobre seu manuseio.

3.3 DELINEAMENTO QUANTITATIVO DA PROBLEMÁTICA DE PESQUISA

Objetivando uma exposição elucidativa quanto aos motivos de amputação, níveis de amputação, idade, sexo, escolaridade e situação profissional dos amputados, bem como as particularidades de cada sistema de protetização, rastream-se dados quantitativos de 2006 a 2008, a partir da revisão de prontuários no CRP/POA (INSS), em uma clínica prestadora de serviços para o SUS através de licitações e uma prestadora de serviços na rede privada de saúde.

Foram revisados no total 169 prontuários no mês de julho de 2008, sendo 55 prontuários do INSS, 56 do sistema privado de saúde e 58 do SUS, uma proporcionalidade casual de casos entre os sistemas. Nos prontuários dos três sistemas de saúde, foi possível realizar um levantamento sobre sexo, procedência, nível de amputação, etiologia da amputação, tempo de espera desde a amputação até a protetização, data de nascimento, data da amputação.

Nos prontuários do INSS e da rede privada, além dos dados antes referidos, obtiveram-se informações sobre a escolaridade na época da amputação e, após a protetização, situação profissional antes da amputação e após a protetização.

Os prontuários dos sistemas de protetização gratuitos não eram completos nos dados, mas a partir de contato telefônico com segurados do INSS, foi possível resgatar informações sobre sua escolaridade. Particularmente nos prontuários do SUS, verificou-se o registro de dados mais defasado, muitas vezes não tínhamos sequer a especificação do tipo de prótese. E nos casos em que não era a primeira protetização sem constar a data de aquisição da prótese anterior, não foi possível considerar para amostra, pois esse dado seria utilizado na formulação da variável sobre o tempo de espera pela prótese desde a amputação; sendo assim, foram considerados apenas os casos de primeira protetização.

Em relação à distribuição do sexo, nas três amostras, a moda é sexo masculino, confirmando os dados apresentados em bibliografias pesquisadas em que se afirma maior incidência de amputações entre os homens. Particularmente, na amostra do INSS, em que os acidentes de trabalho são a principal causa de amputações, é coerente afirmar que em funções predominantemente masculinas sejam os homens as mais frequentes vítimas de amputações de membros.

O teste estatístico qui-quadrado revela valor estatisticamente não significativo entre o sexo do amputado e o retorno ao trabalho, ou seja, sendo $p > 0,01$, não podemos afirmar que o sexo feminino nem o masculino sejam variáveis determinantes ao retorno ao trabalho após a protetização nessa amostra.

Tabela 1: Distribuição do sexo dos 169 pacientes amputados protetizados

Sistema de Saúde	Sexo	Número Absoluto	Porcentagem
SUS	Feminino	12	20%
	Masculino	46	80%
	Subtotal	58	100%
INSS	Feminino	05	9%
	Masculino	50	91%
	Subtotal	55	100%
Privado	Feminino	16	29%
	Masculino	40	71%
	Subtotal	56	100%
Toda Amostra	Feminino	33	20%
	Masculino	136	80%
	Total Geral	169	100%

Fonte: dados da presente pesquisa

Cabe destacar que os achados na presente pesquisa diferem de uma pesquisa realizada na Inglaterra por Singh et al (2008). Este estudo revela que mulheres têm menor índice de retorno ao trabalho pelas suas dificuldades maiores de adaptação à prótese: 42,9% das mulheres e 68,6% dos homens se adaptam ao uso de prótese.

Entre os 169 prontuários avaliados, 65 pacientes (39%) sofreram amputação por traumas – sobretudo acidentes de trânsito; 54 pacientes (32%) foram amputados por problemas vasculares como trombose venosa profunda e eventos associados ao tabagismo e diabetes mellitus; 19 pessoas (11%) perderam seus membros em acidentes de trabalho; 15 pessoas (9%) devido a tumores; 9 pessoas (5%) devido a má-formações congênicas e 7 pessoas (4%) amputaram por motivos diversos como sequelas de hanseníase, picada de cobra, complicações de meningite meningocócica, tétano e mielomeningocele.

Na amostra do INSS, a etiologia prevalente são as traumáticas, decorrentes de acidentes de trabalho e de trânsito, ao passo que na amostra da rede privada de saúde, as causas vasculares se aproximam muito das traumáticas, sobretudo de acidentes de trânsito. No SUS, não foi verificado nenhum caso de protetização por acidente de trabalho, mas, sobretudo, por causas vasculares e traumáticas.

Ressalta-se que muitos acidentes de trabalho identificados nos prontuários do INSS são oriundos de acidentes de trânsito que, a partir da classificação de acidente de trabalho em percurso, não foram contabilizados na etiologia traumática, o que nos leva a concluir a predominância da etiologia traumática, decorrente da crescente violência no trânsito, sobre as demais causas de amputação.

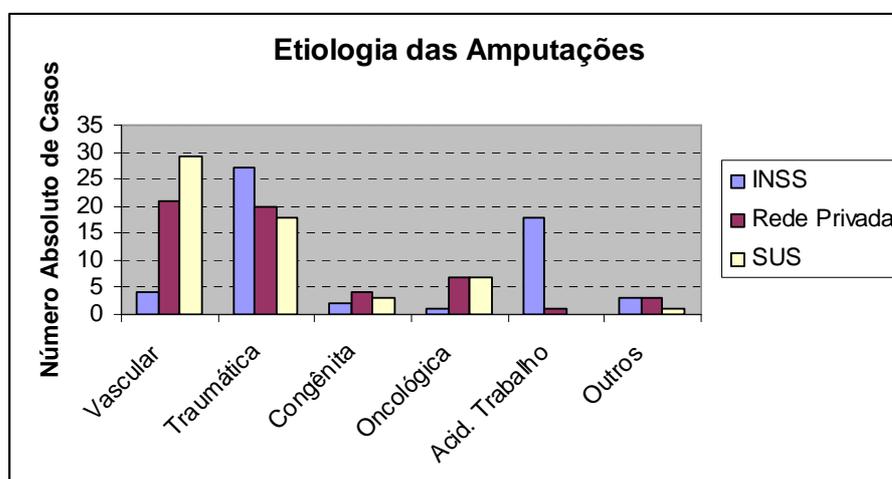


Gráfico 1

Na rede privada, a média de idade é 45,51 anos, cuja idade mínima é 6 anos e a máxima é 87 anos, com desvio padrão de 21,98 anos. Em relação à idade em que sofreu a amputação, a média é 41,53 anos, sendo a idade mínima 3 anos e a máxima 87 anos, com desvio padrão de 22,46 anos. Na rede pública SUS, a média de idade é a maior: 53,41 anos, com idade mínima de 16 anos e máxima de 89 anos, com desvio padrão de 18,25 anos.

Em relação à idade em que sofreu a amputação, a média é 49,31 anos, sendo a idade mínima 10 anos e a máxima 83 anos, com desvio padrão de 18,84 anos. A amostra do INSS apresenta média de idade 44,27 anos, com desvio padrão de 10,95, idade mínima de 23 anos e máxima de 74 anos. Em relação à idade de amputação, a idade mínima é 1 ano e a idade máxima é 64 anos, sendo a média de 29,49 anos e o desvio padrão de 13,17 anos.

Utilizando-se o teste estatístico ANOVA, para análise de variância entre as médias de idade de amputação e a etiologia da amputação, entre os 169 pacientes, verifica-se $p < 0,01$, ou seja, há associação estatisticamente relevante das amputações por etiologia vascular nas pessoas mais velhas, no intervalo de confiança de 56,46 a 63,39 anos de idade; assim como as amputações decorrentes de má-formações congênitas estão associadas às pessoas mais jovens, sobretudo no intervalo de confiança de 4,93 a 17,96 anos de idade.

As demais causas de amputação não possuem um intervalo de idade característico comprovado estatisticamente ($p > 0,05$).

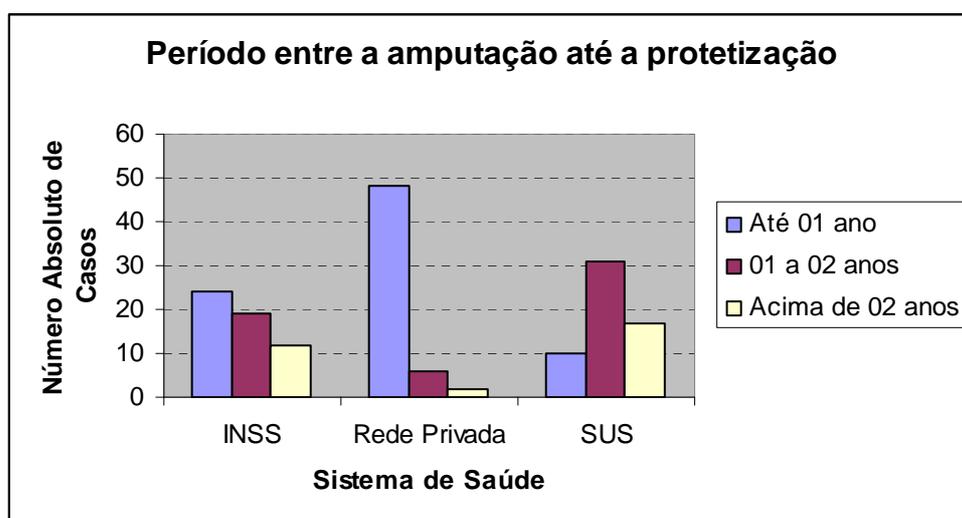


Gráfico 2

Como podemos observar no gráfico anterior, o sistema de protetização na rede privada é o mais rápido, seguido pelo sistema do INSS e pelo SUS. Considera-se válido mencionar que muitas vezes a demora na colocação da prótese ortopédica não decorre apenas da demanda pelo serviço de protetização, mas também porque muitos pacientes apresentam condições clínicas inaptas à protetização, dependendo do acesso à assistência ambulatorial ou hospitalar públicos.

Agilidade na concessão de próteses e reabilitação de amputados implicaria diminuição de gastos com benefícios previdenciários, afastamentos das relações sociais de trabalho e pessoais, além de minimizar a evasão escolar. A adaptação à prótese é potencializada nas protetizações antecipadas, pois, muitas vezes, com a demora na concessão da prótese, o paciente pode debilitar-se, não dispondo de atendimento fisioterapêutico pré-protetização, acomodado à cadeira de rodas, ou adquirir tamanha funcionalidade com muletas e sem a prótese, que muitas vezes o treinamento com a prótese torna-se muito desgastante e desinteressante ao paciente.

Nos três sistemas de financiamento de protetização, avaliando a procedência dos amputados, declara-se a carência de serviços de próteses no interior do estado, pois, entre os 169 amputados analisados, 120 casos (71%) são oriundos do interior e região metropolitana de Porto Alegre e 49 (29%) são provenientes de Porto Alegre.

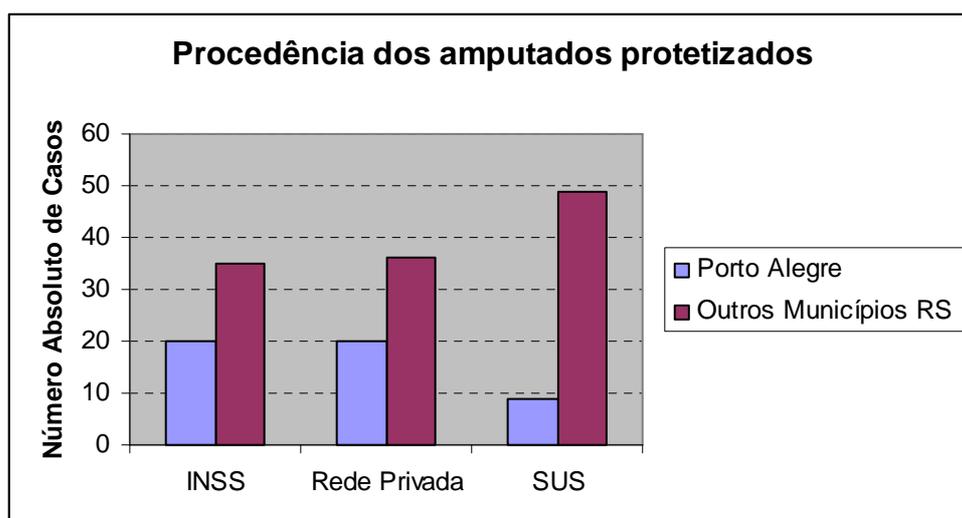


Gráfico 3

A escolaridade é uma variável encontrada apenas nos prontuários do INSS e da rede privada.

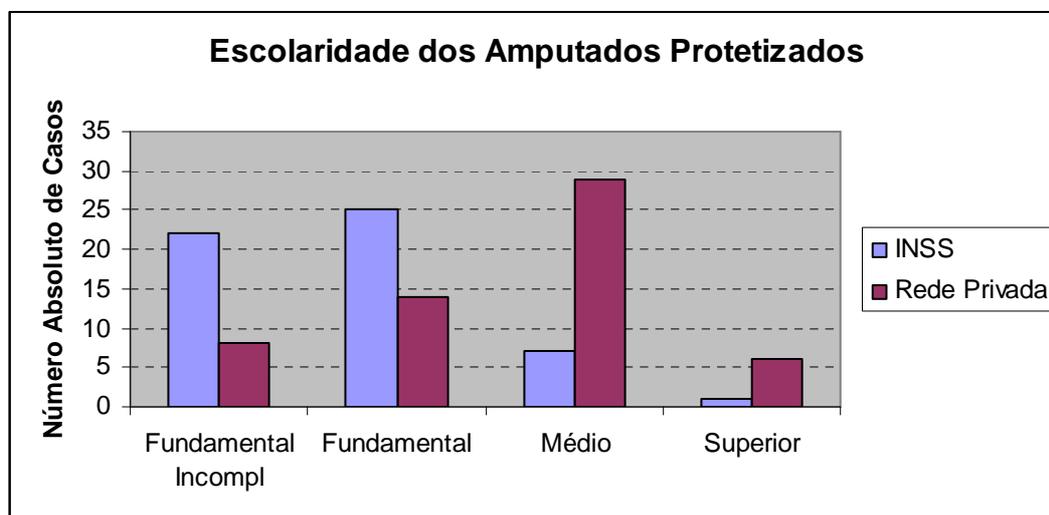


Gráfico 4

Conforme o gráfico acima representa, destaca-se o baixo índice de escolaridade entre os 55 amputados do INSS, em que 22 pessoas (40%) possuem o ensino fundamental incompleto, 25 pessoas (45%) possuem o ensino fundamental, 7 pessoas (13%) possuem o ensino médio, e apenas 1 pessoa (2%) possui ensino superior.

Na amostra da rede de saúde privada, o índice de escolaridade é mais elevado, pois apenas 8 casos (14%) não concluíram o ensino fundamental, 14 casos (23%) possuem o ensino fundamental, 29 casos (52%) possuem o ensino médio e 6 casos (11%) possuem ensino superior. Salienta-se que, na amostra da rede privada, prevalecem crianças e pré-adolescentes na porcentagem de participantes com ensino fundamental incompleto; ao passo que a amostra do INSS é composta por pessoas em idade produtiva, das quais se desejava maior tempo de estudo.

Entretanto, é admissível que pessoas mais escolarizadas tenham melhores condições financeiras e possam acessar aos serviços de saúde privada, apesar dos casos existentes de pacientes que remanejavam financiamentos bancários e comunitários para pagar uma prótese por desconhecer a possibilidade de adquirí-la através do INSS.

Relacionando-se a escolaridade entre os amputados do INSS e o seu retorno ao trabalho, aplicando o teste qui-quadrado, não se verificou valor estatisticamente

substancial, ou seja, $p > 0,01$, o que nos leva a concluir que nessa amostra a escolaridade não é fator decisivo ao retorno ao trabalho após a amputação.

Entretanto, na amostra da rede privada, a escolaridade apresenta forte associação ao retorno ao trabalho ($p < 0,05$), em que, quanto maior o grau de escolaridade, maior propensão de retorno ao trabalho após a protetização: entre os 8 amputados com ensino fundamental incompleto, nenhum está trabalhando; entre os 14 amputados com ensino fundamental apenas 4 estão trabalhando, entre os 29 amputados com ensino médio, 13 estão trabalhando e entre os 6 amputados com ensino superior, 4 retornaram ao trabalho após a protetização.

Ressalta-se que foram concedidas 7 aposentadorias após a amputação e 9 amputados entraram no mercado de trabalho formal a partir da política de cotas a portadores de deficiência física.

A amostra do INSS possui maior índice de atividade profissional; entretanto, possui inferior escolaridade. Tal fato pode ser explicado tendo em vista a obrigatoriedade legal de reinserir profissionalmente os beneficiários, e a escolaridade baixa é contornada na oferta de cargos de baixo prestígio. Como principais profissões atingidas por acidentes de trabalho na amostra do INSS, podemos citar os agricultores (todos autônomos que após a protetização seguiram na mesma função profissional), motoristas, motoqueiros no setor de tele-entregas (motoboys), eletricitistas, marceneiros, trabalhadores de empresas metalúrgicas e construção civil.

Após a protetização, os cargos mais remanejados são porteiros, cobrador de ônibus, recepcionista e auxiliar de escritório. Apenas sete amputados participaram dos cursos de habilitação profissional nas áreas de informática, eletrônica, cabeleireiro e tornearia mecânica; os demais não receberam nenhum curso ou realizaram apenas treinamento de tarefas na nova função diretamente na empresa onde possuíam vínculo empregatício.

Nesse sentido, na amostra do INSS, antes da amputação, exceto em 3 segurados aposentados, houve retorno ao mercado de trabalho formal de 34 amputados (62%), concessão de 6 novas aposentadorias (somadas às anteriores à amputação, os aposentados somam 16% e 22% permaneceram não trabalhando, recebendo algum benefício ou desempregados.

O mero cuidado na adequação do trabalhador à função do trabalho foi observado na prática do processo de habilitação profissional, em que verificamos a ênfase em facilitar o ingresso no mercado de trabalho e não qualificar esse trabalhador, como presumimos pela inexpressiva quantidade de beneficiários do INSS que acessam os cursos de qualificação frente ao expressivo número de casos que ou recebem treinamento já no posto de trabalho oferecido pela empresa, ou apenas ingressam direto em alguma nova função laboral.

Segundo Kuenzer (1997), a competência decorrente desse modo de formação é o 'saber-fazer', advindo da experiência prática, com baixo nível de teorização, para o aluno repetir e memorizar a função laboral.

Ribeiro (2008), ao discutir a formação profissional no Brasil, reconhece as tendências da educação profissional como forjadora de qualificações ao mercado de trabalho capitalista, que, na realidade, exige polivalência e flexibilidade funcional; mas promove cursos e programas muitas vezes desconexos da escolaridade do trabalhador e o habilita a adquirir competências destinadas a específicos postos de trabalho. Transpondo-se tais características à realidade de pessoas amputadas, que também apresentam desvantagem física e limitações de escolaridade, são nítidas suas dificuldades extras de permanência no mercado de trabalho.

Um serviço de habilitação profissional restrita ao treino de habilidades específicas laborais, repetitivas e monótonas reduz a significação do trabalho aos trabalhadores amputados. Sugerem-se estudos longitudinais com amputados egressos da habilitação profissional do INSS, para se avaliar sua efetividade ao médio e longo prazo. O trabalho como elemento reabilitador, fonte de interações sociais e autoestima requer primazia de pesquisas, visando aperfeiçoamento de políticas de profissionalização e empregabilidade.

Ainda utilizando o teste estatístico qui-quadrado, observou-se importante associação ($p < 0,01$) entre os níveis de escolaridade da época da amputação e após a protetização na amostra do INSS, ou seja, dos 24 amputados com escolaridade do ensino fundamental incompleto, 22 pararam de estudar e apenas 2 concluíram o ensino fundamental. Entre os 26 amputados durante o ensino fundamental completo, 23 pararam de estudar e somente 3 concluíram o ensino médio. Entre os 5 amputados com ensino médio completo, apenas 1 atingiu o ensino superior.

Na amostra da rede privada, verificou-se novamente valor estatisticamente significativo ($p < 0,01$), demonstrando minoritária continuidade nos estudos após a

amputação, pois, entre os 8 participantes que possuíam o ensino fundamental incompleto, nenhum o concluiu; entre os 14 amputados com ensino fundamental completo, apenas 1 atingiu o ensino médio e entre os 28 amputados que já possuíam o ensino médio, nenhum avançou para o ensino superior; os 6 amputados que possuem ensino superior já haviam atingido essa escolaridade antes da amputação.

É válido ressaltar os frequentes relatos de interrupção e afastamento dos estudos no período subsequente à amputação como os 2 participantes da amostra que sofreram a amputação durante o ensino médio e ingressaram no ensino superior, mas abandonaram os estudos.

Cabe assinalar que, na categorização adotada pela presente pesquisa, considerou-se apenas o grau de escolaridade já concluído e não em andamento, a fim de se restringir as variáveis estatísticas devido ao número de participantes das amostras do INSS e rede de saúde privada.

Outros estudos correlacionam a idade e escolaridade como fatores estatisticamente significativos na inserção profissional de amputados, ou seja, quanto mais jovem e mais escolarizado, melhores chances de retorno ao trabalho (BURGER; MARINCEK, 2007; MILLSTEIN et al, 1985; SCHOPPEN et al, 2001b).

Testou-se, a partir do teste estatístico qui-quadrado, a correlação entre nível de amputação e situação profissional ativa, e conclui-se que entre as variáveis não há correlação estatisticamente significativa ($p > 0,01$). Na amostra do INSS, composta por 55 amputados, 49 amputados (89%) estão trabalhando, e na amostra da rede privada, em que sob o total de 56 amputados, apenas 21 (37%) retornaram ao mercado de trabalho, independente do seu nível de amputação.

Entretanto, a presença de mais de um membro amputado foi considerado uma variável estatisticamente relevante como complicador ao retorno ao trabalho por acrescer dificuldades de adaptação à prótese (MILLSTEIN et al, 1985).

O gráfico abaixo demonstra a prevalência de amputações de membros inferiores (85%) sobre a de membros superiores (6%) e a presença de mais de um membro amputado (9%).

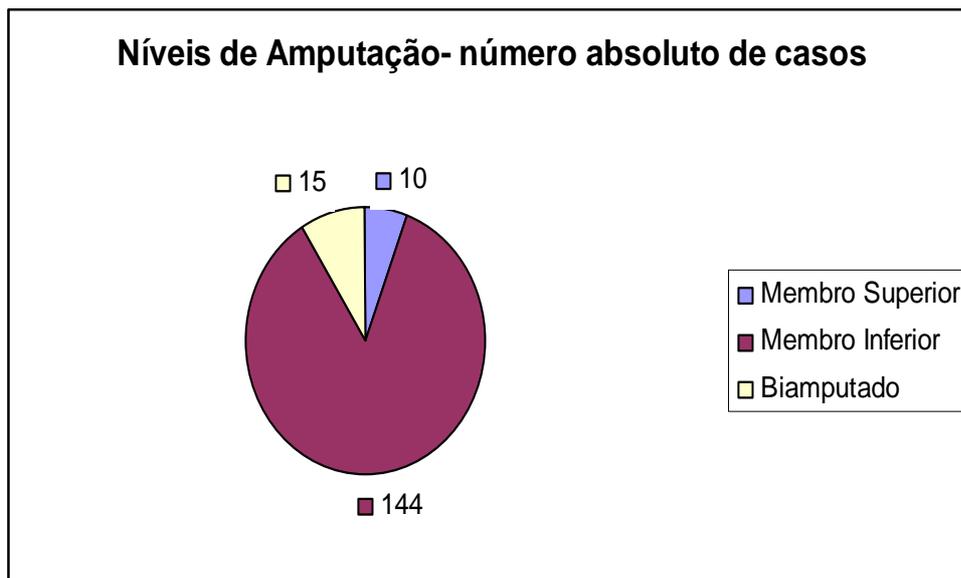


Gráfico 5

4 ANALISANDO O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DA PESQUISA

Neste capítulo, encontram-se as respostas das entrevistas realizadas aos amputados, de acordo com as categorias pré-estabelecidas: reabilitação, socialização, inserção profissional e trabalho — e as respectivas ideias centrais e expressões-chave para a construção do discurso do sujeito coletivo. Há, ainda, uma breve discussão de resultados, ou seja, “como a pesquisadora ouviu”, com ressalvas de falas que não compuseram o DSC, mas que possuem características ilustrativas sobre as categorias do estudo.

4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Os entrevistados eram provenientes de Gramado, Parobé, Dois Irmãos, Candelária, Esteio e os demais cinco entrevistados, de Porto Alegre. Foram entrevistadas dez pessoas amputadas usuárias de próteses ortopédicas. A amostra foi composta por três mulheres e sete homens, sendo apenas uma pessoa amputada de membro superior, uma bilateral de membros inferiores e os demais sofreram amputação de um dos membros inferiores.

Entre as causas de amputação, metade refere-se a acidentes de trânsito, um caso proveniente de acidente de trabalho, duas pessoas amputadas devido a complicações de má-formações congênitas e dois casos por eventos circulatórios/vasculares. As pessoas sofreram amputações entre 16 e 48 anos de idade e todas se encontram ainda hoje em idade produtiva.

A dificuldade de acesso a serviços médico-hospitalares pelo SUS foi apontada pelos entrevistados, relatando o prolongado período de dor intensa, limitação física e social precedente à amputação. O diagnóstico clínico tardio foi apontado como causa da amputação de dois participantes da pesquisa, ambos com problemas vasculares.

No grupo dos entrevistados da presente pesquisa, houve a concessão de quinze próteses ortopédicas. O INSS concedeu duas próteses; o SUS, quatro

próteses, e nove próteses foram adquiridas pelo sistema de saúde privado, ou seja, apenas um usuário de prótese não adquiriu prótese ortopédica no sistema privado.

Assim, três pessoas nunca solicitaram nenhuma prótese pelo SUS ou INSS, uma pessoa adquiriu uma prótese particular e outra pelo INSS após dois anos da amputação, cinco amputados receberam uma prótese do SUS, mas utilizam a prótese comprada na rede privada de saúde e um ganhou a prótese do local onde trabalhava e, após três anos transcorridos da amputação, aguarda a prótese do INSS – o pé da prótese adquirida na rede privada está quebrado, e o entrevistado não possui condições financeiras para comprar outra.

O tempo de espera até a protetização desde a amputação entre a rede privada é de apenas meses, sendo a mais demorada relatada de sete meses. No SUS e INSS, a espera mínima foram dois anos e máxima de quatro anos.

Tabela 2: Perfil das pessoas entrevistadas obedecendo à cronologia das entrevistas

Entrevistado	Sexo	Idade Atual	Idade amputação	Etiologia Amputação	Nível Amputação	Naturalidade	Aquisição Prótese	Tempo para aquisição
E. 1	Feminino	23	21	Congênita	Membro inferior	Arvorezinha	Privada	4 meses
E. 2	Masculino	23	16	Acidente Trabalho	Membro superior	Parobé	INSS	2 anos
							SUS	3 anos
E. 3	Masculino	26	22	Acidente trânsito	Membro inferior	Porto Alegre	Privada	3 meses
E. 4	Feminino	50	48	Vascular	Membro inferior	Candelária	Privada	7 meses
							SUS	2 anos
E. 5	Masculino	41	38	Vascular	Membro inferior	Esteio	Privada	3 meses
E. 6	Masculino	25	23	Acidente trânsito	Membro inferior	Dois Irmãos	Privada	3 meses
E. 7	Masculino	30	28	Acidente trânsito	Membro inferior	Porto Alegre	Privada	4 meses
							INSS	2 anos
E. 8	Masculino	23	17	Acidente trânsito	Membro inferior	Porto Alegre	Privada	6 meses
E. 9	Masculino	34	23	Acidente trânsito	Membro inferior	Porto Alegre	Privada	2 meses
							SUS	3 anos
E. 10	Feminino	38	35	Congênita	Membro inferior Bilateral	Gramado	Privada	3 meses

Fonte: dados da presente pesquisa.

4.2 RELAÇÃO PRÓTESE E AÇÃO: PERDAS E GANHOS DOS AMPUTADOS

A reabilitação do paciente amputado não se resume à protetização, mas, fundamentalmente, à (re)adaptação profissional e reintegração social do indivíduo. Entre a amputação e protetização, decorre um período que varia de acordo com o sistema de protetização⁸ e reabilitação acessada pelo amputado. Nesse período, a pessoa que sofreu a amputação se afasta do trabalho e necessita de adaptações cotidianas, uma nova aprendizagem de vivência social ontologicamente estabelecida através do trabalho.

Nesse sentido, a reabilitação auxilia nas novas formas de habitar um ‘corpo amputado’ e protetizado. É importante que o amputado acesse o quanto antes os programas de reabilitação, pois, quanto mais tardio, maior a probabilidade do desenvolvimento de complicações secundárias como debilitação geral, contraturas articulares e um estado psicológico deprimido (O’SULLIVAN; SCHMITZ, 1993).

Na presente pesquisa, foi possível identificar consenso sobre a baixa qualidade das próteses distribuídas pelo SUS, classificadas pelos entrevistados como “piorzinha”, “ruim”, “perna de pau”, “a mais barata”, “demorada”. Isso pode ser observado no DSC abaixo:

<p>Ideia central 1: As próteses dispensadas pelo SUS são de baixa qualidade e demoradas.</p>	<p>DSC 01- demorava a prótese pelo SUS, e a prótese é ruim, não que seja ruim, mas é a piorzinha, é a mais barata, é que tem muita gente que pega pelo SUS e não consegue usar as próteses, porque não são próteses boas, até tem esse meu vizinho que mora aqui do lado que ele perdeu a perna aqui em cima, em cima do joelho, ele não consegue usar a prótese porque ele ganhou a prótese do SUS, é bem diferente da minha, não tem nada de conforto. Eu até conheci algumas pessoas que sofreram amputação e que me falaram que eu podia recorrer ao SUS, ao INSS, só que as próteses são muito ruins, não vale a pena. Tentei pelo SUS, mas SUS não cobre esse tipo de prótese que eu queria. A prótese que eu ganhei do SUS não deu certo, depois de 2 anos esperando!</p>
---	---

A baixa qualidade das próteses tem sido enfrentada pelos avanços tecnológicos em medicina e confecção de próteses que conferem maior qualidade de vida aos amputados de hoje em relação à antigamente. Muitas melhorias em componentes protéticos são demasiadamente caras e inacessíveis para a realidade sócio-econômica brasileira.

⁸ Maiores esclarecimentos sobre os sistemas de protetização com financiamento público ou privado constam no APÊNDICE A.

Uma vez que as próteses não são desfrutadas plenamente pelos usuários, tornam o sistema de protetização pelo SUS e INSS muito caros aos orçamentos públicos. Os componentes técnicos das próteses fornecidas pelo INSS e SUS tendem a uma padronização e, muitas vezes, tornam-se inadequados às expectativas dos amputados. O desencontro entre as expectativas dos amputados e as possibilidades dos componentes protéticos gera frustrações, em que os amputados insatisfeitos com o modelo da prótese, abandonam-a. Isso pode ser observado no DSC que segue:

<p>Ideia Central 2: as próteses fornecidas são confeccionadas com componentes técnicos que não possibilitam uma série de atividades desportivas e de vida diária.</p>	<p>DSC 02: A prótese é ruim, não que seja ruim, mas é a piorzinha, é a mais barata, é a que sobra, e eu era muito novo na época, eu não queria usar uma prótese inferior, eu queria uma boa para eu fazer de tudo. Eu me inscrevi, fiz toda via sacra do SUS, 3 anos depois recebi uma prótese inferior a que eu usava, tive uma briga feia com o SUS para receber uma igual à que eu usava, não consegui, ganhei uma similar inferior, foi bem complicado, eles tavam, como é que eu posso te dizer, ao contrário da minha reabilitação, eles tavam tirando um conjunto de atividades física que eu fazia com a minha prótese antiga. Eu usei a prótese do SUS com dificuldade, machucava, doía.</p>
--	--

Assim como ocorre no Brasil, um estudo desenvolvido na Nigéria por Mosaku et al (2009) aponta para as desigualdades sociais que inibem a aquisição de modelos protéticos mais confortáveis e mais funcionais. A prótese, como valioso instrumento para a participação de atividades sociais, é um importante componente da reabilitação de amputados.

Compreendendo o amplo conceito de reabilitação, proposto por Diogo (2003), como um processo dinâmico, progressivo e educativo, cujos objetivos estão direcionados à restauração funcional e reintegração à sociedade, a incorporação de equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e técnicos ortopédicos é de suma importância para a recuperação funcional e à socialização dos amputados.

Como facilitadores para a adaptação da prótese, os entrevistados ressaltam o acompanhamento profissional do fisioterapeuta e do técnico protesista, a qualidade do equipamento protético e a vontade de voltar a caminhar. Essa valorização dos profissionais aparece no DSC abaixo:

Ideia central 3: Importância para os amputados protetizados do acompanhamento profissional com fisioterapeuta e técnico protesista para adaptação com a prótese.	DSC 03- Tinha psicólogo,protesista, fisioterapia, isso foi muito importante, o acompanhamento. Eu não sei como ia ser sozinha porque tu não tem nem noção, tem que ter alguém que te diz como funciona. A fisioterapia ajudou bastante.
---	--

Não raro, a falta de assistência técnica após a protetização e a demora na concessão da prótese implica a desistência do uso da prótese fornecida pelo SUS ou INSS. Assim, ocorre a conseqüente migração do amputado dos sistemas de financiamento de protetização públicos para o particular, inclusive daqueles com poucas condições financeiras.

O custo das próteses é uma preocupação referida por todos os entrevistados. Segundo eles, os valores para pagamento das próteses ortopédicas foram obtidos com dificuldade a partir de ações comunitárias como rifas, venda de ingressos para galeto, jantar-dançante e 'vaquinha familiar'; em apenas dois casos houve o uso de fundos próprios e em um a prótese foi paga pelo dono da empresa onde o amputado trabalhava. Essas afirmativas podem ser comprovadas no DSC seguinte:

Ideia central 4: Dificuldades econômicas na aquisição e manutenção de uma prótese ortopédica na rede privada.	DSC 04- Meus amigos se mobilizaram para me ajudar a pagar a prótese, uns se ofereciam pra comprar um celular para rifar, outros se prontificavam para fazer um galeto, tudo pra arrecadar dinheiro. Isso me marcou bastante, porque na dor a gente conhece quem é amigo mesmo. Fiz café colonial, ação entre amigos, jantar dançante pra juntar dinheiro. A prótese eu consegui através da empresa onde eu trabalhava, porque eu não teria nem renda para fazer um financiamento para comprar uma prótese. Eu acho que a pessoa que tem uma deficiência tinha que ter condições financeiras, não podia ser pobre, tinha que ter seu carro, sua casa bem confortável, coisas adaptadas, e sem dinheiro como é que a gente faz? Isso aí eu digo para todo mundo, a pessoa que tem uma deficiência física se é pobre tem que morrer, se é rico pode ter, porque é muito difícil!
--	--

Com as informações apresentadas, de modo algum se deseja desmerecer as políticas públicas nacionais de protetização; entretanto, não há como negar que precisam ser modificadas. Precisamos pensar em alternativas para se abreviar o tempo de espera para protetização nos sistemas SUS e INSS, bem como otimizar os resultados para os gastos públicos. Nas considerações finais da presente dissertação, constam alguns apontamentos a respeito de melhorias nas políticas públicas brasileiras de protetização.

4.3 'AMPUTAÇÕES SOCIAIS': AS REPERCUSSÕES NAS RELAÇÕES FAMILIARES E AFETIVAS

A amputação é um fenômeno que ocasiona mudanças biológicas, psicológicas e sociais. O aspecto biológico relaciona-se às mudanças na aparência física e redução da eficiência em determinadas atividades. As mudanças psicológicas e sociais serão tratadas ao longo desta seção dissertativa.

A reabilitação é, também, o enfrentamento dessas mudanças, envolvendo a adaptação à prótese ortopédica. A protetização oportuniza a inclusão social dos amputados pelas facilidades de locomoção e as relações sociais vivenciadas nas atividades do processo de reabilitação com outras pessoas amputadas e seus familiares.

Na presente pesquisa, foi possível constatar a satisfatória adaptação à prótese. Afinal, o tempo de uso diário da prótese é amplo em nove participantes da pesquisa, os quais referem tirá-la apenas para o banho e para dormir. Entretanto, um amputado de membro superior diz não usá-la para trabalhar por medo de danificá-la, e sem condições financeiras para pagar por outra ou ter que esperar por muito tempo uma prótese nova do INSS ou do SUS:

Eu uso ela praticamente assim nas atividades mais fracas, quando eu vou trabalhar num serviço mais pesado eu vou sem ela porque se não eu vou danificar a prótese. Vamos supor um exemplo, se eu vou carregar uma pedra, não tenho como, danifico o material da prótese e aí eu vou ficar sem ela, vai me prejudicar no dia-a-dia, pra me alimentar, usando ela no talher, para segurar um prato, um copo, pra andar de bicicleta (E.2).

Ainda avaliando-se a adaptação à prótese, para a maioria dos entrevistados, a prótese devolveu a independência absoluta, e um deles acrescenta que antes, sem a prótese, sempre que saía de casa para se divertir, voltava mais deprimido por não conseguir, e ainda impedir seus amigos e familiares de aproveitarem o passeio.

Em relação ao uso diário da prótese, podemos destacar o seguinte DSC:

<p>Ideia central 5: A amputação seguida pela protetização conferem funcionalidade e possibilidade de lazer no dia-a-dia dos amputados.</p>	<p>DSC 05-Uso a prótese para tudo, eu só tiro para tomar banho e dormir, o resto... só de prótese! Só tiro ela (a prótese), às vezes rapidinho para enxugar o suor. A minha prótese é quase que orgânica, se eu pudesse eu nunca tirava ela, nem pra dormir!</p>
---	---

Na fala de três entrevistados, evidencia-se a grande dor que sentiam durante o tratamento clínico conservador (não-cirúrgico, na tentativa de evitar a amputação), a permanência dentro de casa, o afastamento da escola e do trabalho. Após a amputação e colocação da prótese ortopédica, estes entrevistados puderam retomar as atividades sociais como frequentar a escola e praticar atividades de lazer fora de casa.

O ingresso na escola aos 38 anos de idade ocorreu com E.10, amputada aos 35 anos de idade, por osteomielite (infecção óssea) decorrente de uma má-formação congênita. A mesma emociona-se ao lembrar que a família saía e ela tinha que ficar em casa sozinha, que não sabia ler nem escrever; e agora, amputada e protetizada, conseguiu fazer amigos e frequentar a escola; está se alfabetizando e consegue, inclusive, participar dos passeios em família.

O convite para estudar foi feito por uma das professoras da escola e, como foi possível conseguir o transporte pela prefeitura, da sua casa até a escola, a entrevistada encorajou-se para “encarar a sala de aula” (SIC). Segundo a entrevistada, ela nunca recebeu apoio familiar para que estudasse. A família trabalha com agricultura, uma atividade onde pouco se estabelece relação com conhecimentos teóricos.

Segundo seu relato, podemos verificar a conexão implícita entre escola e trabalho, pois para seus familiares é incompreensível o fato dela estudar estando aposentada, sem poder trabalhar:

Antes de amputar eles não me consideravam deficiente, mas minhas dificuldades eram maiores (E.1).

Nem agora a minha família apóia (referindo-se ao estudo), eles me acham incapaz, ignorante mesmo, perguntam por quê eu estudo se não posso trabalhar (E.10).

A amputação também é comemorada por E. 1 usuária de fixador externo na perna por 5 anos e muletas desde criança em que, após a amputação, pela primeira vez, consegue calçar um par de sapatos, caminhar sem auxílio de muletas e já conseguiu concluir o segundo grau no sistema EJA em 2007:

O fixador externo eu coloquei com 11 anos de idade e aí usei cinco anos, era ferro (referindo-se ao fixador externo metálico) na sala de aula, doía a minha perna, a professora falava e já não entrava mais nada no meu ouvido, só dor, dor, dor,dor, tinha que abandonar tudo e voltar para casa. Aí eu abandonei o meu colégio, esperei e como eu decidi tirar a minha perna e

era para isso, para eu trabalhar, estudar e conseguir ter uma vida que eu não tive.

Após 3 meses de internação hospitalar, o retorno à escola era de muita expectativa e um dos entrevistados emociona-se ao relatar a festa de boas-vindas que recebeu pelos colegas e professores, e o fato da troca de sala de aula para o andar térreo, a fim de que ele pudesse comparecer às aulas sem precisar subir as escadas. O zelo dos colegas de aula ou colegas de trabalho é interpretado como um agrado, um amparo, e não incomoda nenhum dos entrevistados que estudam.

Outra forma de interação social inclui as atividades de lazer. No grupo pesquisado, o lazer é dedicado aos filhos, sendo restrito em função da rotina dos estudos e trabalho e caracterizado por atividades caseiras como assistir TV e leitura. No grupo pesquisado, poucos participantes referem praticar atividades físicas e sair com os amigos.

A dificuldade, e até a impossibilidade, de jogar futebol, handebol e correr foram mencionadas como exemplos de 'limitações'- termo repetido nos discursos. Associado ao termo 'limitações', aparece a palavra 'compensações', quando se descobrem novas atividades físicas como o ciclismo e a natação, valorização da vida e atividades simples do dia-a-dia envolvendo família e amigos, além da atenção à saúde. O maior apreço às relações familiares e amadurecimento são aspectos positivos citados após a amputação:

Eu era vagabundo antes da amputação, brigava muito em casa (...) o acidente me colocou no lugar (E.8).

Alguns amigos se foram, mas os que ficaram são poucos, mas são os verdadeiros (E.7).

Conheci pessoas legais que se não tivesse amputado não teria conhecido (E.1).

O estigma e estado de reclusão social vivenciados por amputados são retratados em estudo desenvolvido por Burger, H. e Marincek, C. (1997), apontando uma mudança nas atividades de lazer pré e pós-amputação. As atividades de lazer pré-amputação são ciclismo e jogos esportivos coletivos, porém, após a amputação, as atividades citadas pelos autores são leitura, programas de televisão e rádio em casa.

Na presente pesquisa dissertativa, embora uma das entrevistadas cite a dificuldade de locomoção como usuária de prótese e tenham ocorrido citações sobre

atividades de lazer domésticas como assistir TV e leitura, a ideia central dos entrevistados para a restrição de lazer não é associada à amputação, mas sim, às dificuldades econômicas para sustento próprio e de familiares e, sobretudo, pela restrição de tempo livre devido à carga horária de trabalho e estudo.

Quando questionados a respeito das suas percepções sobre os outros em relação às suas amputações, o discurso inicial dos entrevistados é negação do preconceito social. Alegam que a curiosidade e o desconhecimento das pessoas em relação às próteses ortopédicas ora desperta pena, ora admiração por parte da sociedade. Entretanto, ao longo da entrevista, são exemplificadas situações negativas de convívio social após a amputação.

O desrespeito é citado por uma das participantes da pesquisa que refere ter medo de ir à aula sem muletas. E.10 sofreu amputação de ambos membros inferiores, consegue se deslocar apenas com as próteses, sem muletas dentro de casa, mas revela sua combinação com a professora de que cinco minutos antes de bater o sinal para saída do colégio, ela sai antes dos demais alunos, porque não há respeito com ela que usa muletas e precisa caminhar mais lentamente ou se apoiar no corrimão.

Que nem lá onde eu estudo, lá no colégio, todo mundo tem uma curiosidade louca para ver minhas pernas e aí um dia eu mostrei como é que é, levei as foto, eu tenho ali umas foto, umas foto que eu bati depois que eu botei as perna, aí eu levei as foto e ficaram quase louco: 'meu Deus, como é que tu consegue andar em cima delas', eles também me perguntam porque que eu uso muleta, porque eu fora de casa, assim eu levo as muletas porque eu ando sem muleta só dentro de casa, eu disse que ando de muleta assim porque o pessoal, eu disse assim, parece bicho, eles não respeitam ninguém, tu tá de muleta mas eles não querem nem saber, eles vão indo, empurrando, é que nem eu sempre falo pra professora, eu saio 5 minutinho antes de terminar aula, porque eu não posso esperar para sair no momento que bate o sinal, porque todo mundo corre e quer ir embora (E.10).

Outro relato comum de constrangimento é a necessidade de mostrar a prótese em situações de fila para atendimento preferencial ou para sentar em poltronas reservadas a idosos e PPD's. Da mesma forma, os entrevistados falaram sobre o grande desconforto de frequentemente ter que responder, a quem nem conhece, o que aconteceu para amputar o membro e ouvir comentários de dó e pena. Esse fato pode ser exemplificado pelo DSC abaixo:

<p>Ideia central 6: Os amputados enfrentam a curiosidade da sociedade em geral a respeito das amputações e protetizações, vinculados a expressões ora de admiração, ora de pena, além do desrespeito às peculiaridades.</p>	<p>DSC 06- eu identifico admiração, por eu andar de bermuda eu noto que o pessoal fica olhando. Tu tem que levar com bom-humor, porque o pessoal tá sempre perguntando, mas às vezes tu não tá a fim de falar, eles perguntam ‘ e aí como é que tu perdeu a perna, bah que pena’ e aí tu sente um certo preconceito e aí tu tem que falar explicar que dá pra fazer tudo, que não precisa ter pena, é chato ficar repetindo a história, sabe. Que nem eu te digo, eu tô levando tudo na esportiva, se tu vai dar bola pra tudo que tu escuta, tu enlouquece, faz de conta que entra por um ouvido, sai pelo outro, e pronto. A gente sai na rua uma porção de gente fica olhando, passam pela gente e olham meio de canto, dando uma disfarçada, mas a gente percebe que olham. Às vezes eu tiro durante o dia pra ajeitar e as pessoas ficam olhando, as pessoas acham que é um pobre coitado, não conhecem nada sobre os amputados e acham que eu não tenho serventia. Preconceito não, mas eu vejo que as pessoas às vezes se assustam um pouco quando ficam sabendo. Se uso calça assim que não aparece que eu uso prótese e aí eu vou numa fila para deficiente físico, aí várias vezes já me chamaram atenção. Chegou uma senhora de muletinha e disse que aquela fila não era para mim, e eu disse senhora essa fila é para idosos e deficientes, aí ela me olhou para baixo e me disse ‘me desculpe meu filho’...mas só essas situações de constrangimento e curiosidade mesmo.</p>
--	--

Em alguns relatos, podemos perceber o grau de rejeição e preconceito a que os amputados estão expostos, além de situações familiares de abandono, pena, sofrimento e dificuldade de assimilação da nova realidade – sobretudo na figura das mães, conforme o DSC:

<p>Ideia Central 7: Há manifestações de preconceito e sofrimento por parte dos familiares das pessoas que sofreram a amputação.</p>	<p>DSC 07- As pessoas olham com cara estranha pra ti pela falta de conhecimento, pensam ‘que coisa nojenta’. Quando fui amputado eu era casado, no dia que fui amputado minha esposa foi me visitar no hospital e ela me olhou com uma cara de pena (...) ela me disse que não me via mais como homem! Isto pra mim foi pior que perder a segunda perna. Logo que eu amputei a perna, a minha mãe foi internada. Eu brinco com ela que eu amputei a perna, fiquei 3 meses no hospital e ela ficou no hospital 6 meses, por causa dos nervos. A família toda é amputada.</p>
--	--

O medo e a vergonha de se expor, de se mostrar amputado, é um receio relatado por metade dos entrevistados, e isso implica dificuldades de relacionamentos afetivos e sociais. O desejo por apoio familiar, bem como as queixas em relação a familiares, está mais presente em pessoas que antes da amputação tinham seus contatos sociais centrados na família. As relações familiares tendem a ser as mais estáveis nas redes sociais, até mesmo pela sua obrigatoriedade; já a relação com os amigos se estabelece por livre escolha, de acordo com afinidades pessoais, inclusive, a presença de uma deficiência física.

Ainda sobre as relações familiares, o estudo realizado por Mosaku et al (2009) revela que entre os amputados casados há menor probabilidade de

desenvolver depressão após a amputação. Pacientes solteiros precisam recorrer a outros familiares para receber apoio e ajuda, apresentando maior propensão à depressão e isolamento. Outro achado importante nesse estudo é que nível e etiologia da amputação, período de internação hospitalar ou complicações pós-cirúrgicas, não apresentaram associação com relevância estatística a sintomas psicológicos. Além disso, fatores psicossociais desempenham papéis mais importantes do que as peculiaridades físicas de cada amputação.

Paradoxalmente, o preconceito não assumido nas respostas diretas dos entrevistados encontra-se implícito em discursos relacionados também à inserção profissional:

Ter um emprego é difícil. Por exemplo, vamos fazer um teste uma entrevista pra trabalhar, eu e tu numa lancheria aqui na esquina, invertendo os papéis, eu amputado com mestrado e tu com duas pernas sem estudo, muitas vezes o cara vai escolher dar o emprego para ti porque o cara vai pensar 'bah o cara usa uma prótese, não vai conseguir segurar aquela caixa, não vai conseguir desenvolver tal atividade, entendeu? Nisso tem um preconceito (E.9).

A forma encontrada, por alguns amputados, para lidar com o preconceito social e depressão é o uso de drogas e álcool. Esse fato foi relatado por quatro participantes, sendo ajudados por grupos de igreja (católica e evangélica), nenhum contou com auxílio de algum tratamento de saúde para sua reabilitação.

Para a reinclusão social, faz parte uma perspectiva de futuro. Os planos para o futuro mais comentados foram: busca pela aprovação em um concurso público, continuar trabalhando para adquirir casa própria e carro, concluir/retomar os estudos, manter cuidados com a saúde e participar de campanhas de prevenção de acidentes de trânsito e desmistificação das amputações. Os planos de reduzir a carga horária de trabalho diário são comentados por alguns participantes.

4.4 RELAÇÕES SOCIAIS E IDENTIDADES: INFLUÊNCIAS NA INSERÇÃO PROFISSIONAL

As relações sociais contribuem para o próprio reconhecimento do sujeito e constituem uma via de construção de identidade e aquisição de hábitos de saúde.

As redes podem ser importantes auxiliares na elaboração do programa de reabilitação de amputados, na adesão ao tratamento e instrução dos envolvidos com o fato da amputação na vida das pessoas (familiares, amigos, companheiros, etc), potencializando coletivamente as aprendizagens individuais. Grupos terapêuticos entre amputados e pessoas em similares situações facilitam as adaptações.

O estudo de Guimarães (2009), já apresentado anteriormente no referencial teórico, resgata a contribuição das redes sociais na (re)inserção profissional. A autora (2009, p.191), estudando a intermediação para a obtenção de empregos, verificou que, quanto mais diversificados forem seus contatos, maior a efetividade para transmitir as informações. Dessa forma, a pessoa que dispuser de mais conhecidos, que lhes façam pontes entre círculos sociais, disporá de uma rede de contatos mais diversificada, tendo, assim, acesso a mais e melhores informações sobre vagas de trabalho.

Os laços fortes, por não demandarem pontes, tendem a ser redundantes, cujas informações possuem grande probabilidade de já serem conhecidas. Assim, se os laços fortes fornecem informação, são de oportunidades provindas do mesmo circuito social do indivíduo, que provavelmente não alavancará sua posição na estrutura social.

Pode-se afirmar que os circuitos 1 e 2 – segundo a classificação de Guimarães (2009) – constituídos pelas relações familiares e do meio social mais próximo, são os circuitos mais acessados pelos amputados da pesquisa e as informações provindas desses laços fortes pouco contribuem para ascensão social dos amputados entrevistados.

Outro autor que estuda os elos sociais informais na promoção da reinserção social é Landim (2006); segundo ele, as redes sociais informais constituem-se de forma espontânea a partir do compartilhamento de propósitos e afinidades.

A partir das falas dos entrevistados nesta pesquisa, pôde-se verificar a contribuição das redes sociais informais na reinclusão social e na obtenção de empregos formais ou informais. A grande maioria dos amputados pesquisados aponta como principal fator de empregabilidade a indicação de amigos e conhecidos para conseguir determinado posto de trabalho; dois entrevistados procuram emprego por anúncios de jornal e apenas uma acessou o SINE.

Mesmo entre os dois entrevistados que se empregaram após a amputação devido a política afirmativa de reserva de cotas para PPD's, nenhum atribui o

emprego à sua deficiência. O único entrevistado que associa que sua ocupação adveio ou esteja subordinada à sua deficiência, obteve o emprego a partir das relações sociais que estabeleceu após a amputação. Os demais entrevistados relatam que conseguiram o emprego pela boa-vontade, indicação de amigos (redes pessoais) e capacidade de comunicação.

Este DSC abaixo ilustra a força dos vínculos sociais, seja no acesso à informação, seja no acesso ao posto de trabalho:

<p>Ideia central 8: Grande influência das redes pessoais para inserção profissional.</p>	<p>DSC 08- Ah sim, com certeza, podia tá trabalhando e ganhando mais inclusive, até eu tive oferta pra ser cobradora de ônibus, caixa de restaurante, já uns dois aqui em Gramado, e caixas de loja também, tudo de gente amiga que conhece a minha irmã, né. Só que daí como eu não sei ler nem escrever se torna tudo difícil pra mim, mas se Deus quiser eu vou chegar lá. Olha, geralmente eu não costumo procurar, aparece uma vaga e um amigo me liga, olha tem vaga em tal lugar, eu vou me enfio e graças a Deus nunca dei para trás, sempre deu certo, até hoje. Sempre foi indicação de amigo. Esse que eu tô hoje também foi indicação de amigo. A gente trabalha para um, aquele indica para o outro e assim vai indo. Tu faz um serviço, ele gosta, fala pro outro.</p>
---	---

Alguns estudos afirmam que o retorno ao mercado de trabalho de amputados protetizados é frequentemente caracterizado pela troca de função, posto laboral ou de emprego, sobretudo para cargos em que se requer menor esforço físico e maiores habilidades intelectuais como serviços de escritório (MILLSTEIN et al, 1985; BRUINS et al, 2003).

Schoppen et al (2001b) destacam que trabalhadores que antes de sofrer a amputação desempenhavam tarefas laborais com demanda de desgaste físico, após troca de função, apresentavam melhores resultados na reinserção profissional do que aqueles que permaneceram na mesma função anterior à amputação.

Em relação à troca de função, temos o principal aspecto de contradição parcial aos estudos mencionados, pois alguns entrevistados dessa pesquisa de dissertação mencionam como um aspecto muito positivo a possibilidade de continuarem na mesma profissão pregressa à amputação. As pessoas que tiveram que trocar de atividade profissional ou não se adaptaram à nova função ou a aceitaram como uma forma de sobrevivência.

A capacidade de voltar a trabalhar na mesma profissão é apresentada como a confirmação da reabilitação, do resgate da vida social anterior à amputação. Há comentários, inclusive, que se fosse necessário trocar de trabalho, após a amputação, a reabilitação psicológica seria muito mais demorada, porque, além da

adaptação física à amputação e ao uso da prótese, haveria a necessidade de mais adaptações: a profissional e a social.

Ainda em relação ao retorno ao trabalho, os entrevistados referem cansar mais durante a jornada de trabalho após a amputação, independente se trabalha em função diferente ou na mesma pregressa à amputação, bem como ilustra o DSC que segue:

<p>Ideia central 9: Desgaste físico aumentado na jornada de trabalho após a amputação.</p>	<p>DSC 09- Eu cansava mais, usa mais um membro, uma perna que a outra, e muitas coisas que antes eu conseguia fazer sozinho e aí tinha que pedir ajuda pros outros. E os meus colegas eram dispostos a me ajudar. Até várias coisas que eu sabia que eu podia fazer e eles me poupavam. Tô fazendo a mesma coisa, mas com o tempo reduzido, tu sabe que o meu trabalho é em pé e é diferente agora. Queira ou não queira, a gente é considerado deficiente físico, tem uma certa deficiência, e trabalhar num trabalho pesado como eu trabalho, dificulta bastante, ele se torna cansativo, eu sempre brinco com meus amigos que eu canso o dobro deles, que tudo que eu tenho que fazer eu vou fazer com uma mão só, o peso que eu vou carregar eu vou suspender em só um braço, tudo no meu braço esquerdo, então chega a noite ele me dói bastante, eu tenho também bastante dor nas costas.</p>
---	--

Adaptações ergonômicas podem reduzir esse desgaste físico. Como adaptações ergonômicas desenvolvidas no ambiente de trabalho foram relatadas as adaptações individuais na execução das tarefas profissionais, como a cabeleireira que comprou um banco para cortar cabelo sentado, um amputado de membro superior que trabalha na construção civil sem a prótese e pregou ganchos fixos em uma escada onde apoia material de trabalho e consegue até mesmo rebocar paredes; instalação de rampa e empilhadeira em uma empresa metalúrgica; colocação de corrimão e rampa na escola. Os demais entrevistados que estão trabalhando negam a ocorrência de alguma adaptação no local de trabalho por julgarem desnecessárias.

O efeito da amputação sobre a inserção profissional varia muito conforme a resiliência individual e a receptividade do empregador. Os amputados experienciam uma série de dificuldades não apenas no ambiente doméstico, mas também em ambiente profissional.

Estudiosos europeus atentam que, para se propor adaptações, na inexistência de uma prótese ortopédica, as limitações são maiores, sendo necessárias mais alterações no meio profissional, tais como uso de escala flexível de atividades, aquisição de órteses e dispositivos auxiliares como cadeira de rodas,

facilitadores palmares para amputados de membros superiores sem condições de realizar movimentos de preensão e/ou pinça, mecanismos de ejeção de objetos automáticos, teclados de computadores adaptados e automóveis hidramáticos.

Para se acomodar um amputado em determinado ambiente profissional deve-se relevar as particularidades individuais, solicitando a participação do próprio amputado como sujeito de sua reinserção profissional, somado às informações técnicas de profissionais da reabilitação para se conhecer as limitações peculiares a cada nível de amputação.

De uma maneira geral, pessoas que perderam todo o membro superior apresentam dificuldades para carregar objetos pesados, empurrar ou puxar carrinhos de mão, sendo as dificuldades minimizadas pelo uso de próteses funcionais; nas amputações em que o cotovelo é preservado as dificuldades são similares ao nível acima do cotovelo; entretanto, o amputado pode carregar objetos prensando-os entre o braço e o peito; nas amputações de mão ou de dedos há maior dificuldade em atividades de precisão motora.

Em relação às amputações de membros inferiores, são de difícil execução atividades que requeiram tempos prolongados na postura ortostática, uso de equipamentos com acionamento de pedais e deslocamentos longos devido à fadiga (GIRDHAR et al, 2001).

Discordo de citações generalizadoras sobre as profissões compatíveis a cada tipo de deficiência, conforme lista formulada por IBDD (2002, p.122-131); afinal, cada amputado possui distintas qualificações, desvantagens físicas e limitações, de acordo com suas expectativas pessoais e oportunidades de recursos de reabilitação e de reinserção profissional.

Nessa lista, há cerca de 300 ocupações e as deficiências compatíveis à atividade profissional, por exemplo, um advogado pode apresentar as seguintes deficiências: auditiva leve, visual ou física; um ascensorista pode apresentar deficiência física; um borracheiro pode apresentar deficiência auditiva, física e dificuldade de aprendizagem escolar.

Girdhar et al (2001) também apresentam em seu estudo uma série de cuidados ergonômicos na inserção profissional de amputados, aspectos não enfatizados pelos entrevistados na presente pesquisa, pois há inclusive pessoas amputadas trabalhando em atividades contraindicadas em ambas referências, revelando a impressão de que os postos de trabalho são escassos e o que for

ofertado será aceito, sem grandes ponderações sobre as capacidades físicas apresentadas nos estudos anteriormente referidos.

Schoppen et al (2001b), entretanto, concluem em seu estudo que a autonomia no gerenciamento de seu processo de trabalho é mais importante para o sucesso na reinserção profissional de amputados do que as adaptações físicas no posto de trabalho. Presumimos que este seja um fator que contribui para a informalidade das relações de trabalho, tendo em vista que a informalidade possibilita autonomia e 'liberdade de horário' apontada pelos participantes da pesquisa como vantagens do trabalho informal. As desvantagens da informalidade também foram apontadas nas entrevistas: a falta de estabilidade e ausência de direitos trabalhistas.

A informalidade aparece vinculada aos benefícios previdenciários. Para os entrevistados, o benefício é uma garantia financeira, em que o trabalho informal complementaria a renda. Observe o DSC seguinte:

<p>Ideia Central 10: O trabalho informal complementa a renda do benefício previdenciário, almejado como uma garantia financeira.</p>	<p>DSC 10- “O benefício é garantido, o serviço não, hoje tem trabalho, amanhã pode não ter. É pouco, mas é certo que vem todo mês, ajuda no fim do mês. Eu peguei o benefício devido ao fato de eu ter me acidentado, né, e a firma tinha que me retornar, me reabilitar, a firma e o INSS, só que eles me enrolaram, me enrolaram e eu tô há 6 anos esperando a tal reabilitação profissional e até agora nada. Não me reabilitaram ainda, então devido ao fato de eu não ter sido reabilitado ainda, eu tive que procurar um emprego frio, pra mim poder me manter, minha família, meu dia-a-dia. Tô desempregado, só fazendo uns bicos. O que eu ganho do INSS, eu vou ser bem sincero, não dá nem para comer. O benefício é só como uma garantia, só.</p>
---	--

A aposentadoria, assim como os demais benefícios previdenciários, proporciona segurança pela garantia dos proventos mensais. Em relação à instituição da aposentadoria ainda em idade produtiva, há o relato de grande desconforto inicial, seguido de um alívio pela segurança de que todo mês receberá uma quantia fixa, pois agora poderá fazer crediário e financiamentos por ter como comprovar renda:

Aí a fiscal do INSS me disse que não seria viável para o INSS me reabilitar porque eu tenho predisposição para perder o outro membro, não seria viável em fazer um investimento em mim, então seria mais fácil me aposentar do que me reabilitar, me colocar de novo no mercado de trabalho e depois ter que me aposentar. Foi uma coisa horrível de ouvir, né, tu te sente tratado praticamente como uma mercadoria, teu 'prazo de validade' é até tal tempo, depois daquele tempo tu não vai mais prestar. De vez em quando eu vou lá e ganho um extra. Ah por um lado até que foi um alívio (referindo-se à

aposentadoria), tu tem certeza de que tem aquela renda, a aposentadoria me deu estabilidade (E.5).

Comparando-se a renda pré e pós a amputação, a soma do benefício mais atividades remuneradas informalmente conferem aumento de renda pós-amputação para a maioria dos participantes da pesquisa; apenas um deles refere não ter alterado a renda e para dois entrevistados a renda pós-amputação reduziu em comparação com a renda pré-amputação.

Embora o trabalho traga cansaço e desgaste físico para o amputado trabalhador, há o consenso de que o trabalho enriquece o homem em conhecimentos, habilidades e experiências. Isto porque, ao trabalhar, o homem gasta mais do que energia física, busca satisfazer suas necessidades materiais e afetivas como o reconhecimento e o status social.

Além disso, o afastamento dos amputados da atividade produtiva significa uma situação de precariedade e não a conquista de um benefício, já que acompanhada de queda significativa nos rendimentos (mantendo-se apenas a renda conferida pelo benefício previdenciário) e limitadas opções de empregos futuros.

Na perspectiva dos benefícios previdenciários, os discursos também coincidem em relação às dificuldades de acesso a esse direito, sendo necessário recorrer a advogados ou contatos pessoais na defensoria pública do Estado. Observe o DSC que segue:

<p>Ideia Central 11: A dificuldade burocrática e operacional para se obter um benefício previdenciário</p>	<p>DSC 11- Foi uma luta pra mim me aposentar. Eu vou 3 vezes por ano fazer perícia pra eles verem se a minha perna não cresceu, que ela foi amputada e não cresceu de novo. Tu não pode mostrar pra ninguém que eu tô falando que trabalho e recebo o benefício, eu demorei 2 ano pra conseguir, não posso perder esse dinheirinho. Eu recebo auxílio- doença à muito custo, foi muito batalhado esse auxílio-doença!</p>
---	--

Esta análise demonstra a relação íntima entre saúde, cidadania e inserção profissional, embora saibamos que muitos portadores de deficiência carecem de informações sobre seus direitos e os recursos legais necessários para atingi-los.

Os sete participantes da pesquisa que recebem algum benefício previdenciário como auxílio-doença ou aposentadoria referem não conseguir viver apenas com esse valor, e todos buscam agregar valores ao orçamento mensal trabalhando informalmente. Os participantes que não recebem auxílio previdenciário relacionam seu sustento ao trabalho no mercado de trabalho formal.

Em atividades informais são encontrados muitos portadores de deficiência física, tanto aqueles que nunca foram empregados formalmente porque não tiveram oportunidades educacionais, quanto àqueles que já foram aposentados no mercado formal. No contexto atual da realidade econômica brasileira, ter um trabalho passa a ser uma necessidade e até um privilégio, haja vista o desemprego estrutural e as desigualdades sociais.

Esse retorno ou continuidade no mercado de trabalho demonstra que as aposentadorias e benefícios previdenciários não garantem seu sustento, não contemplam seus gastos com a prótese, nem viabilizam que permaneçam longe do trabalho o tempo necessário para sua reabilitação. Entretanto, os benefícios e aposentadorias apresentam relevância em suas rendas mensais. A parcela significativa na informalidade só se justifica numa sociedade que remunera mal seus trabalhadores ou não cria condições que lhes garantam inserção na formalidade.

A formalidade evidencia a relação entre escolaridade e a oferta de empregos formais. Dois entrevistados que atuam no mercado de trabalho formal apresentam alta rotatividade de empregos, pois, possuindo 2º grau completo, recebem continuamente propostas de trabalho (um deles trabalhou em cinco empregos nos dois anos e meio de uso de prótese, e o outro teve quatro empregos em três anos de protetização), todos empregos adquiridos por cotas de empregos a PPD's.

O processo de seleção para o trabalho relatado foi predominantemente simplificado, em que os PPD's são entrevistados por um dos responsáveis pela empresa onde há a vaga; exceto para os que buscavam vagas de empregos como cotistas que participaram de uma série de dinâmicas orientadas por psicólogos e posterior entrevista.

Os amputados menos escolarizados (analfabeta e ensino fundamental incompleto) afirmam terem perdido propostas de emprego por não terem 'estudo suficiente'(SIC), concordam que qualificação e remuneração são proporcionais, ou pelo menos, que com mais estudo poderiam estar trabalhando em um emprego melhor, menos desgastante, conforme o DSC abaixo:

<p>Ideia central 12: Estudo não garante renda extra, mas proporciona trabalhos mais leves.</p>	<p>DSC 12- Por causa da dor e porque depois da amputação eu voltei a andar e estudar, e aí quis voltar a estudar até porque no mercado de trabalho de hoje não adianta tu estar adaptado se não tá bem, se não tem estudo o emprego não vai valer a pena. Se eu tivesse terminado meu ensino médio e ter feito uns cursos por fora, eu podia estar trabalhando numa área de emprego muito melhor. Até eu perdi um emprego bom, em Parobé numa loja, devido ao fato de eu estar com essa pendência no INSS e não poder assinar minha carteira e não ter suficientemente a escolaridade necessária para trabalhar no mercado de trabalho. Ah a gente pensa em adquirir mais conhecimento em informática, por exemplo, trabalhar num escritório de uma empresa, uma outra profissão, uma outra melhor, mais leve. Queira ou não queira a gente é considerado deficiente físico, tem uma certa deficiência, e trabalhar num trabalho pesado como eu trabalho dificulta bastante, ele se torna cansativo, eu sempre brinco com meus amigos que eu canso o dobro deles, que tudo que eu tenho que fazer eu vou fazer com uma mão só, o peso que eu vou carregar eu vou suspender em só um braço, tudo no meu braço esquerdo, então chega a noite ele me dói bastante, eu tenho também bastante dor nas costas.</p>
---	---

Conciliar estudo e trabalho é uma árdua tarefa, sobretudo para quem ainda tem que dar conta de um processo de reabilitação, como as pessoas que sofreram uma amputação. O abandono dos estudos, temporário ou não, é relatado pela maioria dos amputados entrevistados, sendo o ensino universitário retomado por poucos deles. Quando o abandono é temporário, é justificado pelos participantes como um tempo para reabilitação, para não voltar à sala de aula como 'amputado'. A interrupção dos estudos é verificada no DSC 13:

<p>Ideia central 13: Dificuldades para estudar.</p>	<p>DSC 13- Mas aí vendo que eu trabalho aqui 8 horas por dia, e é complicado, não por causa da prótese, mas porque não me sobra tempo para nada. Parece que é ser preso às vezes eu procuro a luz do dia. Sim eu interrompi logo depois do primeiro semestre logo depois da amputação porque eu queria dedicar só a mim, só à minha reabilitação, sabe? Eu não consegui terminar os estudos, eu parei devido que ao fato que eu fiquei em depressão, né. Eu queria ficar fechado, quieto.</p>
--	--

Além das desigualdades sócio-educativas para obter um emprego, as dificuldades financeiras são abordadas por todos entrevistados, em que reclamam os altos custos para protetização, gastos com adaptação de suas casas e carros:

E outras coisas, sei lá, eu acho que a pessoa que tem uma deficiência tinha que ter condições financeiras, não podia ser pobre, tinha que ter seu carro, sua casa bem confortável, coisas adaptadas, e sem dinheiro como é que a gente faz? Isso aí eu digo para todo mundo, a pessoa que tem uma deficiência física se é pobre tem que morrer, se é rico pode ter, porque é muito difícil (E.4).

muita, muita gente PPD procuram emprego, mas infelizmente, não sei se porque os ricos não aparecem para trabalhar, ou se as pessoas com mais esclarecimentos não aparecem, mas tinha muita, muita gente carente com recurso baixo de cultura e isso prejudica o ingresso no mercado de trabalho. Tem vaga, tem sim, mas eu acho que o pessoal podia ser mais qualificado e isso acaba travando um pouco as coisas. Não sei, mas talvez também a

desgraça apareça mais para os pobres, os ricos não precisam procurar emprego ou tem empresa do pai ou indicação certa (E.3).

Além das questões econômicas, a mudança no estilo de vida imposto pela amputação de membros sinaliza ansiedade pela incerteza do futuro, tristeza, depressão, dores crônicas e alteração do esquema corporal constantemente lembrado pelos olhares dos outros. Isto ocorre, sobretudo, entre os jovens e adultos jovens quando vítimas de amputações traumáticas em que os sintomas de ansiedade são exacerbados e há maior risco de desenvolver depressão.

A pesquisa de Mosaku et al (2009) também revela que essas reações são amenizadas quanto maior for a escolaridade, pois, quanto mais escolarizado, maiores oportunidades de prosseguir nos empregos ou obtê-los, da mesma forma que os menos escolarizados serão selecionados para trabalhos em que o uso de ambos membros é importante como motoristas e operários da construção civil.

A baixa escolaridade não impede a reinserção profissional; todavia, repercute na oferta de postos de trabalho de grande desgaste físico, cujas funções são baseadas no 'saber-fazer', aprendido no dia-a-dia laboral. As habilidades desenvolvidas no trabalho citadas pelos entrevistados estão relacionadas aos saberes práticos no desempenhar da função do trabalho como raciocínio matemático (cobrador de ônibus), como rebocar tijolo (operário da construção civil), como transferir ligação nos ramais e atender a chamadas externas (telefonista), habilidade manual (auxiliar protesista).

Ainda são citados saberes comportamentais como o trato com o público, manter-se atualizado, estabelecer metas a serem atingidas na vida pessoal como nas vendas, flexibilidade, paciência e jogo de cintura nos momentos em que sente alguma dor ou desconforto e segue trabalhando. Os saberes práticos foram adquiridos observando um colega desempenhar a atividade. O DSC abaixo ilustra essa constatação:

Ideia central 14: A inserção profissional dos amputados está enfatizada em postos de trabalho em que são requisitados saberes práticos aprendidos no cotidiano do trabalho, em que mesmo pessoas amputadas com limitação física e baixa escolaridade se esforçam para ocupar.

DSC 14- A gente aprende no dia-a-dia, digamos assim, na prática. No meu trabalho eu aprendi a colocar tijolo, aprendi a fazer reboco na parede, pintar, então, tudo isso a gente vai aprendendo no dia-a-dia. Habilidade matemática pra dar troco e também o convívio com as pessoas. A gente tem que ter paciência e rapidez ao mesmo tempo, principalmente como telefonista atendendo na base de 300 ligações por dia em seis horas, então tu tem que ter muito jogo de cintura.

O retorno ao trabalho também apresenta mais um fator a ser relevado: a identidade sócio-profissional. Compreender este processo de constituição da identidade do sujeito, baseada na supervalorização da identidade de trabalhador, auxilia-nos a entender as dificuldades no momento em que a pessoa sofre a amputação e abandona o mundo do trabalho, aposentando-se.

A aposentadoria está associada à perda do papel profissional e o afastamento das relações sociais vividas no contexto ocupacional. Essa ênfase no papel de trabalhador pode explicar a resistência de assumirem a identidade como portadores de deficiência física, pois, conforme anteriormente citados, os amputados que ingressaram nos empregos por cotas não relacionam a oportunidade de emprego à sua deficiência.

A supervalorização do papel do trabalhador persiste mesmo para os amputados aposentados ou em benefício previdenciário, o que dificulta a resignificação no cotidiano da vida, acompanhado por angústias, autodepreciação e tristeza pelo afastamento do mundo do trabalho. O tempo em auxílio previdenciário é pouco aproveitado para reabilitação, qualificar-se e praticar atividades de lazer.

A reabilitação profissional do INSS foi acionada por poucos entrevistados: um que está aguardando a prótese para dar aula de capoeira, e outro que recebeu uma prótese estética (não funcional) de membro superior:

Na verdade eu voltei para a firma para exercer uma função com pouca instrução e aí eu senti que eu não tava aprendendo nada. Ficava o dia inteiro recortando papel, dos talões. E depois como eu ia voltar ao mercado de trabalho sem saber alguma coisa, passado um ano de estabilidade, eles me demitiam e eu ia trabalhar em quê se eu tinha passado o ano recortando papel. Eu tava sem qualificação profissional boa para voltar ao mercado de trabalho(...)ia procurar emprego em outra fábrica eles iam me perguntar: 'o que que tu faz' e eu ia responder 'eu corto papel, tem vaga?' Não tem lógica, eu não ia conseguir emprego, então eu optei voltar ao INSS para ser reabilitado e tô esperando (E.2).

Olha no começo foi difícil (referindo-se a voltar a trabalhar na mesma empresa onde sofreu o acidente de trabalho) porque eu tinha que passar na área das máquinas para daí chegar ao meu setor de trabalho. Então eu tinha que conviver com o barulho das máquinas novamente, e no começo foi bem difícil porque parecia que alguma coisa ia explodir nas máquinas e ia pegar em mim. Só que tem que superar, né? Eu coloquei aquilo como um objetivo para mim vencer. Tocar a vida para frente e continuar (E.2).

Quando questionados sobre suas profissões, 5 entrevistados responderam de acordo com a sua ocupação, ou seja, ao cargo que ocupam atualmente. Um dos entrevistados refere inclusive ter 'muitas profissões', pois trabalha em vários setores

da construção civil, aleatoriamente; um dos aposentados refere como profissão o último cargo profissional ocupado; o outro aposentado sem nunca ter trabalhado fora de casa, refere não ter profissão.

Dois amputados relacionaram sua profissão ao seu estudo, ou seja, distinguiram ocupação atual, onde estão trabalhando à profissão relacionada um ao curso técnico de radiologia que está cursando e outro à faculdade de direito, porém nunca trabalharam no ramo relacionado ao estudo.

Agora eu sou gerente de vendas, mas eu não considero profissão. Pra mim profissão é algo que tu estudou. Eu trabalho no comércio, mas eu me considero técnico em radiologia (E.8).

Olha eu tenho várias profissões ne, como assim, eu trabalhei na área de componentes de calçado injetados, que foi onde eu perdi a mão, trabalhei já em estofaria, marcenaria, pintura..atualmente eu trabalho na construção civil (E.2).

Um entrevistado que trabalhava antes de amputar dando aula de capoeira refere ainda como sua profissão 'professor de capoeira', apesar de não exercer essa atividade profissional há mais de quatro anos e já ter trabalhado em outras ocupações posteriores e atualmente estar desempregado.

Neste caso, o entrevistado ainda frequenta os mesmos ambientes (academias de ginástica) de quando trabalhava como professor de capoeira, mantendo grande parte das relações sociais pregressas à amputação e participa de campeonatos de fisioculturismo como forma de ganhar uma renda extra ao benefício previdenciário enquanto aguarda uma prótese do INSS apropriada para sua atividade profissional. Já trabalhou como cobrador de ônibus e como frentista, mas afirma:

Eu não gostava do que fazia, eu sou professor de capoeira, a capoeira pra mim é uma faculdade, ensina a ter honestidade, caráter, disciplina (...) . Eu tenho uma história na capoeira, eu sou conhecido em todo país, eu não quero largar isso. Me deram uma prótese para caminhar e não pra praticar esporte, pra capoeira (E.7).

Face a tudo isso, pode-se dizer que as identidades são forjadas de diferentes formas como sublinha o DSC abaixo:

<p>Ideia central 15: Identidades profissionais diversas, ora ligada à profissão, ora ligada ao estudo.</p>	<p>DSC 15- Pra mim profissão é algo que tu estudou. Por enquanto não tenho nenhuma profissão. Quero voltar a dar aula de capoeira, todo mundo me conhece em Porto Alegre e Viamão, eu já tenho uma história dentro da capoeira, não quero jogar tudo pro o alto, eu quero seguir nessa profissão. Olha eu tenho várias profissões, né, como assim, eu trabalhei na área de componentes de calçado injetados, que foi onde eu perdi a mão, trabalhei já em estofaria, marcenaria, pintura. Pois é agora eu não sei, tô meio perdido (foi aposentado e não pode voltar a trabalhar na mesma empresa), eu acho que agora eu vou mesmo é procurar trabalhar pra mim mesmo.</p>
---	---

Como vimos, o retorno ao mercado de trabalho sofre a interferência da escolaridade e das políticas públicas, ou seja, é na dualidade entre benefício e renda do trabalho em que se situa o amputado, tendo que escolher ou negar a formalidade. Por outro lado, o retorno ao trabalho também remete às possibilidades subjetivas (psicossociais) e concretas (financeiras) relacionadas ao trabalho.

4.5 EFEITOS PSICOSSOCIAIS E FINANCEIROS DA (RE) INSERÇÃO PROFISSIONAL

A concepção pessoal sobre o mundo do trabalho, a relevância individual da reinserção profissional e a concepção de sua capacidade laboral devem ser abordados nos processos de reabilitação, pois podem comprometer o sucesso do retorno ao trabalho (SHAW et al, 2002).

Os motivos mais importantes citados por participantes do estudo desenvolvido por Bruins et al (2003) para voltarem a trabalhar foram as relações sociais no ambiente de trabalho (citado por 66% dos entrevistados) e porque o trabalho é uma forma de preencher o dia (referido por 69% da amostra).

Dados semelhantes a estes foram encontrados na presente pesquisa, associados à busca pela renda extra. Nessa perspectiva, quando questionados, os entrevistados referem como principais motivos para voltar a trabalhar a busca pela aquisição de renda própria e de bens como casa própria. Mas, sobretudo, também buscaram o trabalho como uma forma de se ocupar, de ser reconhecido socialmente, pois trabalhar causaria boa impressão às outras pessoas.

O trabalho é referido pelos entrevistados como sinal de 'hombridade', fonte de renda e dignidade. É interessante salientar que dois entrevistados começaram a

trabalhar em atividades como auxiliares dos seus pais (ajudante no bar do pai e outro como auxiliar do pai que era pedreiro). O DSC abaixo comprova as motivações de retorno ao trabalho:

<p>Ideia Central 16: A busca pelo trabalho é motivada pela remuneração, pelas questões financeiras, mas igualmente pelas questões sociais, em busca de inclusão e crescimento pessoal.</p>	<p>DSC 16- Trabalhar para ser alguém na vida. Trabalho para fugir da depressão e para ter as minhas coisas, principalmente um dia ter a minha casa. Eu comecei a trabalhar pela minha vaidade, minha pobreza. E o meu pai queria que eu estudasse, que eu fosse advogada, mas eu não queria viver dentro de uma faculdade com uma calça e uma blusa que nós ganhava por ano, eu era muito vaidosa e foi isso aí que me incentivou e aí eu comecei a trabalhar e nunca mais parei. Eu acho que trabalho é um incentivo muito grande, a pessoa que trabalha é uma pessoa que não se acomoda com a situação que ela está, o trabalho te estimula, tu encontra com pessoas que sabem mais que ti, tu tenta te igualar a elas e acaba involuntariamente crescendo, por mais que tu não queira, tu te relacionando com pessoas diferentes, com culturas diferentes, com histórias diferentes e acaba crescendo mais ainda.</p>
---	---

Através do trabalho obtêm renda, mas o trabalho ainda representa suas capacidades produtivas e repercute na autovalorização e valorização socialmente reconhecida. Através do trabalho, sentem-se vivos e convivem.

O trabalho foi relatado como uma atividade que força a autoaceitação porque a pessoa tem que se mostrar, conviver com outras pessoas. Fora o trabalho ou ida à escola, fazer compras no mercado é a atividade mais citada realizada fora de casa. O convívio social proporcionado pelo trabalho é ilustrado no DSC:

<p>Ideia central 17: A contribuição do trabalho na auto-aceitação como amputado e para o processo de reabilitação.</p>	<p>DSC 17- Eu me senti gente de novo, importante de novo, eu me senti que eu tava igual novamente, só faltando um pedaço da minha perna. Eu segui na mesma função, no mesmo lugar, se eu tivesse que buscar um outro emprego com certeza seria muito mais difícil, mais uma mudança brusca na minha vida, o meu trabalho me trouxe muito conforto, sabe, quando eu tava muito chateado sem a perna de muleta e eu ia trabalhar, ocupando a cabeça e ajudava a passar o tempo. Eu fui encontrando um jeito de me recuperar, o trabalho atuou na minha recuperação, eu voltei a trabalhar 12 dias depois do meu acidente, claro eu não cumpria horário integral, mas eu saía de casa, era um horário light, se eu tivesse em casa ia ficar pensando 'e agora, como vai ser, minha vida acabou, será que eu vou conseguir?', a minha recuperação psicológica ia ser bem mais lenta, sabe eu tava sempre ocupado, sem tempo pra pensar besteira. Foi assim uma comprovação de que tua vida vai voltar ao normal, uma comprovação que tu ainda pode como antes. Eu não fiquei muito tempo afastado, foi o tempo do hospital, depois o tempo de recuperação em casa, aí eu já voltei, voltei até porque eu tava entrando em depressão, me propuseram que eu fosse, de muleta mesmo, pelo tempo que eu quisesse, quanto eu agüentasse, só que foi difícil porque eu queria fazer, mas muita coisa eu não conseguia, eu fiquei uns 2 meses assim. Foi bom porque eu dei uma desopilada, um ânimo maior para depois. Depois com a prótese eu fiquei mais uns dois meses e eu tava recebendo auxílio do INSS, mas aí pra não prejudicar o empregador, se bate uma fiscalização podia dar problema.</p>
---	---

Como sugere o DSC acima, a inserção profissional como uma atividade de socialização funciona como o mais importante fator de inclusão social dos amputados. Muitas vezes, o retorno ao mercado de trabalho ocorre mesmo antes da protetização, e, quando voluntário, é igualmente importante no processo de reabilitação. Entre os entrevistados, a possibilidade de voltar ao trabalho é apontada como a concretização de retomada social similar à pré-amputação.

A visão da sociedade sobre a pessoa portadora de deficiência é alterada positivamente quando essa pessoa demonstra independência em suas atividades de vida diária, debatendo o preconceito social existente relacionado ao peso financeiro que o portador de deficiência social acarreta à sociedade e previdência (DIOGO, 2003).

A integração social, econômica, política e cultural resultam do intercâmbio do homem na prática social, na qual as resistências e dificuldades são confrontadas, superadas e renovadas sucessivamente (ROSS, 1998). De fato, nas falas dos entrevistados, é resgatado o simbolismo social do trabalho como requisito para 'hombridade', como forma de valorização entre os familiares e demais pessoas do convívio social, associando amputação à superação e admiração, bem como exprime o DSC que segue:

<p>Ideia central 18: Associação do trabalho ao consumo e ao reconhecimento social.</p>	<p>DSC 18- Eu vivo num mundo capitalista, preciso do dinheiro, pra poder ter toda uma estrutura, que nem eu te falei, ter minha casa, meu carro, minha família e da tua realização quando tu trabalha com o que tu gosta. Tem que ter o teu trabalho ou tu ganha na mega sena ou nasce numa banheira de ouro, de herança. (O trabalho) muito importante, eu me tornei um ser humano produtivo até a tia da minha ex-esposa ficou bastante contente. Importante não só financeiramente, mas pra viver dignamente. Tu parado, mesmo com uma renda, parece que tu não recebe dignamente. De maneira geral significou que a gente tá vivo, como os outros a gente é capaz de fazer qualquer coisa e estar de novo no mercado de trabalho, estar de novo produzindo, causando boa impressão nas pessoas, mostrando que tu é capaz, que não é um braço, uma perna ou um dedo que vai te impedir de produzir, trazer algum benefício para alguém ou pro país, entendeu?</p>
---	---

Uma das entrevistadas compara que na época em que seus dois filhos eram pequenos, foi mais difícil conciliar a vida profissional e o papel de mãe, do que agora como deficiente e profissional. Sua rotina de trabalho diminuiu porque refere não aguentar o mesmo tempo trabalhando de antes da amputação e que como demorou muitos meses até ser diagnosticado seu problema circulatório, ela perdeu muitas clientes — ela trabalha como cabeleireira — e enfatiza que nesse período pré-

amputação, as condições financeiras eram ainda piores, pois não recebia nenhum auxílio previdenciário e não conseguia trabalhar pelas fortes dores na perna. Retomou o trabalho antes mesmo de protetizar após contratação de advogado, obteve o auxílio-doença do INSS.

A busca pela (re)inserção profissional, inicialmente, é impulsionada pela necessidade econômica, mas lembrada nos discursos dos entrevistados pelo contexto social que se estabelece através do trabalho e inclusive de seu aspecto terapêutico no processo de autoaceitação e resiliência à nova realidade física. As vivências no mercado de trabalho são preponderantemente positivas, ainda que haja dificuldades financeiras e ausência de direitos trabalhistas peculiares ao trabalho informal.

A maioria deles não recebe ajuda financeira, pelo contrário, sustentam-se sozinhos e ainda sustentam filhos e familiares. Cabe destacar que a maioria os amputados continuou trabalhando por necessidade; e outros, porque referem gostar de se manter ocupados. A informalidade também é referência na oportunização de relações sociais com os colegas de ocupação e clientes.

A tabela abaixo demonstra as ocupações e escolaridade pré e pós-amputação e podemos concluir a expressiva situação profissional ativa entre os amputados da pesquisa.

Tabela 3: Situação Profissional e Escolar dos Entrevistados

Entrevistado	Ocupação antes amputação	Ocupação após a amputação	Benefício Previdenciário	Escolaridade antes amputação	Escolaridade após a amputação
E. 1 *	Nenhuma	Telefonista	Não recebe	Ens. Fundamental incompleto	Ens. Médio completo-EJA
E. 2	Funcionário empresa calçadista	Informal-construção civil	Auxílio-acidente R\$ 339,00	Ens. Fundamental	Ens. Fundamental
E. 3 *	Atleta handebol	Assistente de merchandising	Pecúlio 1 salário mínimo	Ens. Médio	Ens. Superior incompleto
E. 4	Cabeleireira Autônoma	Informal Cabeleireira	Auxílio-doença 1 salário mínimo	Ens. Médio	Ens. Médio
E. 5	Funcionário empresa metalúrgica	Informal Aposentado	Aposentadoria	Ens. Médio	Ens. Médio
E. 6	Gerente vendas	Gerente de vendas	Auxílio-doença 1 salário mínimo	Ens. Superior Incompleto	Ens. Superior Incompleto
E. 7	Professor de Capoeira	Desempregado	Auxílio-doença 1 salário mínimo	Ens. Médio	Ens. Médio
E. 8	Nenhuma	Gerente vendas	Não recebe	Ens. Médio Incompleto	Ens. Médio Técnico radiologia incompleto
E. 9	Estagiário	Auxiliar Protesista	Não recebe	Ens. Médio	Ens. Médio
E. 10	Nenhuma	Informal-Artesã	Aposentadoria	Analfabeta	Ens. Fundamental Incompleto

*obtiveram emprego a partir da política nacional de cotas a PPD's.
Fonte: dados da presente pesquisa.

O entrevistado que ao se referir à jornada de trabalho de 8 horas/dia como ‘prisão’ é o único que afirma que a família não valoriza o trabalho na vida das pessoas e confessa que em sua família apenas ele trabalha, tem uma irmã e um primo que não trabalham —nem procuram trabalho —, e a mãe e outros parentes se encontram em benefício previdenciário, ‘encostados’ (SIC). Alegando, ainda, que seu sonho é reduzir a carga horária de trabalho para 4 horas/dia, por isso escolheu cursar técnico em radiologia.

Os demais nove entrevistados referem a valorização do trabalho pela família, dois alegam que seus pais gostariam que seus filhos estudassem antes de começar a trabalhar, mas a vontade de obter renda própria foi maior que a vontade de estudar. Todos entrevistados começaram a trabalhar em busca de dinheiro, mas demonstram satisfação no convívio social oportunizado pelo trabalho ou mesmo pelas suas ‘produtividades’ (SIC). Porém, dois entrevistados referem trabalhar ainda hoje pela necessidade de sustento de familiares; caso contrário, se fossem de origem rica ou contemplados na loteria, não trabalhariam.

O trabalho como um aprendizado cultural familiar aparece no DSC que segue:

<p>Ideia central 19: O trabalho com um valor simbólico culturalmente aprendido nas relações familiares.</p>	<p>DSC19- Eles valorizam, acham importante, minha mãe e meu pai trabalham, ninguém é de ficar em casa vendo o tempo passar. O meu pai sempre diz que o ‘trabalho dignifica’. Porque muitas pessoas da minha família não trabalham, a minha irmã não trabalha, a minha tia é encostada, o meu primo largou tudo e foi pra praia surfar, Mas no fundo eles sabem que a gente precisa do dinheiro do trabalho pra sobreviver, mas eu quero poder no futuro trabalhar menos horas por dia, por isso eu estudo.</p>
--	---

Por fim, cabe sintetizar as ideias apresentadas nesse capítulo em que foi apresentado o DSC da pesquisa. A inserção profissional, caracterizada pela obtenção de uma ocupação profissional, apresenta diversas facetas que influenciam esse retorno ao mercado de trabalho. Especificamente, as redes sociais informais e a escolaridade merecem destaque, pois definem as informações sobre as vagas, bem como a viabilidade de preenchimento das mesmas.

A respeito do cunho social da inserção profissional dos amputados, podemos apontar a relevância do reconhecimento social enquanto se é produtivo, e a influência das identidades para a permanência nas funções laborais progressas às amputações. Entretanto, há uma pergunta que suscita: não será essa uma forma de negação da amputação, da deficiência física? A resposta não pode ser dada agora,

afinal, as entrevistas realizadas não contemplaram um estudo a fundo sobre o tema, mas consideramos pertinente estudos que esclareçam as interfaces entre identidades e a resistência à aceitação de adaptações profissionais como amputados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade contemporânea, a inserção profissional repercute na qualidade de vida e na integração social dos amputados. Nesse sentido, justificam-se estudos que articulam trabalho, educação e reabilitação, revelando as dimensões subjetivas e sociais vinculadas à temática.

O material empírico recolhido na pesquisa permite constatar que são os valores enquanto ‘trabalhadores’ que são referências para estas pessoas que sofreram uma amputação, verificando-se a estreita associação entre afastamento do trabalho legal e compulsório e a informalidade, evitando o processo de exclusão do mundo do trabalho. O vínculo simbólico com o trabalho é aprendido na cultura familiar e se manifesta pela identidade como ‘trabalhador’; uma identidade preservada apesar do afastamento temporário ou definitivo do trabalho.

Na expressiva permanência dos amputados no mercado de trabalho, ainda que informal, configuram-se as pressões econômicas, culturais e sociais para a reinserção profissional dos portadores de deficiência física. Uma permanência caracterizada pela informalidade, pela ocupação de postos de trabalho onde a baixa escolaridade é driblada pela ênfase no “saber-fazer”, cujo desempenho ocorre sem adaptações ergonômicas nem ajustes no regime de trabalho, necessários pelas dificuldades impostas pela amputação e gasto energético aumentado pelo uso das próteses ortopédicas.

Na elaboração do discurso do sujeito coletivo, pôde-se observar consenso por parte dos amputados entrevistados, de que as próteses dispensadas pelo SUS são de baixa qualidade e demoradas, a burocracia na concessão de benefícios previdenciários, assim como a caracterização das próteses adquiridas (compradas na rede privada) como muito caras, requerendo mobilização de recursos familiares e de amigos para seu custeio. As redes sociais informais ocupam papel de destaque na aquisição de uma prótese ortopédica, assim como para reinserção profissional dos amputados.

As estratégias de inserção profissional e social são oportunizadas pelos elos sociais informais. Em repetidos relatos dos entrevistados, os contatos sociais evidenciaram-se como o recurso mais utilizado para (re)inserção profissional de amputados protetizados no mercado de trabalho formal ou informal.

A lei de reserva de cotas de empregos a PPD's mostrou-se efetiva, apenas aos entrevistados com nível de escolaridade mais elevado, no mínimo ensino médio completo ou superior incompleto, demonstrando que muitas desigualdades sociais se perpetuam pelas dificuldades enfrentadas para se escolarizarem. A dificuldade em ter acesso à escolaridade é um dos fatores mais comprometedores para entrada de PPD's no mercado de trabalho formal.

Entretanto, a escolaridade é uma variável cujo impacto na inserção profissional de amputados deve ser relativizado, pois a inclusão no mercado de trabalho também pode ocorrer através da ocupação de postos de trabalho com ênfase em saberes práticos, sobretudo em ocupações informais por aqueles amputados pouco escolarizados. Tal constatação permite ratificar a perspectiva marxista sobre a inserção profissional, a qual afirma que os empregos não são garantidos pelas qualificações, mas são, sobretudo, definidos pelos modos de gestão empresariais e características do mercado de trabalho.

Dessa forma, a informalidade é um recurso para quem opta pelos benefícios previdenciários ou aceita a aposentadoria precoce como garantias de renda mensal, e com a escolaridade baixa, recebem menos oportunidades de emprego em postos de trabalho não desgastantes fisicamente. Para os entrevistados, cuja escolaridade é maior, a trajetória profissional demonstra grande rotatividade pela oferta contínua de empregos por cotas.

Talvez devêssemos investir mais em políticas de ação afirmativa para inclusão educacional de amputados, pois o mercado de trabalho também é exigente e competitivo para os PPD's. A ênfase na lei de cotas de empregos para PPD's não minimiza as desigualdades sociais de quem teve menos chances de acesso e permanência na escola, mesmo antes de sofrer a amputação. Nos relatos dos entrevistados, as dificuldades com drogas e depressão, não tratadas por uma equipe de saúde, repercutiram no afastamento das salas de aula.

A educação, mais do que um fator de empregabilidade, é uma porta a postos de trabalho de menor desgaste físico; um importante benefício a quem, como os amputados, protetizados ou não, possuem essa desvantagem biomecânica. Através da educação, seria viabilizada a retomada de seu desenvolvimento pessoal como um ser humano único e ao mesmo tempo coletivo, integrante de uma nova rede social.

Entretanto, as desigualdades sociais não repercutem apenas nas dificuldades escolares, mas também no acesso aos sistemas de protetização. As próteses são consideradas itens indispensáveis na reabilitação e aqueles que estão melhores adaptados, referem-se a elas como parte de seu corpo, importantes para realização de atividades do dia-a-dia. Nesse sentido, cabe a primeira ressalva de um caso contraditório, em relação a um amputado de membro superior que obteve a prótese pelo SUS, após longa espera e que, para 'poupar' o equipamento, trabalha na construção civil sem usá-la, com medo de estragá-la.

A segunda consideração que merece destaque diz respeito à repercussão social que a amputação confere na vida dos entrevistados. Inicialmente referem apenas curiosidade, admiração e desconhecimento do assunto por parte da sociedade em geral, mas, no decorrer da entrevista, exemplificam situações tristes de grande preconceito e desprezo expressos por familiares e amigos. Da mesma forma, os processos de protetização oferecidos pelo INSS e SUS que, com financiamento público, não contemplam as particularidades dos amputados na oferta de modelos de próteses padronizadas, ou na demora no processo de concessão das próteses, sendo nitidamente uma política de protetização 'pobre para os pobres'.

Em contrapartida, quem pode pagar, adquire uma prótese de melhor qualidade, mais prontamente, tendo vantagens no tempo de reinserção profissional. Ajustes nas políticas públicas de protetização e reabilitação profissional são necessários, pois, mesmo quem não possui condições financeiras, recorre à rede privada de saúde, comprometendo-se com financiamentos bancários para custeio de suas próteses ortopédicas.

Indubitavelmente, é urgente que se aprimorem as políticas públicas de dispensação de órteses e próteses, revogando-se a errônea idéia vigente entre os profissionais e sociedade em geral, de que, sendo as próteses do SUS e do INSS 'gratuitas', podem ser inferiores. A ideia que subjaz é que quem depende das próteses do SUS deve se conformar com modelos protéticos inferiores e esperar por um período de no mínimo um ano até ser protetizado.

É uma alternativa a criação de um banco público de componentes protéticos que poderia ser acessado prontamente após a liberação clínica para protetização e o estabelecimento de uma efetiva fiscalização dos serviços prestados por empresas privadas em licitações do INSS e centros de referência em reabilitação públicos.

Muitas vezes, as licitações para o INSS são abertas em nível nacional, o que dificulta — e até mesmo impossibilita — a assistência técnica após a protetização, como, por exemplo, uma ortopedia de Fortaleza que ganha a licitação de uma prótese de um beneficiário do CRP/INSS de Porto Alegre. A distância geográfica inviabiliza o acompanhamento do técnico protesista e a realização de ajustes nos encaixes das próteses que conferem conforto ao uso da prótese — ajustes que são indispensáveis para prevenção de lesões no coto e persistência no processo de protetização.

Outro aspecto a ser repensado é em relação à reabilitação profissional do INSS, incluindo a concessão de benefícios previdenciários. A dificuldade de se acessar os benefícios é referida várias vezes nas entrevistas realizadas, que em muitos casos os beneficiários demoram anos para obter uma renda mensal junto ao INSS; renda sabidamente insuficiente para sobrevivência, então complementada ilegalmente com o trabalho informal.

Os baixos valores dos benefícios impulsionam a informalidade nas relações de trabalho entre os amputados. Face à noção que os amputados têm a respeito do desemprego e das suas dificuldades práticas de locomoção e até mesmo financeiras para se qualificarem, sentem-se inseguros a negar um auxílio-previdenciário como uma garantia de renda e se lançarem na concorrência de vagas de emprego no mercado de trabalho formal.

Sugerem-se pesquisas longitudinais com amputados protetizados pelo INSS que acessaram a reabilitação profissional a fim de se avaliar fidedignamente os resultados efetivos a médio e longo prazo obtidos, quando termina a obrigatoriedade legal da empresa em manter empregado esse funcionário reabilitado.

Por fim, cabe a ressalva da inserção profissional em prol à ressocialização dos amputados. A inclusão social de amputados requer a articulação de esforços de todos os atores sociais envolvidos com a situação: amputados, familiares, governo, sociedade civil e profissionais da saúde. A equipe de saúde precisa atuar interdisciplinarmente e estimular a inserção profissional pelo seu valioso papel na inclusão social.

Nos processos de reabilitação e inclusão social, busca-se a autonomia aos pacientes amputados para comandarem seus próprios destinos, levando em consideração diversos quesitos como saúde, emprego, moradia, lazer, cultura e cidadania. Esse livre arbítrio é influenciado pelos fatores econômicos, mas não

restrito a eles, pois, mesmo alguém em condições financeiras favorecidas, pode vivenciar exclusão social por sofrer um acidente e apresentar uma deficiência física.

A pessoa, ao ingressar em um processo de reabilitação, deve ter oportunidade de vivenciar um processo de inclusão social. Atenta-se, inclusive, para a relevância de mais debates sobre o tema, para desmistificação do significado de estar amputado na vivência social, ou seja, sua caracterização como 'improdutivo' ou 'incapaz'.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho- ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

_____. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BAHIA, Ligia. Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C. (orgs). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **A inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho**. Brasília, 2007.

BIANCHETTI, Lucídio. Aspectos Históricos da Apreensão e da Educação dos considerados Deficientes. In _____; FREIRE, Ida Mara (orgs). **Um olhar sobre a diferença- interação, trabalho e cidadania**. São Paulo: Papyrus, 1998.

BRUINS, M. et al. Vocational reintegration after a lower limb amputation. **Prosthetics and Orthotics International**, v.27, n.1, p.4-10, abr. 2003.

BURGER, Helena.; MARINCEK, Crt. Return to work after lower limb amputation. **Disability & Rehabilitation**, v. 29, n.17, p. 1323-1329, set. 2007.

CARVALHO, André. **Amputações de membros inferiores- em busca da plena reabilitação**. 2.ed. São Paulo: Manole, 2003.

CORRER, Ronaldo. **Deficiência e inclusão social: construindo uma nova comunidade**. Bauru: EDUSC, 2003.

DIOGO, Maria J. Avaliação Funcional de Idosos com Amputação de Membros Inferiores Atendidos em um Hospital Universitário. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Campinas, v. 1, n. 11, p. 59-65, jan-fev 2003.

DUBAR, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ENGELS, Friedrich. Discurso diante da sepultura de Marx e do socialismo utópico ao socialismo científico. In: MARX, K.; _____. **Obras Escolhidas**. São Paulo: Alfa-Omega, v. 2, s/d.

ESCOREL, Sarah. Equidade em Saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C. (orgs). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

GIRDHAR, A. et al. Design Guidelines for Accommodating Amputees in the Workplace. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 11, n. 2, p. 99-118, jun. 2001.

GUIMARÃES, Nadya A. Por uma Sociologia do Desemprego. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, n. 50, p. 103-121, out. 2002.

_____. **À procura de trabalho: instituições do mercado e redes**. Belo Horizonte: Argumentum, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO de Defesa dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência-IBDD. **Sem limite: inclusão de portadores de deficiência no mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: SENAC, 2002.

JACQUES, Maria da Graça. Identidade e Trabalho. In CATTANI, David. **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Universidade, 1997.

KUENZER, Acacia Z. **Ensino médio e profissional: as políticas do Estado neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1997.

LANDIM, Fatima L. et al. Redes Sociais Informais no cotidiano de uma comunidade da periferia de Fortaleza. **Cogitare Enfermagem**, n. 1, v. 11, p. 16-23, jan/abr. 2006.

LIEDKE, Elida R. Trabalho. In Cattani, David. **Trabalho e tecnologia:dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997.

LEFÈVRE, Fernando et al. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

MALAGUTTI, Luiz M. **Crítica à Razão Informal-a imaterialidade do salariado**. São Paulo: Boitempo, 2001.

MARRE, Jacques. História de Vida e Método Biográfico. **Cadernos de Sociologia**, v.3, n. 3, p.89-141, jan/jul. 1991.

MARX, Karl. **O Capital**. 11.ed, v. 1, São Paulo: Difel, 1987.

_____; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. 6.ed. São Paulo: Difel, 1987.

MILLSTEIN, S.G.; BAIN, D.; HUNTER, G.A. A review of employment patterns of industrial amputees and factors influencing rehabilitation. **Prosthetics and Orthotics International**, v. 9, n. 2, p. 69-78, ago.1985.

MOSAKU, Kolawole; AKINYOOOLA, Akinyele; ADEGBEHINGBE, Olayinka. Psychological Reactions to Amputation in a Sample of Nigerian Amputees. **General Hospital Psychiatry**, n. 31, p 20-24, 2009.

OLIVEIRA, Luiza. **Inserção Profissional. O Caso da Reestruturação dos Lanifícios da Covilhã**. Lisboa: Cosmos, 1998.

OLIVEIRA, Ramon de. Empregabilidade. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C. (orgs). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

OLIVEN, Arabela C. Ações afirmativas, relações raciais e política de cotas nas universidades: uma comparação entre os Estados Unidos e o Brasil. **Revista Educação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, n. 1 (61), p. 29-51, jan/abr 2007.

O'SULLIVAN, Susan; SCHMITZ, Thomas J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. São Paulo: Manole, 1993.

PASTORE, José. **Oportunidades de Trabalho para Portadores de Deficiência**. São Paulo: LTr, 2000.

POCHMANN, Márcio. Trabalho e Renda. In: PINSKY, Jaime (org). **O Brasil no Contexto 1987-2007**. São Paulo: Contexto, 2007.

RIBEIRO, Jorge A.R. Da Ambiguidade do Trabalho no Capitalismo ao valor da Educação Profissional e Tecnológica. **Programa Integrar: construindo práticas educativas solidárias**. Porto Alegre: Instituto Integrar, p. 32-37, mar. 2008.

ROSS, Paulo R. Educação e trabalho: a conquista da diversidade ante as políticas neoliberais. In: BIANCHETTI, Lucídio; FREIRE, Ida Mara (orgs). **Um Olhar sobre a Diferença-Interação, Trabalho e Cidadania**. São Paulo: Papyrus, 1998.

RUSCH, Frank R.; HUGHES, C. Supported employment: promoting employee independence. **Mental Retardation**, v. 26, n. 6, p. 351-355, 1988.

SAMPOL, Antonio V. A Expectativa do Paciente em relação à prótese e seus componentes. **Revista Fisio & Terapia**. n. 6, p. 6-7, dez/jan.1998.

SANTOS, Monica P. Perspectiva Histórica do Movimento Integracionista na Europa. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 2, n. 3, p. 21-29, 1995.

SANTOS, Maria de Fátima. **Identidade e Aposentadoria**. São Paulo:EPU, 1990.

SCHOPPEN, Tanneke et al. Employment Status, Job Characteristics and Work Related Health Experience of People with a Lower Limb Amputation in the Netherlands. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Holanda, v. 82, p. 239-245, fev. 2001a.

_____ et al. Factors Related to Successful Job Reintegration of People with a Lower Limb Amputation. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Holanda, v. 82, p. 1425-143, out. 2001b.

SCHOPPEN, Tanneke et al. Job Satisfaction and Health Experience of People with a Lower Limb Amputation in Comparison with Healthy Colleagues. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Holanda, v. 83, p. 628-634, mai. 2002.

SHAW, Lynn et al. Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. **Disability & Rehabilitation**, v. 24, n. 4, p. 185-195, mar. 2002.

SINGH, Rajiv et al. Gender differences in amputation outcome. **Disability & Rehabilitation**, v. 30, n. 2, p. 122-125, 2008.

TOFFLER, Alvin. **A Terceira Onda**. São Paulo: Record, 1980.

UUSTAL, Heiki. Lower and Upper Extremities Prosthetics. **Essential Physical Medicine and Rehabilitation**. Totowa: G. Cooper © Humana Press Inc., p. 101-118, 2003.

VAN HAECHT, Anne. **A sociologia da educação: a escola posta à prova**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VIEIRA, Monica. Trabalho, Qualificação e a Construção Social das Identidades Profissionais nas Organizações Públicas de Saúde. **Trabalho, educação e saúde**, FIOCRUZ, v. 5 n. 2, p. 243-260, 2007.

APÊNDICE

APÊNDICE A

A seguir, constam informações pertinentes sobre os três sistemas de proteção disponíveis aos amputados brasileiros: os de financiamento público-SUS e INSS e a rede privada de saúde.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS, mais que uma instituição legal, é resultado de um profundo movimento social pela redemocratização no Brasil.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196 define a saúde como direito de todos e dever do estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução de risco de doenças através, como por exemplo, da promoção do saneamento básico e campanhas de vacinação. Anteriormente à sua instituição, não havia direito universal à saúde, a assistência médica era basicamente curativa, para quem já estava doente e era acessível apenas aos trabalhadores com 'carteirinha do INAMPS' (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

A Lei 8080/90 institui o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema de saúde regionalizado, hierarquizado, que integra o conjunto de ações da união Federativa, estados e municípios, onde cada uma dessas esferas administrativas possui funções e competências específicas, articuladas entre si. Sob esse novo sistema de saúde, são contempladas ações de saúde caracterizadas pela integralidade, através de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em dimensões coletivas e individuais, ou seja, de acesso universal e igualitário. 'Sistema' entendido como a soma de ações e instituições articuladas em prol uma finalidade em comum; 'Único', relativo à unificação dos sistemas previdenciário e ministério e secretarias da saúde; 'Saúde' compreendida não apenas como ausência da doença, mas como resultante das condições de alimentação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços da saúde (BAHIA, 2009, p. 357).

O uso do termo SUS referindo-se a um convênio ou órgão de repasse de serviços restringe suas atribuições constitucionais que incluem saneamento básico, campanhas de prevenção de doenças como vacinação, desenvolvimento científico e tecnológico, formação de recursos humanos para a saúde, entre outras.

A Portaria MS/SAS nº 116, datada em 09/09/1993, inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Já a Portaria MS/SAS nº 146 de 14/10/1993 estabelece as diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial no SUS por instituições públicas, privadas ou filantrópicas credenciadas à dispensação dos equipamentos.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL (INSS)

Da mesma forma, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 194 define a Seguridade Social como um conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, interrompendo o modelo de saúde previdenciária vigente no Brasil até então.

Seguridade Social não é sinônimo de Previdência Social. Previdência é um sistema de cobertura associada ao trabalho, resultante de imposição legal em que as contribuições dos afiliados para seu custeio tem por objetivo ofertar benefícios aos contribuintes que perderam ou tiveram reduzida sua capacidade laborativa. Já a Seguridade é um sistema de cobertura de programas sociais destinado a todos os que se encontram em estado de necessidade e dispensam contribuição prévia, como por exemplos os auxílios a famílias numerosas de baixa renda. O seguro-desemprego também pode ser considerado um benefício de seguridade, pois embora pressuponha contribuições pretéritas, não visa compensar o trabalhador por perda de capacidade laborativa.

A reabilitação profissional da Previdência Social vai proporcionar às pessoas incapacitadas por acidente de trabalho a preparação para reinserção no mercado de trabalho, pois todo contribuinte tem o direito ao seguro social da Previdência, cuja renda transferida é utilizada para substituir a renda do trabalhador contribuinte, quando ele perde a capacidade de trabalho (BRASIL, 2007).

Atualmente o prazo estipulado para o término da reabilitação profissional é de dois anos, ou seja, o trabalhador deverá ser considerado reabilitado dentro deste prazo. Há trabalhadores considerados inelegíveis, ou seja, que não poderão participar do programa de reabilitação, por critérios estabelecidos pelo INSS, como a

impossibilidade de ser reinserido no mercado de trabalho dentro desse prazo por causa da gravidade da doença ou acidente que ocasionou o afastamento.

A Previdência Social disponibiliza como benefícios o auxílio-doença concedido para trabalhadores afastados por mais de 15 dias, já o auxílio acidentário refere-se ao benefício que é concedido ao trabalhador que tem sua capacidade para exercer as atividades laborais reduzida, em decorrência de acidente ou doença de trabalho.

A Instrução Normativa INSS/PRES nº 20 (2007) apresenta no seu art. 368, dentre outras obrigações, a obrigatoriedade do INSS em fornecer recursos materiais para os contribuintes que estão no programa de reabilitação, tais como órteses (aparelho para correção), próteses (substituição de membro), auxílio transporte, alimentação, diárias, implemento profissional e instrumento de trabalho. Também apresenta no art. 370 a possibilidade de fazer convênios com entidades públicas ou privadas, utilizando serviços como: I – “atendimento e/ou avaliação nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e fonoaudiologia;” e IV – “avaliação e treinamento profissional”.

O art. 89 da Lei. 8.213/91 aponta para reabilitação profissional e social como uma forma de proporcionar “ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho”, um meio de (re)educação e (re)adaptação que facilitem a participação no mercado de trabalho e no meio social. Fonte: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/8213cons.htm, acessado dia 03/10/2009, às 21:59.

REDE PRIVADA DE SAÚDE

A rede privada se constitui de estabelecimentos que a partir de pagamentos ou de convênios prestam serviços na área da saúde. É importante ressaltar que nenhum convênio particular de saúde prevê a dispensação de uma prótese ortopédica para seus conveniados. As empresas integrantes na rede privada podem, a partir de licitações prestar serviços à rede pública de saúde, inclusive fornecer próteses ortopédicas. O artigo 199 da Constituição Federal de 1988 dispõe sobre a participação da iniciativa privada em atividades da saúde. O SUS construiu uma rede de serviços complexa, regulando ações de saúde pública, serviços de saúde estatais, filantrópicos e privados (BAHIA, 2009, p.360; 362).

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que fui esclarecido(a), de forma detalhada sobre a pesquisa que tem como título “OS ELEMENTOS SÓCIO-EDUCATIVOS QUE CONFIGURAM A (RE)INSERÇÃO PROFISSIONAL DE PESSOAS COM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS” que tem por objetivos: descrever o perfil das pessoas amputadas entrevistadas conforme dados de identificação, nível e etiologia da sua amputação, aquisição e uso da prótese ortopédica; conhecer a situação sócio-econômica da amostra pré e pós-amputação; analisar a situação ocupacional dos amputados e sua escolaridade; explorar a repercussão social da amputação e da protetização e/ou reabilitação em suas vidas; conhecer as representações sociais e os elementos atitudinais e cognitivos implicados no contexto ‘trabalho’; conhecer os processos de protetização e de habilitação profissional pelo INSS.

Fui esclarecido (a) também a respeito do sigilo das informações coletadas e da possibilidade de desistência em qualquer circunstância e etapa da pesquisa.

Fui igualmente informado (a):

- De que não terei nenhum gasto pela participação no estudo;
- Sobre os objetivos do presente estudo;
- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a cerca dos procedimentos e outros aspectos relacionados com a pesquisa;
- Da afirmação de que não serei identificado e que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para essa pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem nenhum prejuízo à minha pessoa;

Esta pesquisa é desenvolvida por Gisele Guerra Giuriolo, aluna do Curso de Mestrado em Educação UFRGS, localizado na Av. Paulo Gama, s/n, prédio 12201, telefone 3308-3428.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C

ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

A- Amputados protetizados pela rede privada,SUS e INSS.e.

1. Objetivo: Elaborar perfil das pessoas amputadas entrevistadas em relação ao nível e etiologia da amputação, bem como aquisição e uso da prótese ortopédica.

- Você pode me contar a história da sua amputação?
- Quantos anos de idade você tinha quando amputou?
- Como conseguiu a prótese ortopédica?
- Tem ideia quanto tempo demorou para conseguir a prótese?
- Há quanto tempo está usando prótese?
- Como você se adaptou à prótese? Recebeu algum auxílio profissional?

2. Objetivo: Explorar a repercussão social da amputação e da protetização e/ou reabilitação em suas vidas

- Como era tua vida antes da amputação?
- E como é agora com a prótese?
- Em que atividades no seu dia você usa a prótese?
- Você identifica algum tipo de constrangimento ou preconceito na sociedade?
- Como é o teu tempo de lazer?
- Quais tuas atividades fora de casa?
- Como é a sua relação com a família?
- Como é a sua relação com os amigos?
- Quais são seus planos para o futuro?

3. Objetivo: Conhecer a situação sócio-econômica da amostra pré e pós-amputação, sua trajetória profissional e formativa

- Qual a sua profissão?
- Onde trabalhava antes de amputar?
- Está trabalhando atualmente?

- Qual é a sua escolaridade?
- Você continuou os estudos após a amputação? Por quê?
- Onde você costuma procurar trabalho?
- De que maneira conseguiu o trabalho atual?
- Como foi o processo de seleção para o emprego?
- O que dependeu de ti como pessoa para conseguir o trabalho?
- O que significou para tua vida pessoal voltar a trabalhar?
- Quais habilidades tu desenvolveste no trabalho?
- Houve alguma adaptação no teu local de trabalho?
- Recebe algum benefício do governo? Qual?
- A renda familiar aumentou, diminuiu ou não alterou com a amputação?
- Você acha que se tivesse mais tempo de estudo, poderia estar trabalhando em um emprego melhor ou ganhando mais?
- De onde vem o seu sustento?
- Você tem que sustentar economicamente alguém? Quem?
- Quantos anos você tem?

4. Objetivo: Conhecer as representações sociais e os elementos atitudinais e cognitivos implicados no contexto 'trabalho'.

- Com que idade você começou a trabalhar?
- Qual foi seu primeiro trabalho?
- Quem te influenciou a começar a trabalhar?
- A tua família valoriza o trabalho na vida das pessoas?
- Era importante o teu trabalho antes de você amputar?
- Qual a importância do trabalho para ti atualmente? Como é a sua relação com os colegas de trabalho?
- Desejas trabalhar? Por quê?
- O que te fez optar pelo benefício previdenciário ao invés de voltar ao mercado de trabalho formal?
- Quais as vantagens e desvantagens do trabalho informal?

B- Entrevista com fisioterapeuta- INSS.

5. Objetivo: Conhecer o processo de protetização pelo INSS.

- Nome:
- Há quanto tempo trabalha no INSS?
- Qual a área geográfica de abrangência do CRP Porto Alegre?
- Como ocorre o processo de protetização pelo INSS?
- Na sua opinião, por quê alguns amputados que teriam direito à prótese pelo
- INSS, migram para rede SUS ou privada?
- A volta ao trabalho é positiva em comparação a quem não trabalha? Por quê?
- Qual o tempo médio de reabilitação e protetização pelo INSS?
- Como ocorrem as trocas de prótese após tempo de uso ou em caso de não adaptação à mesma?
- Qual o papel do profissional fisioterapeuta na reabilitação de amputados?
- Você identifica em outros profissionais de saúde, não envolvidos com INSS, preocupação com a reinserção social de seus pacientes amputados?
- A reabilitação de amputados é peculiar em algum aspecto em comparação a outras pessoas portadoras de deficiência?

C- Entrevista com Orientador Profissional-INSS

6. Objetivo: Conhecer o processo de habilitação profissional oferecido a beneficiários INSS

- Nome:
- Formação:
- Há quanto tempo trabalha nessa função pelo INSS?
- Em que aspectos o retorno ao mercado de trabalho contribui para inserção social dos amputados?
- Há alguma peculiaridade na habilitação profissional de amputados em relação aos demais trabalhadores com outras etiologias de afastamento?
- Qual o período de habilitação profissional?

- Como é feita a escolha do curso de habilitação profissional para cada amputado?
- Quem ministra esses cursos?
- As empresas costumam cooperar para readaptação desses profissionais?
Como?
- Há acompanhamento do INSS no retorno ao trabalho?
- Quem define a troca de função no trabalho?

APÊNDICE D

Quadro esquemático proposto na elaboração do roteiro de entrevistas e como facilitador de análise das respostas a partir do prévio estabelecimento de categorias do discurso de sujeito coletivo.

OBJETIVO	PERGUNTA	INDICADOR	CATEGORIA
<p>1. Elaborar perfil das pessoas amputadas entrevistadas quanto sua identificação, nível e etiologia da amputação bem como aquisição e uso da prótese ortopédica.</p>	<p>1.1. Você pode me contar a história da sua amputação?</p> <p>1.2. Quantos anos de idade você tinha quando amputou?</p> <p>1.3. Como conseguiu a prótese ortopédica?</p> <p>1.4. Tem ideia quanto tempo demorou para conseguir a prótese?</p> <p>1.5. Há quanto tempo está usando prótese?</p> <p>1.6. Como você se adaptou à prótese? Recebeu algum auxílio profissional?</p>	<p>Atendimento profissional na amputação e protetização;</p> <p>Acesso a serviços médico-hospitalares;</p> <p>Aquisição da prótese ortopédica;</p> <p>Tempo de espera para conseguir a prótese.</p>	<p>REABILITAÇÃO</p>
<p>2. Explorar a repercussão social da amputação e da protetização e/ou reabilitação em suas vidas</p>	<p>2.1. Como era tua vida antes da amputação?</p> <p>2.2. E como é agora com a prótese?</p> <p>2.3. Em que atividades no seu dia você usa a prótese?</p> <p>2.4. Você identifica algum tipo de constrangimento ou preconceito na sociedade?</p> <p>2.5. Como é o teu tempo de lazer?</p> <p>2.6. Quais tuas atividades fora de casa?</p> <p>2.7. Como é a sua relação com a família?</p> <p>2.8. Como é a sua relação com os amigos?</p> <p>2.9. Quais são seus planos para o futuro?</p>	<p>Presença de atividades sociais;</p> <p>Utilidade da prótese na execução de atividades sociais;</p> <p>Adaptação com a prótese.</p>	<p>SOCIALIZAÇÃO</p>

OBJETIVO	PERGUNTA	INDICADOR	CATEGORIA
<p>3. Conhecer a situação sócio-econômica da amostra pré e pós-amputação, sua trajetória profissional e formativa</p>	<p>3.1. Qual a sua profissão?</p> <p>3.2. Onde trabalhava antes de amputar?</p> <p>3.3. Está trabalhando atualmente?</p> <p>3.4. Qual é a sua escolaridade?</p> <p>3.5. Você continuou os estudos após a amputação? Por quê?</p> <p>3.6. Onde você costuma procurar trabalho?</p> <p>3.7. De que maneira conseguiu o trabalho atual?</p> <p>3.8. Como foi o processo de seleção para o emprego?</p> <p>3.9. O que dependeu de ti como pessoa para conseguir o trabalho?</p> <p>3.10. O que significou para tua vida pessoal voltar a trabalhar?</p> <p>3.11. Quais habilidades tu desenvolveste no trabalho?</p> <p>3.12. Houve alguma adaptação no teu local de trabalho?</p> <p>3.13. Recebe algum benefício do governo? Qual?</p> <p>3.14. A renda familiar aumentou, diminuiu ou não alterou com a amputação?</p> <p>3.15. Você acha que se tivesse mais tempo de estudo, poderia estar trabalhando em um emprego melhor ou ganhando mais?</p> <p>3.16. De onde vem o seu sustento? Você tem que sustentar alguém economicamente? Quem?</p> <p>3.17. Quantos anos você tem?</p>	<p>Retorno ao mercado de trabalho;</p> <p>Necessidade de sustento pessoal/familiar;</p> <p>Valorização dos estudos para a vida pessoal e profissional;</p> <p>Conhecimento e usufruto de políticas afirmativas;</p> <p>Idade em anos classificada como 'idade produtiva'.</p>	<p>INSERÇÃO PROFISSIONAL</p>
<p>4. Conhecer a representatividade social e os elementos atitudinais e cognitivos implicados no contexto 'trabalho'</p>	<p>4.1. Com que idade você começou a trabalhar?</p> <p>4.2. Qual foi seu primeiro trabalho?</p> <p>4.3. Quem te influenciou a começar a trabalhar?</p> <p>4.4. A tua família valoriza o trabalho na vida das pessoas?</p> <p>4.5. Era importante o teu trabalho antes de você amputar?</p> <p>4.6. Qual a importância do trabalho para ti atualmente? Como é a sua relação com os colegas de trabalho?</p> <p>4.7. Desejas trabalhar? Por quê?</p> <p>4.8. O que te fez optar pelo benefício previdenciário ao invés de voltar ao mercado de trabalho formal?</p> <p>4.9. Quais as vantagens e desvantagens do trabalho informal?</p>	<p>Valorização do trabalho;</p> <p>Recompensa econômica do trabalho;</p> <p>Identidade Social como trabalhador e como deficiente físico.</p>	<p>TRABALHO</p>

Após a efetivação das entrevistas, o quadro do discurso do sujeito coletivo será composto conforme modelo abaixo:

Expressões-chave	Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Entrevistado 1-transcrição da resposta à pergunta 1		
Entrevistado 2-transcrição da resposta à pergunta 1		