

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TATIANA CROVADOR SIEFERT

A DETERMINAÇÃO DO PROCESSO DE EXCLUSÃO DO MERCADO FORMAL DE
TRABALHO DAS PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE LESÃO MEDULAR

CURITIBA

2021

TATIANA CROVADOR SIEFERT

A DETERMINAÇÃO DO PROCESSO DE EXCLUSÃO DO MERCADO FORMAL DE
TRABALHO DAS PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE LESÃO MEDULAR

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Linha de Pesquisa Políticas e Serviços de Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

CURITIBA
2021

S571 Siefert, Tatiana Crovador
A determinação do processo de exclusão do mercado formal de trabalho das pessoas com diagnóstico de lesão medular [recurso eletrônico] / Tatiana Crovador Siefert. – Curitiba, 2021.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

1. Traumatismos da medula espinal. 2. Retorno ao trabalho. 3. Determinação social da saúde. I. Albuquerque, Guilherme Souza Cavalcanti de. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLM WL 403



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **TATIANA CROVADOR SIEFERT** intitulada: **A determinação do processo de exclusão do mercado formal de trabalho das pessoas com diagnóstico de lesão medular**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 29 de Setembro de 2021.

Assinatura Eletrônica

01/10/2021 16:42:38.0

GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

08/10/2021 10:05:17.0

ROGÉRIO MIRANDA GOMES

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

08/10/2021 15:35:13.0

JUNE MARIA PASSOS REZENDE

Avaliador Externo (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO)

RUA PADRE CAMARGO 280, 3º ANDAR - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: mestradoscoletivaufr@gmail.com

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 06 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 116110

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prrpg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 116110

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Guilherme, por quem cultivo grande admiração pelo seu trabalho e trajetória acadêmica. Agradeço pela incrível oportunidade de aprendizado a cada aula, discussão e orientação, por todo o conhecimento compartilhado sobre as mais diversas questões e pela forma com que conduziu o processo de orientação.

Aos integrantes da banca, Dra. June Maria Passos Rezende e Prof. Dr. Rogério Miranda Gomes pelas importantes contribuições para o desenvolvimento desta dissertação e por me auxiliarem a ampliar a compreensão dos resultados desta pesquisa. À Prof.^a Dra. Rafaela Gessner Lourenço que, mesmo enquanto suplente da banca, fez importantes colocações sobre esta dissertação.

Aos demais professores e colegas do Programa de Pós-Graduação que tanto contribuíram para a minha formação no campo da Saúde Coletiva. Aos colegas do grupo de estudos do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-UFPR) que participaram e colaboraram de forma tão importante e significativa nesta trajetória, que se iniciou ainda antes do ingresso no mestrado.

À direção do Complexo Hospitalar do Trabalhador e do Hospital de Reabilitação do Paraná pelo aceite para a realização desta pesquisa mesmo em uma época tão conturbada como a que vivemos, de enfrentamento a uma pandemia. À equipe da Lesão Medular do Hospital de Reabilitação pelo acolhimento e contribuições durante a etapa de coleta de dados. Aos pacientes deste hospital que participaram da pesquisa e gentilmente cederam o seu tempo em um momento de tantas fragilidades e incertezas após a lesão medular.

À direção e coordenação do Hospital de Dermatologia do Paraná, que se tornou meu local de trabalho durante o mestrado e que, com o incentivo e compreensão, possibilitaram a minha dedicação às atividades acadêmicas e à produção científica.

Ao meu esposo Jonathan pelo incentivo diário, pela segurança e apoio incondicional, tornando seus os meus objetivos e planos.

À minha família que com todo o amor, esforço e dedicação me possibilitaram chegar até aqui.

“Frequentemente nos deixamos sequestrar pelo medo do afogamento, enquanto
abrimos mão do presente maravilhoso que é nadar no mar.”
(Ícaro de Carvalho)

RESUMO

O presente estudo buscou compreender a determinação do processo de exclusão do trabalho das pessoas com lesão medular. Lesão medular é o acometimento da medula espinhal que acarreta em perda da função motora e sensitiva abaixo do nível da lesão. É uma das importantes condições crônicas da atualidade, ocasionada principalmente por eventos traumáticos e que gera impacto nas esferas pessoal e social, determinando um novo modo de viver para o indivíduo. O trabalho é uma atividade exclusiva e essencialmente humana, sendo a forma de realização das possibilidades humanas e da subsistência, daí a importância de discutir a questão do retorno ao trabalho após a lesão medular. Como instrumento de coleta de dados adotou-se um questionário semiestruturado, de autoria própria, aplicado aos pacientes com diagnóstico de lesão medular ao nível paraplegia do Hospital de Reabilitação do Paraná. O estudo possui caráter observacional, analítico e transversal, e se utilizou o referencial teórico do materialismo histórico dialético para discussão dos resultados. Concluiu-se que a exclusão destes trabalhadores do mercado de trabalho formal é determinada socialmente, com a informalidade aparecendo como uma opção para a participação em um sistema baseado na máxima exploração da força de trabalho.

Palavras-chave: Retorno ao Trabalho. Traumatismos da Medula Espinal. Determinação Social da Saúde.

ABSTRACT

The present study sought to understand the determination of the process of exclusion from work of people with spinal cord injury. Spinal cord injury is the involvement of the spinal cord that results in the loss of motor and sensory function below the level of the injury. It is one of today's important chronic conditions, caused mainly by traumatic events and which generates impact on the personal and social spheres, determining a new way of living for the individual. Work is an exclusive and essentially human activity, being the way to realize human possibilities and subsistence, hence the importance of discussing the issue of returning to work after the spinal cord injury. As an instrument for data collection, we adopted a semi-structured questionnaire, of our own authorship, applied to patients diagnosed with spinal cord injury at the paraplegia level at the Paraná Rehabilitation Hospital. The study has an observational, analytical and transversal character, and the theoretical referential of the dialectic historical materialism was used to discuss the results. It was concluded that the exclusion of these workers from the formal labor market is socially determined, with informality appearing as an option for participation in a system based on maximum exploration of labor power.

Keywords: Return to work. Spinal cord injuries. Social Determination of Health.

LISTA DE SIGLAS

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CF - Constituição Federal

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

LM - Lesão medular

PcD - Pessoa com deficiência

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS.....	13
1.1.1 Objetivo geral	13
1.1.2 Objetivos específicos.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 LESÃO MEDULAR	15
2.2 TRABALHO	17
2.3 RETORNO AO TRABALHO APÓS A LESÃO MEDULAR	22
2.3.1 Fatores preditivos e barreiras para o retorno ao trabalho e as ocupações mais frequentes	27
2.3.2 Abordagens terapêuticas para a recolocação profissional	31
2.3.3 Impacto dos benefícios assistenciais	33
2.4 LEGISLAÇÃO.....	34
2.5 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE	38
3 METODOLOGIA	44
3.1 TIPO DE ESTUDO	44
3.1.1 Materialismo histórico dialético.....	44
3.2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	45
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
4 RESULTADOS	49
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	49
4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE TEMÁTICA.....	53
4.1.1 Acessibilidade	53
4.1.2 Escolaridade.....	54
4.1.3 Tempo decorrido após a lesão medular	56
4.1.4 Preconceito e desconhecimento relacionados à lesão medular	57
4.1.5 Remuneração abaixo da média e vínculos informais de trabalho	59
5 DISCUSSÃO	63
5.1 MAIS-VALIA E A EXPLORAÇÃO NO CONTEXTO DO CAPITALISMO PERIFÉRICO BRASILEIRO	63
5.2 A DETERMINAÇÃO ESTRUTURAL DA EXCLUSÃO DO TRABALHO FORMAL DOS LESIONADOS DE MEDULA	69
6 CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	83

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO84

1 INTRODUÇÃO

Lesão medular ou traumatismo raquimedular é o acometimento da medula espinhal, que acarreta em perda da função motora e sensitiva abaixo do nível da lesão. É uma das importantes condições crônicas da atualidade pois gera impacto nas esferas pessoal e social, determinando um novo modo de viver para o indivíduo e para o seu núcleo familiar (CALLIGA; PORTO, 2017). As limitações impostas pela lesão medular alteram a rotina e a participação social dos indivíduos, uma vez que estes apresentam comprometimento da capacidade funcional e da independência, sendo necessários auxílios para realizar tarefas de autocuidado e mobilidade (ATKINS, 2005).

O comprometimento ocasionado pela lesão medular altera de forma significativa o envolvimento e a participação social, afastando o indivíduo temporária ou definitivamente de suas ocupações (CAMPOS et al, 2008). O objetivo do tratamento de reabilitação após a lesão medular é, então, alcançar a máxima independência funcional e o retorno às atividades necessárias e significativas apesar das sequelas, uma vez que a perda da função motora decorrente da lesão medular é uma condição permanente (ATRICE, 2004). No entanto, mesmo com a evolução dos serviços médicos e de reabilitação, observa-se um alto impacto socioeconômico aos indivíduos, resultando em elevados índices de desemprego e aposentadoria precoce após a lesão (FRANCESCHINI et al., 2012; KENEDY; HANSON, 2016). Ressalta-se que o retorno ao trabalho após a aquisição de uma deficiência na idade adulta é considerado um dos melhores indicadores de independência, integração e qualidade de vida (FRANCHESCHINI et al., 2012).

A lesão medular, quando não decorrente de um acidente de trabalho, não é um agravo de notificação obrigatória. Por isso não existem dados precisos sobre a sua incidência no país, no entanto, estima-se que ocorram 15 mil novos casos ao ano¹, um índice elevado se comparado a outros países (BRASIL, 2013). Através da prática clínica em hospitais de alta complexidade e centros de reabilitação observa-se que os traumatismos ocasionados por acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho e lesões por armas de fogo são as principais causas da lesão medular,

¹ A incidência dos casos de lesão medular é estimada através dos registros do Sistema de Informações Hospitalares – SIHSUS (BRASIL, 2013).

acometendo principalmente homens em idade produtiva (CAMPOS et al, 2008; BRASIL, 2013).

No Brasil, 45 milhões de pessoas possui algum tipo de deficiência, o que representa 23,6% da força de trabalho nacional. Diferentes políticas públicas (principalmente a Constituição Federal, Estatuto da Pessoa com Deficiência e a Lei de Cotas) buscam equiparar oportunidades de trabalho e garantir direitos fundamentais a essa parcela da população, porém isso não reflete na empregabilidade e autonomia das pessoas com deficiência em assumir vagas no mercado de trabalho (BRASIL, 2012; IBGE, 2010). Da população em questão, estima-se que 46% são economicamente ativas e 54% estão desempregadas ou economicamente inativas. É importante ressaltar que o conceito de população economicamente ativa considera como "população ocupada" aquelas pessoas que desempenham alguma forma de trabalho remunerado ou não, por no mínimo uma hora por semana. Tal conceito engloba em um mesmo perfil pessoas que podem estar subempregadas ou sub-remuneradas, o que não condiz, necessariamente, com possuir um emprego compatível ao padrão do mercado e uma remuneração suficiente para a subsistência. Em relação ao trabalho formal, estima-se que menos de 1% da população com deficiência possui um vínculo formal de emprego (IBGE, 2010). A dificuldade no acesso a um emprego formal reforça as condições de fragilidade e desigualdade experimentadas pelas pessoas com deficiência, limitando ainda mais a sua inserção e participação social (OIT, 2001; OMS, 2011).

O desempenho de uma atividade produtiva é parte fundamental da identidade de um adulto, sendo a forma de realização de suas potencialidades e subsistência (CALLIGA; PORTO, 2017; NETTO; BRAZ, 2012). O trabalho é a base de qualquer atividade econômica e é ele que possibilita a produção de qualquer bem. É uma atividade exclusiva dos seres humanos, que se diferenciam das demais espécies pela capacidade de modificar a natureza de forma intencional para satisfação de suas necessidades (NETTO; BRAZ, 2012). Independente da forma de organização de cada sociedade, o trabalho é a condição de existência do ser humano na mediação entre a natureza e as suas necessidades (LIRA et al., 2018).

O trabalho possui um caráter coletivo, trazendo implicações para o desenvolvimento social: foi através do desempenho do trabalho que a humanidade se constituiu (NETTO; BRAZ, 2012). Esta atividade intencional e dirigida configura-se, então, como a finalidade do ser humano – que é um ser social. Entre as

mudanças sociais dos últimos séculos, o trabalho segue tendo importância significativa sobre questões econômicas, sociais e políticas, além de ser considerado um dos valores centrais para a identidade e referência pessoal (SANTOS; FREITAS, 2018). O trabalho deve ser analisado, então, não apenas em relação aos modos de produção, mas também pela forma como é vivenciado e pelas contribuições para a vida subjetiva e para a organização social (RAMMINGER; NARDI, 2008).

Estudos sobre a população com deficiência que se baseiam no modelo social² consideram que possuir uma deficiência amplia a exclusão social. Uma sociedade capitalista se organiza de forma a não possibilitar o atendimento às necessidades desta população, inclusive no que se refere ao trabalho (SANTOS; FREITAS, 2018). A maior dificuldade em acessar os bens sociais, dentre eles o trabalho, tem impacto sobre o modo de viver, sobre a subsistência e a própria saúde (RAMMINGER; NARDI, 2008). Em um país como o Brasil, marcado por um histórico extenso de desigualdades sociais, exercer uma atividade de trabalho pode representar o acesso à cidadania e direitos básicos (SANTOS; FREITAS, 2018).

Considerando que a população acometida pela lesão medular é, em sua maioria, jovem e em idade produtiva, ressalta-se a importância de discutir o retorno ao trabalho, pois, frequentemente, esta possibilidade é negada aos trabalhadores após a lesão medular.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Compreender a determinação do processo de exclusão do trabalho das pessoas com lesão medular.

² Modelos conceituais são construções teóricas para compreensão dos processos de saúde-doença e suas implicações. O modelo social se originou a partir da percepção de que o modelo biomédico é insuficiente para explicar e compreender a questão da deficiência. Com ele, passou-se a contestar a ideia de que a deficiência deve ser corrigida e incorporaram-se as questões sociais na discussão sobre a participação e acesso (MOTA; BOUSQUAT, 2021).

1.1.2 Objetivos específicos

- Realizar uma revisão de literatura sobre o retorno ao trabalho após a lesão medular, sintetizando a produção nacional e internacional dos últimos dez anos acerca do tema;
- Identificar os processos que dificultam o retorno ao trabalho após a lesão medular;
- Analisar as dificuldades de retorno ao trabalho da população com lesão medular à luz do modo de produção capitalista da sociedade brasileira;
- Reconhecer a influência da forma de organização da sociedade no processo de exclusão das pessoas com lesão medular do trabalho formal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 LESÃO MEDULAR

A medula espinhal está localizada no interior do canal vertebral e é composta por quatro segmentos: cervical, torácico, lombar e sacral. Ela é a via de comunicação entre o cérebro e as demais partes do sistema nervoso central, sendo o segmento responsável pela regulação de funções vitais como a respiração, circulação, atividade sexual, controle térmico e controle vesical e intestinal. As vértebras conferem proteção física à medula espinhal que, quando lesionada, desencadeia uma série de déficits motores, sensitivos e sistêmicos (ATRICE, 2004).

As fibras nervosas originadas de cada segmento medular são responsáveis pela inervação motora e sensitiva de uma determinada fração corporal e, por isso, as sequelas dependerão do nível da lesão. O nível da lesão é determinado pelo último segmento preservado da medula espinhal. Lesões acima da primeira vértebra torácica (T1) geram um quadro de tetraplegia, que se caracteriza pelo comprometimento motor de membros superiores e inferiores, no tronco, da musculatura que auxilia as funções respiratórias e dos órgãos da região pélvica. Já as lesões abaixo do nível T1 ocasionam um quadro de paraplegia, onde as funções dos membros superiores e do tronco permanecem preservadas (a depender do nível exato da lesão), porém com comprometimento importante de membros inferiores e órgãos do sistema urinário. Em resumo, quanto mais alto o nível da lesão medular, maior será o prejuízo das funções motoras, sensoriais, autonômicas e metabólicas (ATRICE, 2004; LIANZA; CASALIS; GREVE, 2007).

As causas da lesão medular incluem episódios traumáticos (fraturas, luxações e ferimentos) e não traumáticos (processos infecciosos, neoplásicos, vasculares, degenerativos e má formação). As causas traumáticas são as mais comuns, responsáveis por cerca de dois terços dos casos (LIANZA; CASALIS; GREVE, 2007).

No Brasil não existem dados epidemiológicos precisos sobre a incidência da lesão medular porque este não é um agravo de notificação obrigatória, exceto nos casos onde é decorrente de um acidente de trabalho. Através dos bancos de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), estimam-se cerca de 15 mil novos casos ao ano no país, a maioria decorrentes de acidentes automobilísticos (principalmente

motocicletas), acidentes de trabalho (quedas de altura em sua maioria) e lesões por armas de fogo. A lesão medular é mais prevalente em homens, que correspondem a cerca de 80% dos casos, com idade entre 20 e 45 anos, com predomínio do quadro de paraplegia. Tais dados epidemiológicos demonstram que a lesão medular acomete os indivíduos geralmente nos anos de vida mais produtivos, trazendo implicações socioeconômicas importantes (BRASIL, 2013).

Atualmente, a lesão medular é uma das condições incapacitantes mais graves que pode acometer o ser humano. A sua gravidade e o prejuízo imediato das funções motoras, que leva ao afastamento das ocupações realizadas até então, têm impacto significativo sobre o modo de viver do indivíduo e de seus familiares. O prognóstico funcional está diretamente relacionado ao nível da lesão, de forma que cada indivíduo necessitará de um tratamento individualizado conforme suas capacidades físicas, condição psicológica e objetivos para o tratamento a longo prazo (BRASIL, 2013. LIANZA; CASALIS; GREVE, 2007).

O tratamento da lesão medular inclui uma equipe multidisciplinar, considerando a ampla gama e a complexidade das manifestações clínicas. O tratamento inicial irá depender da causa e do quadro clínico do paciente no momento da admissão hospitalar, podendo variar entre o tratamento conservador ou cirúrgico. Após a estabilização do quadro clínico, mesmo na fase aguda da lesão medular, já se inicia a reabilitação em regime de internação. Neste momento os objetivos principais são os cuidados respiratórios, a prevenção de contraturas articulares devido à flacidez muscular, a prevenção de lesões por pressão, os cuidados de esvaziamento vesical e intestinal para prevenção de infecções secundárias, além da prevenção de complicações vasculares que podem agravar o quadro. A continuidade do processo de reabilitação se dá em regime ambulatorial, preferencialmente em um centro especializado, buscando o ajuste do indivíduo à nova condição e a independência funcional dentro das possibilidades de cada nível de lesão (ATRICE, 2004; BRASIL, 2013).

A qualidade de vida após a lesão medular está associada à abordagem de reabilitação e o seu início precoce. Além do acompanhamento médico em diferentes especialidades, o enfoque multidisciplinar busca garantir a recuperação da autonomia, o ajuste psicológico, a retomada do convívio em sociedade e qualidade de vida. Fazem parte da equipe de reabilitação os fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, fonoaudiólogos e assistentes

sociais que, dentro do escopo profissional, buscam a máxima independência e participação social do indivíduo após a lesão medular (ATRICE, 2004; LIANZA; CASALIS; GREVE, 2007).

Para todos os níveis de lesão medular são necessários dispositivos auxiliares de locomoção e de tecnologia assistiva, que buscam minimizar as barreiras e favorecer a funcionalidade e a segurança nos diferentes ambientes. São exemplos destes dispositivos: cadeiras de rodas motorizadas e manuais confeccionadas sob medida, órteses de posicionamento, pranchas para transferências, adaptações ambientais, direção veicular adaptada, entre outros que serão avaliados e prescritos pela equipe de reabilitação (ATRICE, 2004; LIANZA; CASALIS; GREVE, 2007).

Outra etapa do processo de reabilitação após a lesão medular é o programa de reabilitação profissional, que é indicado após a finalização do programa de recuperação funcional. Tal abordagem objetiva uma readaptação profissional para recolocação no mercado de trabalho, evitando o desemprego ou a aposentadoria precoce nos casos em que as condições físicas após a lesão medular são compatíveis com o exercício profissional. No entanto, um dos grandes desafios desta abordagem é conciliar as expectativas do mercado de trabalho com a qualificação profissional após uma deficiência (BRASIL, 2013; CALLIGA; PORTO, 2019).

2.2 TRABALHO

Para o referencial marxista, o estudo da sociedade deve ter início pelo conceito de trabalho pois ele é a base de qualquer atividade econômica, além de ser uma das categorias mais importantes para compreender o desenvolvimento humano, social e econômico uma vez que a estruturação do modo de produção se dá através dele e de suas relações (MARX, 2013; NETTO; BRAZ, 2012).

Segundo Marx (2013), o trabalho se define como o processo em que o homem interage, se apropria e modifica a natureza para a satisfação de suas necessidades, transformando materiais naturais em produtos de seu interesse. Atividades que atendem às necessidades de sobrevivência são comuns às espécies animais, estabelecendo uma relação imediata entre o animal e o seu meio ambiente. As necessidades a serem satisfeitas são, em geral, fixas e constantes, limitadas às questões imediatas (alimentação, obtenção de abrigo, proteção, entre outras). Tal

comportamento é determinado geneticamente, sem grandes alterações entre a mesma espécie ao longo dos anos (MARX, 2013; NETTO; BRAZ, 2012).

O trabalho se diferencia desta atividade animal ao romper com o padrão instintivo e imediato, assumindo caráter consciente e proposital. Enquanto atividade humana, o trabalho demanda instrumentos que intermediam esta relação homem-natureza, exigindo habilidades específicas e a com a presença da intencionalidade, além de não satisfazer a um rol limitado de necessidades: o seu desenvolvimento implica na criação de novas necessidades. Sendo assim, o trabalho é uma atividade exclusivamente humana que objetiva a apropriação da natureza para satisfação de necessidades crescentes e mutáveis. Tais necessidades são, inclusive, decorrentes do próprio processo de produção (BRAVERMAN, 1981; NETTO; BRAZ, 2012).

Esta relação que se desenvolve entre o homem e a natureza é mediada por instrumentos de trabalho, ou seja, o homem produz um meio de trabalho uma vez que a natureza não os oferece – o que Marx (2013) define como corpo inorgânico. Sendo assim, percebem-se dois componentes de extrema importância do trabalho: a finalidade e a intencionalidade. A finalidade diz respeito à capacidade de antecipação do resultado de sua ação, antes de realizar a atividade; e a intencionalidade significa que o trabalho é teleologicamente direcionado, ou seja, se realiza a partir de uma finalidade pré-estabelecida pelo homem (NETTO; BRAZ, 2012). Como resumem os autores:

a realização do trabalho só se dá quando essa prefiguração ideal se objetiva, isto é, quando a matéria natural, pela ação material do sujeito, é transformada (NETTO; BRAZ, 2012, P. 44).

O processo de trabalho é composto, então, por três elementos: a atividade orientada para uma finalidade previamente definida; os meios de trabalho, que fazem a mediação entre o homem e o objeto de trabalho; e o objeto que sofrerá a ação propriamente dita, seja ele retirado da natureza sem qualquer trabalho prévio ou matéria-prima. O encerramento deste processo se dá através do produto do trabalho, que é o material natural transformado conforme a necessidade humana e que agora passa a ter valor de uso pela incorporação do trabalho humano ao objeto (MARX, 2013).

Outra característica do trabalho é o fato deste ser uma atividade coletiva, realizado sempre em um conjunto de indivíduos de formas de organização mais ou

menos complexas. Esta forma de ação coletiva permitiu à espécie humana a evolução da linguagem, das relações e da organização através da divisão de tarefas – são estas relações desenvolvidas em decorrência do trabalho que iniciaram a organização social e foram o marco inicial da construção da sociedade (BRAVERMAN, 1981; NETTO; BRAZ, 2012).

[...] o trabalho, tal como viemos caracterizando até aqui, só deve ser pensado como atividade exercida exclusivamente por homens, membros de uma sociedade, atividade através da qual – transformando formas naturais em produtos que satisfazem necessidades – se cria a riqueza social; estamos afirmando mais: que o trabalho não é apenas uma atividade específica de homens em sociedade, mas é, também e ainda, o processo histórico pelo qual surgiu o ser desses homens, o **ser social**. Em poucas palavras, **estamos afirmando que foi através do trabalho que a humanidade se constituiu como tal** (NETTO; BRAZ, 2012, P. 46, grifos do autor).

O que definimos por sociedade são os modos de existir do ser social: um conjunto de pessoas em constante interação e inseridas em um sistema de relações com a natureza e entre si. Ao longo dos séculos as formas de produção e reprodução da vida se alteraram, mas independente delas, a reprodução da sociedade depende da existência da natureza e da mediação homem-natureza (BRAVERMAN, 1981; NETTO; BRAZ, 2012).

O trabalho permitiu a atuação sobre a natureza para produzir as condições de existência, criando novas condições de vida e novas necessidades cada vez mais complexas, ultrapassando os limites determinados pela natureza e pelo desenvolvimento das possibilidades até então. A isso se chama de processo de produção de humanidade:

O trabalho que ultrapassa a mera atividade instintiva é assim a força que criou a espécie humana e a força pela qual a humanidade criou o mundo como conhecemos (BRAVERMAN, 1981, p. 53).

Com o desenvolvimento do ser social e das relações decorrentes desta evolução, as determinações naturais, apesar de continuarem a existir, passaram a ter cada vez menos impacto sobre a vida humana. E conforme maior a evolução do ser social, maior o distanciamento da sociedade da natureza e maior o seu desenvolvimento através de relações mais complexas entre os homens (BRAVERMAN, 1981, NETTO; BRAZ, 2012).

A natureza do processo de trabalho não depende do modo de produção vigente em uma sociedade, de forma que é comum a todas as formas de organização social.

[...] o trabalho é, assim, uma condição de existência do homem, independente de todas as formas sociais, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana (MARX, 2013, p. 120).

O conjunto das forças produtivas e das relações sociais de produção compõe o modo de produção. Atualmente o capitalismo é o modo de produção dominante e, mesmo que o trabalho ocorra sob tal modo de produção, a sua natureza não é alterada. No entanto, nesta forma de organização social o trabalho se torna uma mercadoria como outra qualquer, disponível para compra por aqueles que detêm os meios de produção para exploração do homem pelo homem. As relações de trabalho passam a ser subordinadas ao regime privado dos meios de produção, cuja posição no processo produtivo determina a classe social a qual o indivíduo pertence. A propriedade privada é, então, a raiz das classes sociais e de seus interesses antagônicos (BRAVERMAN, 1981; MARX, 2013; NETTO; BRAZ, 2012).

Em uma sociedade capitalista, trabalho e capital são os polos opostos desta estrutura. Em decorrência do processo de compra e venda da força de trabalho por aqueles que não detêm os meios de produção, criaram-se as classes sociais opostas que dominam a conformação social. A classe trabalhadora, que vende a sua força de trabalho, é utilizada para a acumulação de capital da classe dominante, através de uma relação de dominação e exploração (BRAVERMAN, 1981; NETTO; BRAZ, 2012).

Inserido neste modo de produção, as possibilidades do gênero humano no que se refere à produção da vida material não se efetivam para todos os indivíduos. Todos têm possibilidades humanas de se desenvolver e se apropriar do que foi produzido até então, no entanto, a realização depende das condições sociais que, no capitalismo, não são as mesmas para todos os grupos humanos (NETTO; BRAZ, 2012).

O desemprego, para o capitalismo, é uma parte necessária da estrutura social para manter trabalhadores disponíveis para serem alocados no processo de produção. Este grupo, chamado de exército industrial de reserva, permite que a

classe burguesa pressione o salário da classe trabalhadora a níveis mínimos, uma vez que há sempre uma parcela da população pronta para assumir esta posição a qualquer momento. A disponibilidade deste exército de reserva permite ainda a intensificação da exploração do trabalho, submetendo a classe trabalhadora a condições precárias e instáveis. A população que compõe o exército industrial de reserva se divide em três grupos: flutuante, latente e estagnaria. Esta categorização se dá por se tratar de um grupo heterogêneo, mas que têm como característica comum a disponibilidade para o capital (BRAVERMAN, 1981; MARX, 20013).

A camada flutuante do exército industrial de reserva diz respeito aos trabalhadores que alternam entre funções e empregadores, contratados ou dispensados pelo movimento do capital. Por vezes se mantêm desempregados, principalmente pelo avanço tecnológico que diminui as funções antes ocupadas por estes indivíduos. A camada latente do exército de reserva se refere aos trabalhadores rurais que, na ocasião da liberação do trabalho vivo pela tecnologia agrícola, não encontram o mesmo movimento de absorção dos trabalhadores industriais dos grandes centros. Já a população estagnária é composta pelos indivíduos empregados de forma irregular ou marginal, misturando-se com a população em condição de pauperismo (BRAVERMAN, 1981).

O pauperismo é composto, então, pelos indivíduos considerados inválidos para o trabalho e que se encontram às margens do processo produtivo ou em condições de trabalho precarizadas, sendo

[...] o sedimento inferior que obtém emprego apenas por vez ou outra, esporadicamente, e no auge da “prosperidade” [do capitalismo]. E, ainda, quanto maiores essa camada de lázaros da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior, usando-se a terminologia oficial, o pauperismo (MARX apud BRAVERMAN, 1981, p. 338).

Na sociedade moderna esta parcela da população têm ocupado diferentes posições além do desemprego propriamente dito, como aqueles que são temporariamente empregados, os trabalhadores em tempo parcial, os trabalhadores domésticos, as donas de casa, os imigrantes, entre outras configurações de trabalho que surgiram com a evolução das políticas neoliberais (TRINDADE, 2017).

Atualmente o modo de produção capitalista se encontra em uma fase de acumulação flexível e de reestruturação produtiva, onde os processos de trabalho foram flexibilizados e a produção é vinculada à demanda. Uma das características

principais desta fase, no que se relaciona ao trabalho, é busca pela eficiência e eliminação do tempo morto durante o processo de produção, o que intensifica a exploração. Isso reflete nas formas de contratação dos trabalhadores, cuja tendência é a redução da jornada para períodos parciais, diminuindo a estabilidade e a segurança da classe trabalhadora (NETTO; BRAZ, 2012).

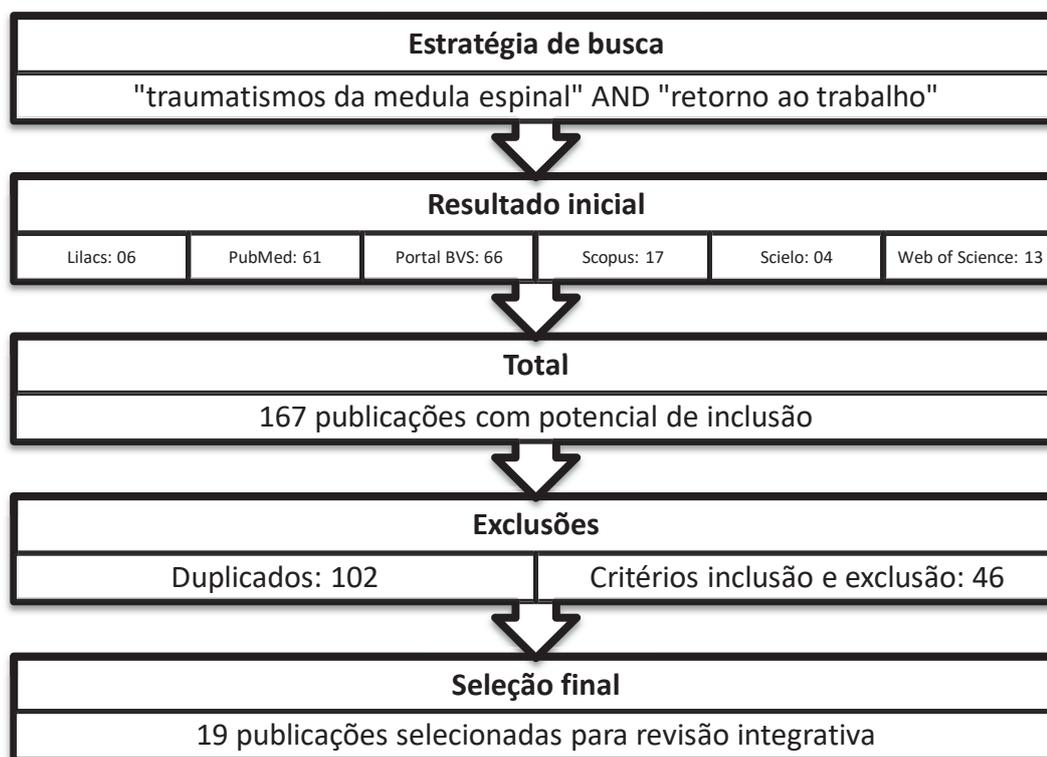
A crescente incorporação de novas tecnologias no processo de produção diminuiu consideravelmente a demanda de trabalho vivo. Apesar de este avanço tecnológico ter um potencial de libertação do trabalho humano, observa-se ao mesmo tempo a possibilidade de destruição da força de trabalho, inclusive pelo desemprego. Com isso há a necessidade de trabalhadores cada vez mais qualificados e multifuncionais, aumentando ainda mais a dificuldade de inserção no processo produtivo pela população que não possui tais características (NETTO; BRAZ, 2012).

2.3 RETORNO AO TRABALHO APÓS A LESÃO MEDULAR

Este tópico foi desenvolvido a partir de uma revisão bibliográfica integrativa, sobre o retorno ao trabalho após a lesão medular, afim de sintetizar a produção científica acerca deste tema (Figura 1). Realizou-se busca nas seguintes bases de dados: Lilacs, PubMed, Portal BVS, Scopus, Scielo e Web of Science, utilizando uma combinação dos Descritores em Saúde “traumatismos da medula espinal” e “retorno ao trabalho” nos idiomas português e inglês. A avaliação de elegibilidade foi realizada através da leitura criteriosa do título, resumo e palavras-chave, considerando os critérios de inclusão pré-estabelecidos. São eles: publicações disponíveis em português, inglês ou espanhol; que abordassem a questão do retorno ao trabalho após a lesão medular, independente do tempo e intervenções realizadas; com nível de evidência científica variando de 1 a 4, ou seja: meta-análises de múltiplos ensaios clínicos randomizados e controlados, estudos experimentais e evidências de estudos descritivos ou com abordagem qualitativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Como critérios de exclusão, adotou-se: nível fraco de evidência científica, ou seja, estudos de caso ou relatos de experiência, bem como evidências baseadas em opiniões de especialistas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010); artigos que relatam adaptação e validação de instrumentos de pesquisa; publicações anteriores ao ano de 2010; que não contemplavam o tema

proposto; publicações com acesso restrito ao conteúdo na íntegra. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obteve-se um total de 19 artigos na seleção final para a revisão integrativa de literatura.

FIGURA 1 – PERCURSO DE SELEÇÃO DAS PUBLICAÇÕES PARA A REVISÃO INTEGRATIVA



FONTE: O autor (2021).

Observou-se predomínio de publicações internacionais e de estudos de coorte. As publicações selecionadas para a revisão integrativa foram agrupadas por paridade de conteúdo, estabelecendo as categorias de discussão, apresentada na sequência. A Tabela 1 apresenta uma síntese das publicações selecionadas.

TABELA 1 – APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Autores	País	Ano	Objetivos	Metodologia
Análise dos acidentes motociclísticos no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER)	Jácomo; Garcia	Brasil	2011	Identificar o perfil dos pacientes vítimas de acidentes de tráfego com motocicletas no CRER, tipo de lesão, incapacidade s e	Descritivo

				reinserção laboral.	
Analysis of functional status, quality of life and community integration in earthquake survivors with spinal cord injury at hospital discharge and one-year follow-up in the community	Xiarong et al	China	2012	Comparar o estado funcional, a qualidade de vida e integração na comunidade em sobreviventes do terremoto em Schiuan com lesão medular.	Coorte prospectivo
Early access to vocational rehabilitation for patients with spinal cord injury: a qualitative study of staff perceptions	Johnston et al	Austrália	2016	Explorar as opiniões e percepções dos profissionais de saúde em relação à intervenção de reabilitação vocacional precoce a pacientes com lesão medular.	Qualitativo
Effectiveness of supported employment for veterans with spinal cord injury: 2-year results	Ottomanelli ; Barnett; Goetz	EUA	2014	Examinar se o emprego apoiado é mais eficaz que o tratamento usual no retorno ao trabalho após a lesão medular.	Coorte prospectivo
Facilitators and barriers to employment among veterans with spinal cord injury receiving 12 months of evidence-based supported employment services	Cotner et al	EUA	2015	Determinar como os facilitadores e barreiras diferem para os participantes de um programa de reabilitação vocacional.	Caso controle + qualitativo
Geographic variation in participation for physically disabled adults: the contribution of area economic	Botticello; Chen; Tulsy	EUA	2013	Explorar o papel das diferenças econômicas entre áreas geográficas	Coorte prospectivo

factors to employment after spinal cord injury				no emprego de adultos com lesão da medula espinhal.	
Key demands and characteristics of occupations performed by individuals with spinal cord injury living in Switzerland	Nutzi et al	Suíça	2017	Determinar as principais características e demandas das ocupações desempenhadas por pessoas com lesão medular.	Descritivo + qualitativo
Longitudinal employment outcomes of an early intervention vocational rehabilitation service for people admitted to rehabilitation with a traumatic spinal cord injury	Hilton et al	Austrália	2017	Explorar os resultados em pessoas que receberam intervenção precoce de reabilitação e os resultados do emprego a longo prazo.	Coorte prospectivo
Occurrence and predictors of employment after traumatic spinal cord injury: the GISEM Study	Franchesc hinni et al	Itália	2012	Avaliar a ocorrência e os preditores de retorno ao trabalho após a lesão medular traumática.	Coorte prospectivo-multicêntrico
Predictors of return to work 5 years after discharge for wheelchair-dependent individuals with spinal cord injury	Ferdiana et al	Holanda	2014	Examinar a situação de emprego e os preditores de retorno ao trabalho após 5 anos da alta hospitalar por lesão medular.	Coorte prospectivo
Quais pessoas com paraplegia traumática voltam a trabalhar?	Calliga; Porto	Brasil	2019	Investigar os fatores que interferem no retorno ao trabalho em indivíduos com paraplegia traumática e caracterizar o trabalho posterior à	Descritivo

				lesão.	
Return to work after spinal cord injury: factors related to time to first job	Ramakrishnan et al	Malásia	2011	Investigar os fatores relacionados ao período de tempo entre a lesão medular e o primeiro emprego pós-lesão.	Transversal
Return to work and productive activities following a spinal cord injury: the role of income and insurance	Phillips; Hunsaker; Florence	EUA	2012	Examinar os fatores que afetam o retorno às atividades produtivas e o tempo decorrido após a lesão medular.	Coorte prospectivo
Return to work and school: a model mentoring program for youth and young adults with spinal cord injury	Shem et al	EUA	2011	Avaliar os resultados do acesso ao ensino e oportunidades de emprego após um programa de mentoria.	Coorte prospectivo
Return-to-work intentions during spinal cord injury rehabilitation: an audit of employment outcomes	Kenedy; Hasson	Inglaterra	2016	Analisar as intenções de retorno ao trabalho durante a reabilitação da lesão medular.	Coorte retrospectivo
Socioeconomic outcomes following spinal cord injury and the role of no-fault compensation: longitudinal study	Paul et al	Nova Zelândia	2013	Estimar os resultados socioeconômicos e de trabalho depois de 2 anos da lesão medular, comparando os indivíduos que receberam indenização e os que não receberam.	Coorte prospectivo
Understanding Decisions About Work After Spinal Cord	Fadyl; McPherson	Nova Zelândia	2010	Identificar os fatores que influenciaram as decisões sobre se e	Qualitativo

Injury				quando retornar ao trabalho após a lesão medular.	
Vocational rehabilitation in spinal cord injury: what vocational service activities are associated with employment program outcome?	Ottomanelli et al	EUA	2015	Determinar quais os tipos de intervenções vocacionais seriam preditivas para o emprego competitivo.	Coorte prospectivo
Work and wellbeing-related consequences of different return-to-work pathways of persons with spinal cord injury living in Switzerland	Trezzini; Schwegler; Reinhardt	Suíça	2018	Investigar as consequências relacionadas ao trabalho e ao bem estar em diferentes vias de retorno ao trabalho após a lesão medular.	Analítico observacional

FONTE: O autor (2021).

2.3.1 Fatores preditivos e barreiras para o retorno ao trabalho e as ocupações mais frequentes

Sofrer uma lesão medular é um evento que impacta e modifica a vida em muitas áreas, principalmente no emprego e na participação social (JONHSTON et al., 2016). Após a ocorrência da lesão medular as taxas de emprego diminuem drasticamente entre a população acometida (NUTZI et al., 2017). O retorno ao trabalho, após a lesão medular, é um campo de preocupação crescente, visto que a taxa média de emprego destes indivíduos não teve alterações importantes ao longo dos anos (OTTOMANELLI; BARNETT; GOETZ, 2014).

O tratamento médico e de reabilitação para a lesão medular evoluiu muito nas últimas décadas, mudando a prioridade da abordagem das condições agudas para um enfoque integral, garantindo o bem-estar global. Com a diminuição da morbimortalidade e aumento da expectativa de vida após a lesão medular, considerar o retorno aos papéis ocupacionais anteriores é de extrema importância (SHEM et al., 2011).

Retornar ao trabalho após a lesão medular é uma conquista importante, inclusive sendo considerado um marco de sucesso do programa de reabilitação. (HILTON et al., 2017; NUTZI et al., 2017). Além da questão financeira, aqueles que continuam a trabalhar depois da lesão apresentam maior integração social, referem melhor qualidade de vida e possuem menor risco de mortalidade (FERDIANA et al., 2014). No entanto, a adaptação a uma deficiência adquirida na idade adulta é um processo longo e individual, fazendo com que a probabilidade de alcançar um emprego não seja uniforme. (BOTTICELLO; CHEN; TULSKY, 2013; FRANCESCHINI et al., 2012; XIARONG et al., 2012).

As taxas de retorno ao trabalho variam muito nos diferentes países, sendo que em locais como os Estados Unidos e Austrália em média 30% a 45% dos indivíduos estão empregados após 5 anos da lesão. Países menos desenvolvidos apresentam índices ainda menores (HUNSAKER; FLORENCE, 2012; JOHNSTON et al., 2016). O trabalho constitui um processo fundamental na determinação da condição de vida e saúde, sendo que possuir um emprego é um determinante social documentado da saúde das pessoas com deficiência, associando-se a uma maior expectativa de vida. Embora as políticas públicas busquem garantir o acesso a um trabalho e as pesquisas científicas se dediquem a diminuir as barreiras, essa população segue com uma baixa participação no mercado de trabalho (BOTTICELLO; CHEN; TULSKY, 2013).

Diversos facilitadores e barreiras estão relacionados à aquisição de um emprego após a lesão medular. Estudos sugerem que os preditores incluem características individuais, como ser do sexo masculino e mais jovem na época da lesão, ter um nível educacional mais elevado, ter alguma experiência de trabalho anterior à lesão, ter mais anos de vida desde a lesão medular, a ausência de depressão e acesso a um programa de reabilitação vocacional são considerados os principais fatores relacionados do retorno ao trabalho (COTNER et al., 2015; KENEDY; HASSON, 2016; XIARONG et al., 2012).

Assim como para a população em geral, a taxa de desemprego para quem possui lesão medular é influenciada por características sociodemográficas (como a idade, sexo e nível de escolaridade). Somado à isso, fatores relacionados à lesão, como a sua gravidade e o nível de independência também tem influência na possibilidade de obter um emprego (NUTZI et al., 2017). Aquelas com quadro mais grave têm menores chances de serem empregados em comparação às pessoas

com comprometimento menor e com maior autonomia para as atividades básicas e para locomoção (BOTTICELLO; CHEN; TULSKY, 2013).

A relação entre os fatores socioeconômicos e as áreas geográficas demonstra que as vantagens socioeconômicas implicam em maior probabilidade de conseguir um emprego após a lesão medular. Viver em áreas urbanas bem desenvolvidas possibilita maior acesso a serviços de saúde, incluindo a reabilitação vocacional, além de que tais regiões possuem melhores níveis de empregabilidade (BOTTICELLO; CHEN; TULSKY, 2013). Deve-se considerar que há maior disponibilidade de empregos que são menos exigentes fisicamente nos centros urbanos em comparação com regiões periféricas e rurais (FADYL; MCPHERSON, 2010). Adultos com níveis de escolaridade mais baixos possuem menores oportunidades de emprego, o que é agravado no caso de uma deficiência física, tornando o processo de aquisição de um trabalho formal ainda mais complexo (BOTTICELLO; CHEN; TULSKY, 2013). Aqueles com maiores níveis de educação possuem maior facilidade de retornar ao trabalho pois as ocupações anteriores à lesão, em geral, exigiam aptidões intelectuais em detrimento do físico (FRANCESCHINI et al., 2012). Além disso, a possibilidade de retornar à mesma função pré-lesão é um facilitador considerável pois a necessidade de mudança de atividade laboral geralmente resulta em mais tempo para a recolocação no mercado de trabalho por exigir novas qualificações profissionais (FADYL; MCPHERSON, 2010; KENEDY; HASSON, 2016).

Ter contato, durante o período de reabilitação, com pessoas com o mesmo diagnóstico e que retornaram às suas atividades anteriores, somados ao apoio psicológico para adaptação à nova condição física, também são relatados como fatores capazes de influenciar na decisão de procurar e assumir um emprego após a lesão medular (FADYL; MCPHERSON, 2010).

Em contrapartida, as limitações estruturais e a falta de acessibilidade nos espaços públicos e nos locais de trabalho, são os fatores mais citados quando se consideram as barreiras para retornar ao emprego. As dificuldades arquitetônicas encontradas no transporte público e a dificuldade na aquisição de um veículo adaptado também são aspectos considerados como desencorajadores na busca de um trabalho a ser realizado fora do domicílio. Aqueles indivíduos que, após a lesão medular, possuem capacidade de locomoção em cadeira de rodas, sem necessidade de auxílio de outras pessoas, e habilidade para dirigir um veículo

adaptado, têm maiores oportunidades de emprego (COTNER et al., 2015; KENEDY; HASSON, 2016; FRANCESCHINI et al., 2012). A falta de acessibilidade nos espaços públicos e no transporte também limita o acesso à educação, dificultando o aumento da escolaridade – o que poderia proporcionar melhores oportunidades de emprego (CALLIGA; PORTO, 2019).

O comprometimento físico e as complicações crônicas decorrentes da lesão medular (como os problemas urinários, respiratórios, uso de sondas e a tendência às úlceras de pressão) são, também, considerados como dificuldades no processo de aquisição de um trabalho, principalmente porque uma condição de saúde mais frágil está relacionada a períodos de afastamento do emprego para consultas e hospitalizações (COTNER et al., 2015; XIARONG et al., 2012). A dor crônica e os sintomas depressivos ocasionam redução na qualidade de vida e na participação, refletindo na intenção reduzida para desempenhar uma atividade produtiva (XIARONG et al., 2012).

As dificuldades de encontrar um emprego condizente à capacidade para o trabalho, a capacidade funcional reduzida por lesões mais altas, o tempo de busca por um trabalho e as negativas recebidas interferem de forma importante. O preconceito por parte dos empregadores em contratar pessoas com deficiência física, por acharem que a função não será bem realizada, também desestimula o retorno ao trabalho (COTNER et al., 2015; FRANCESCHINI et al., 2012; KENEDY; HASSON, 2016).

Determinadas funções podem ser mais ou menos adequadas para a população com lesão medular, o que auxilia na orientação dos programas de reabilitação para treino de habilidades físicas e cognitivas específicas e no estabelecimento de metas adequadas conforme as características e capacidades individuais. No entanto, é necessário considerar que, em muitos casos, a função exercida após a lesão medular pode corresponder apenas às oportunidades existentes devido às limitações, sem corresponder necessariamente aos interesses ocupacionais originais ou à formação profissional (NUTZI et al., 2017; RAMAKRISHNAN et al., 2011).

Ao comparar o emprego pré e pós-lesão medular, observa-se que as ocupações exercidas posteriormente à lesão são aquelas com menores requisitos físicos e que exigem maior qualificação profissional como, por exemplo, cargos administrativos, de gestão e funções acadêmicas, provavelmente porque tais postos

de trabalho podem ser adaptados mais facilmente à nova condição física. Os cargos menos frequentes são, naturalmente, aqueles com maior exigência física, como os de prestação de serviços e vendas (FERDIANA et al., 2014; NUTZI et al., 2017; TREZZINI; SCHWEGLER; REINHARDT, 2018).

Faz-se necessário ressaltar que muitos dos indivíduos que retornam ao trabalho após a lesão medular o fazem em jornadas inferiores ao padrão. Os principais motivos relatados para a diminuição da carga horária de trabalho são a dificuldade na execução de determinadas tarefas por um longo período e o risco de complicações clínicas. Trabalhar menos horas pode ser benéfico para evitar problemas de saúde, porém, tal redução está associada à diminuição salarial e menores possibilidades de crescimento na carreira (FERDIANA et al., 2014).

Retornar ao emprego pré-lesão seria o caminho ideal e preferível pois isso poderia acelerar o processo e aumentar as chances de sucesso na manutenção do trabalho, além de economizar tempo de qualificação para uma outra função e otimizar os recursos do paciente. Deve-se considerar, no entanto, se na função anterior, a acessibilidade e segurança são compatíveis com a nova realidade do indivíduo. Uma incompatibilidade pessoa-ocupação pode precipitar o abandono do mercado de trabalho (RAMAKRISHNAN et al., 2011; TREZZINI; SCHWEGLER; REINHARDT, 2018).

2.3.2 Abordagens terapêuticas para a recolocação profissional

As evidências científicas sugerem que os programas de reabilitação física devem abranger simultaneamente questões da reabilitação vocacional, garantindo evolução tanto nos aspectos físicos como na saúde funcional. Existem poucos dados científicos e estudos de intervenção para orientar a criação de programas que possam auxiliar na superação do baixo resultado de emprego após a lesão medular e otimizar a aquisição de um emprego competitivo, ou seja, um vínculo de trabalho com carga horária e remuneração compatíveis ao mercado (OTTOMANELLI; BARNETT; GOETZ, 2014; XIARONG et al., 2012).

Reabilitação vocacional é uma ampla terminologia que caracteriza uma série de intervenções cujo objetivo é a reinserção da pessoa no contingente da força de trabalho após uma deficiência. Entre as abordagens estão avaliação das habilidades, apoios e treinamentos necessários, assistência na colocação e

manutenção do emprego, supervisão e acompanhamento. Os protocolos de reabilitação vocacional geralmente se iniciam após a alta do programa de reabilitação física multidisciplinar, no momento em que o indivíduo retorna para a comunidade (JOHNSTON et al., 2016; OTTOMANELLI, 2015).

Não existe consenso na literatura sobre o momento adequado para discutir e iniciar o processo de retorno ao trabalho após um evento incapacitante tão grave como a lesão medular. Alguns autores sugerem que a abordagem precoce é indicada para motivar o indivíduo e fazê-lo visualizar a continuidade de suas funções sociais mesmo após a deficiência. Já outros afirmam que a resolução de questões psicológicas, o alcance do nível máximo de independência e o aumento da formação profissional – questões que podem demandar anos, no entanto – garantem maior sucesso (HILTON et al., 2017; JOHNSTON et al., 2016; REMAKRISHNAN et al., 2011).

A definição de uma abordagem precoce ou mais tardia deve ser considerada individualmente, ponderando o estado físico e psicológico de cada paciente. Além disso, a decisão deve considerar a avaliação da equipe de reabilitação, a percepção da família e do próprio paciente sobre as suas expectativas de obter um emprego. A intervenção precoce é relatada como um possível acelerador do processo de aquisição de um emprego após a lesão medular. O início dessas ações ainda no ambiente hospitalar/ambulatorial pode produzir um impacto psicológico positivo desde a fase inicial do tratamento, fazendo com que os pacientes visualizem novas oportunidades de vida e tenham maior envolvimento com o processo de reabilitação (JOHNSTON et al., 2016). Deve-se considerar que a abordagem precoce de aquisição de um trabalho pode conflitar com questões legais para fornecimento de benefícios assistenciais após a lesão. Independente do momento a ser iniciada, a abordagem de reabilitação vocacional é relatada como fator capaz de resgatar a motivação e a autoconfiança para um emprego, além de auxiliar na transição para o retorno à comunidade após a hospitalização (HILTON et al., 2017; JOHNSTON et al., 2016).

Outra intervenção descrita na literatura é o emprego apoiado, que consiste em ações de assessoria e acompanhamento por profissionais especializados, dentro e fora das instituições de trabalho, para garantir que a pessoa com deficiência encontre e mantenha um emprego formal. Programas tradicionais de recolocação profissional fazem, em geral, apenas o encaminhamento para uma possível vaga de

emprego no momento da alta do serviço de saúde (COTNER et al., 2015; OTTOMANELLI; BARNETT; GOETZ, 2014). Quando iniciada em até um ano após a lesão medular e vinculada ao serviço de reabilitação, a estratégia de emprego apoiado aumenta a probabilidade de obter um emprego competitivo, pois nesse período a motivação e a confiança são maiores que nos anos seguintes após a lesão. A comunicação entre equipe clínica, equipe de reabilitação profissional e as empresas também colabora no processo uma vez que os profissionais possuem mais experiência para abordar e solucionar com os empregadores questões relacionadas às limitações funcionais do indivíduo e identificar as barreiras que necessitam de resolução (COTNER et al., 2015; JOHNSTON et al., 2016; OTTOMANELLI; BARNETT; GOETZ, 2014).

2.3.3 Impacto dos benefícios assistenciais

A incapacidade física após a lesão medular representa, para a maioria das pessoas acometidas, dificuldade para continuar trabalhando, resultando na perda dos seus meios de subsistência e do sustento familiar. Esta diminuição da renda decorrente da perda do emprego causa alteração da condição socioeconômica, aumentando as desvantagens sociais e dificultando a manutenção dos custos de vida, incluindo aqueles gerados pela deficiência, como por exemplo as medicações, tratamentos e equipamentos que passam a ser necessários (PAUL et al., 2013).

Os benefícios previdenciários, assistenciais ou seguros privados buscam a manutenção da renda após a deficiência, compensando as perdas decorrentes da interrupção do trabalho e garantindo o custeio das despesas básicas. Países desenvolvidos fornecem, inclusive, benefícios para realizar adequações na moradia e no veículo próprio para garantir a acessibilidade. O recebimento de algum tipo de seguro ou benefício, que geralmente é dispensado durante o processo de reabilitação, pode ser determinante para o curso do tratamento e suas metas finais, que geralmente englobam o retorno ao emprego. Aqueles benefícios concedidos de forma vitalícia tendem a reduzir a probabilidade de voltar às atividades de trabalho ou estudo, isso porque a concessão será interrompida no caso de aptidão para o trabalho. Já aqueles com benefícios por um período determinado estão mais propensos a participar das atividades de reabilitação vocacional e buscar por uma vaga de emprego (PHILLIPS; HUNSAKER; FLORENCE, 2012; PAUL et al., 2013).

A análise sobre os impactos dos seguros e benefícios deve considerar o papel destes programas após a deficiência física permanente, pois na maioria dos casos a renda familiar é brutalmente afetada após a lesão medular devido à perda do trabalho. Mesmo que possam ser considerados como uma barreira para o retorno ao trabalho, é necessário levar em conta o papel dos benefícios enquanto fonte de renda nesse momento (COTNER et al., 2015; PHILLIPS; HUNSAKER; FLORENCE, 2012).

No Brasil, a taxa de retorno ao trabalho formal após a lesão medular é inexpressiva. Aqueles que retornaram o fizeram, em maioria, em atividades informais para garantir complemento à renda familiar e para evitar o cancelamento do benefício assistencial/previdenciário (CALLIGA; PORTO, 2019; JACOMO; GARCIA, 2011). É imprescindível considerar que a realidade do país difere em grande escala dos países do circuito central da economia mundial: a baixa escolaridade média da população, o elevado número de trabalhadores informais, as barreiras arquitetônicas e a inexistência de programas de reabilitação vocacional ofertados tanto pela previdência social como pelo sistema de saúde compromete a reintegração desses indivíduos ao mercado de trabalho (CALLIGA; PORTO, 2019).

2.4 LEGISLAÇÃO

Em um mercado de trabalho baseado na busca constante pela melhora dos índices de produtividade e na lucratividade, pessoas com deficiência são consideradas, pela maioria das empresas e empregadores, como menos produtivas ou incapazes. (TEIXEIRA; JUNIOR, 2019). A busca pela concretização da igualdade em um Estado Democrático de Direito e a evolução dos direitos relacionados aos grupos sociais historicamente excluídos resultou, ao longo das últimas décadas, em diferentes políticas públicas que buscam parâmetros de igualdade na vida social e nas relações de trabalho destas minorias, entre elas as pessoas com deficiência (BRASIL, 2013; TEIXEIRA; JUNIOR, 2019).

A Constituição Federal (CF), de 1988, é a legislação fundamental e suprema do Brasil. O artigo 7º relacionou os direitos dos trabalhadores, visando à melhoria da sua condição social (BRASIL, 1988). Tal artigo ampara as pessoas com deficiência ao assegurar a proibição de qualquer tipo de discriminação em relação ao salário e critérios de admissão do trabalhador com deficiência, além da:

§ XXX - proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil;

§ XXXI - proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência (BRASIL, 1988).

As ações afirmativas para a inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho acontecem no domínio público e privado (TEIXEIRA; JUNIOR, 2019). O artigo 37º da Constituição Federal dispõe sobre a administração pública, que obedece aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência. A regra prevista neste artigo foi regulamentada no âmbito federal pela Lei 8.112/1990 e pelo Decreto 3.298/1999, que garantem a reserva de um percentual de vagas para pessoas com deficiência em concursos públicos (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 1999).

Art. 5º § II: Às pessoas portadoras de deficiência é assegurado o direito de se inscrever em concurso público para provimento de cargo cujas atribuições sejam compatíveis com a deficiência de que são portadoras; para tais pessoas serão reservadas até 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas no concurso (BRASIL, 1990).

O regime jurídico dos servidores públicos também assegura ao servidor com deficiência a concessão de horário especial independente da compensação de horas (BRASIL, 1990).

Já no âmbito do setor privado, a Lei 8.213/1991 garante o preenchimento das vagas do quadro de funcionários com um percentual de trabalhadores com deficiência ou reabilitados, conforme o porte de cada empresa (BRASIL, 1991):

Art. 93 A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) 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 1000: 4%;

IV – de 1.001 em diante: 5% (BRASIL, 1991).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, oficializado através da Lei 13.146/2015, dispõe:

Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades

fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015).

O estatuto foi desenvolvido com base na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e trata de diversas ações a serem desenvolvidas por todos os setores sociais para a garantia da plena participação desta população (TEIXEIRA; JUNIOR, 2019). Além disso, garantiu um grande avanço nas questões relacionadas ao trabalho:

Art. 34. A pessoa com deficiência tem direito ao trabalho de sua livre escolha e aceitação, em ambiente acessível e inclusivo, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

§ 1º As pessoas jurídicas de direito público, privado ou de qualquer natureza são obrigadas a garantir ambientes de trabalho acessíveis e inclusivos.

§ 2º A pessoa com deficiência tem direito, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, a condições justas e favoráveis de trabalho, incluindo igual remuneração por trabalho de igual valor.

§ 3º É vedada restrição ao trabalho da pessoa com deficiência e qualquer discriminação em razão de sua condição, inclusive nas etapas de recrutamento, seleção, contratação, admissão, exames admissional e periódico, permanência no emprego, ascensão profissional e reabilitação profissional, bem como exigência de aptidão plena (BRASIL, 2015).

A Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho, realizada em Genebra em 1983, elaborou a Recomendação nº168/1983 que trata da reabilitação profissional e do emprego das pessoas com deficiência. Este documento ampliou o olhar sobre a reinserção no mercado de trabalho após uma deficiência, citando a reabilitação profissional como ação significativa para promover a empregabilidade. Além disso, o documento recomenda ações para a eliminação de barreiras físicas nos locais de trabalho, de formação profissional, no transporte coletivo e nos espaços públicos para garantir o acesso das pessoas com deficiência. Por fim, esta recomendação sugere o emprego em tempo parcial para favorecer a inclusão das pessoas que não possam, temporária ou definitivamente, assumir um cargo em período integral (OIT, 2006; TEIXEIRA; JUNIOR, 2019).

No país, o Estatuto da Pessoa com Deficiência e a Lei 8.213/1991 tratam da habilitação e da reabilitação profissional das pessoas com deficiência. O Estatuto define que:

Art. 36. O poder público deve implementar serviços e programas completos de habilitação profissional e de reabilitação profissional para que a pessoa com deficiência possa ingressar, continuar ou retornar ao campo do trabalho, respeitados sua livre escolha, sua vocação e seu interesse (BRASIL, 2015).

Já a lei 8.213/1991 dispõe sobre a reabilitação profissional, que deve fornecer os meios necessários para a participação da pessoa com deficiência no mercado de trabalho:

Art. 89. A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive.

Parágrafo único. A reabilitação profissional compreende:

- a) o fornecimento de aparelho de prótese, órtese e instrumentos de auxílio para locomoção quando a perda ou redução da capacidade funcional puder ser atenuada por seu uso e dos equipamentos necessários à habilitação e reabilitação social e profissional;
- b) a reparação ou a substituição dos aparelhos mencionados no inciso anterior, desgastados pelo uso normal ou por ocorrência estranha à vontade do beneficiário;
- c) o transporte do acidentado do trabalho, quando necessário (BRASIL, 1991).

Das alterações atuais da legislação trabalhista brasileira, a Reforma Trabalhista realizada pela Lei 13.467/2017 foi uma das mais importantes. A Reforma alterou diversos pontos estabelecidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, de 1943, trazendo prejuízos à classe trabalhadora e, em especial, aos trabalhadores com deficiência (BRASIL, 2017; TEIXEIRA; JUNIOR, 2019). Manteve-se o direito destes trabalhadores de contratação sem discriminação quanto ao salário e oportunidades, bem como o percentual de reserva de vagas. Porém as alterações no que diz respeito ao trabalho em regime de tempo parcial, do teletrabalho/acessibilidade inclusiva e do trabalho intermitente reforçam a precarização das condições de trabalho desta população quanto à remuneração e garantia de emprego estável (TEIXEIRA; JUNIOR, 2019).

Apesar da Reforma Trabalhista garantir o regime de tempo parcial de trabalho, a nova carga horária máxima e a possibilidade de extensão da jornada com horas extras estão em oposição ao objetivo inicial da lei. Ao ser proposto, o regime parcial buscava propiciar aos trabalhadores com deficiência a garantia de um período do dia para atividades de reabilitação, acompanhamento médico, maior tempo para o deslocamento, entre outras questões que, com a extensão da jornada, podem não ser mais viáveis (BRASIL, 2017; TEIXEIRA; JUNIOR, 2019).

Em relação ao teletrabalho, definido pela Reforma Trabalhista como:

Art. 75-B a prestação de serviço preponderantemente fora das dependências do empregador, com a utilização de tecnologias de informação e comunicação que, por sua natureza, não se constituam como trabalho externo (BRASIL, 2017),

podem ser analisados os benefícios e prejuízos na adoção desta modalidade de trabalho para as pessoas com deficiência. Para os trabalhadores com limitações físicas e dificuldades para locomoção, o trabalho em domicílio não os expõe às barreiras arquitetônicas nos espaços públicos e à falta de adequação do transporte público. No entanto, o teletrabalho pode dificultar a inclusão destes trabalhadores nos diferentes contextos sociais e a sua ampla participação enquanto cidadãos (BRASIL, 2017; TEIXEIRA; JUNIOR, 2019).

Sobre o trabalho intermitente:

Art. 43 §3º Considera-se como intermitente o contrato de trabalho no qual a prestação de serviços, com subordinação, não é contínua, ocorrendo com alternância de períodos de prestação de serviços e de inatividade, determinados em horas, dias ou meses, independentemente do tipo de atividade do empregado e do empregador, exceto para os aeronautas, regidos por legislação própria (BRASIL, 2017),

além de ser um retrocesso na garantia de emprego estável e remuneração adequada, expõe o trabalhador com deficiência à possibilidade de ser admitido nesta modalidade por um período de tempo irrisório como artifício para burlar a obrigação da reserva de vagas (BRASIL, 2017; TEIXEIRA; JUNIOR, 2019).

Apesar da notável evolução das políticas públicas e da proteção jurídica voltada a esta população, não se observa grandes avanços para superação da exclusão do trabalho ao longo dos últimos anos. Mesmo com o arcabouço legal para o entendimento de que o mercado de trabalho deve se adaptar às necessidades do trabalhador com deficiência, raramente se observam profissionais com deficiência ocupando postos de trabalho no setor público e privado (TEIXEIRA; JUNIOR, 2019).

2.5 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

O conceito de determinação social da saúde surgiu das correntes teóricas da medicina social latino-americana e da epidemiologia crítica, constituídas na década de 1970, e que fizeram um contraponto aos conceitos estabelecidos pela epidemiologia clássica sobre a causalidade das doenças (BREILH, 1991).

Baseada no modelo biomédico e no positivismo, a epidemiologia clássica faz correlações entre a saúde e fatores de proteção e de risco que, na em sua maioria, não estão conectados com o meio social. Com base nos campos de conhecimento da anatomia, fisiologia e patologia, tal ciência entende que a causa das doenças se dá no plano corporal, situando os fatores de risco para o adoecimento nos indivíduos ou nos elementos externos a ele. A abordagem principal deste modelo tradicional é definir os fatores de risco para o adoecimento, como, por exemplo, os estilos de vida, alimentação, genética, entre outros. A associação que a epidemiologia clássica faz refere-se apenas ao conjunto dos comportamentos individuais somados aos fatores isolados, sendo que tal causalidade, sustentada pela teoria dos fatores de risco, não associa as condições de saúde com a estrutura social e suas múltiplas determinações (BREILH, 1991, 2015). Desta forma, caracterizam-se os grupos mais vulneráveis ou com maior probabilidade de adoecimento sem considerar o contexto histórico e social daquele indivíduo ou população (BREILH, 2006).

Os riscos, causadores das doenças segundo a epidemiologia clássica, são intrínsecos ao modo de viver em uma sociedade capitalista. A insuficiência dos modelos uni e multicausais adotados pela vertente clássica para explicar os processos de adoecimento e para alterar os índices de saúde da população em geral demonstra a fragilidade da causalidade, colocando em cena a questão da determinação social do processo de saúde-doença. Considerar apenas tais fatores de risco, de acordo com a epidemiologia crítica, limita a compreensão do processo de saúde-doença a uma visão unilateral, sendo necessário analisar também os processos econômicos, sociais e culturais como determinantes para a saúde (BREILH, 2006; LAURELL, 1982).

A epidemiologia crítica se opõe ao modelo biomédico substituindo a causalidade pela determinação, e considerando o perfil epidemiológico para além das características individuais. A explicação do processo de saúde-doença não se dá a partir de causas isoladas, mas sim através da articulação dos modos de viver com os processos históricos. Ao utilizar como referencial teórico o pensamento social em saúde e o materialismo histórico dialético, além de considerar que os modos de produção e de reprodução social são processos conectados, a epidemiologia crítica afirma que as classes sociais e os seus modos de viver característicos determinam o processo de saúde-doença, as formas de adoecer e morrer. Ou seja, a saúde apresenta uma relação de dependência entre a vida

econômica, cultural e política, resultante de uma complexidade de processos que podem ser protetores ou destrutivos (BREILH, 1991, 2006; LAURELL, 1982).

Processos protetores da saúde são os quais beneficiam e dão suporte à vida humana; já os processos destrutivos dizem respeito aos eventos que causam a deterioração da vida, no plano individual ou coletivo. Conforme a sua historicidade e movimento social, os mesmos processos podem ser protetores ou destrutivos. Além disso, um mesmo processo pode gerar os dois efeitos concomitantemente, a depender de qual expressão terá maior significado sobre determinado perfil epidemiológico e sobre determinada formação social (BREILH, 2006).

A noção de perfil epidemiológico para a epidemiologia crítica ultrapassa a visão de características demográficas, ambientais e de morbidade, passando a considerar e associar o modo de produção e as formas de reprodução social com o perfil de saúde. Ele sintetiza o processo de determinação histórica e social, pois incorpora na análise o movimento da realidade, sua totalidade e expressões aos níveis singular e particular (BREILH, 2006, 2015).

A epidemiologia clássica se dedica a estudar a pessoa, o lugar e o tempo. Nesta compreensão, a totalidade é apenas a soma de partes fragmentadas, sem considerar as relações entre os diferentes processos e o movimento existente entre eles. Já para a epidemiologia crítica, não é possível realizar um diagnóstico em saúde sem considerar a estrutura da sociedade, os modos de viver daquele grupo, as condições particulares e singulares e seus efeitos sobre a vida, seu movimento e historicidade (BREILH, 1991, 2015).

A epidemiologia enquanto ciência tem um histórico de tendências associadas ao poder e às classes dominantes, sendo utilizada muitas vezes como ferramenta política e para obtenção de lucro. Os modelos convencionais de levantamento e análise dos dados podem ocultar razões maiores e não tão óbvias dos problemas de saúde (BREILH, 2015). Com o avanço da economia mundial e com o desenvolvimento tecnológico se esperava que as condições de vida e de saúde teriam um incremento automático. Entretanto, o que se verificou ao longo das últimas décadas é o inverso: os indicadores sociais e de saúde declinaram mesmo com crescentes gastos em saúde e adoção de novas tecnologias. Somado a isso, o acesso aos serviços de saúde também se manteve restrito, resultando em piores índices de morbidade. Essa percepção explicita a relação entre a saúde e a questão socioeconômica, evidenciando-se ainda mais o abismo existente nas sociedades de

classes uma vez que as desigualdades sociais refletem nas discrepâncias no acesso aos serviços de saúde (BREILH, 1991, 2006; LAURELL, 1982).

A epidemiologia crítica é a ciência que melhor compreende e explica o processo de saúde-doença como um processo social (LAURELL, 1982). A construção de evidências científicas a partir desta vertente possibilita não só criar políticas públicas e de saúde, mas também realizar uma reflexão sobre tais programas, superando o modelo linear e causalista da vertente tradicional. Uma das contribuições mais importantes desta teoria é de que a saúde individual está interligada à saúde coletiva e de que as causas das doenças não devem ser interpretadas como eventos estáticos que podem ser abstraídos. A epidemiologia crítica não desconsidera a determinação causal e os avanços conquistados pela epidemiologia clássica, mas compreende que as relações sociais são determinadas e que o adoecimento se dá no plano coletivo. A natureza social da doença não se observa nos eventos clínicos individuais, mas no modo característico de adoecer e morrer dos grupos humanos. Para se observar o caráter social da doença é necessário analisar a frequência de uma determinada condição de saúde nos diferentes grupos sociais em uma sociedade, em um mesmo momento. O que irá se perceber é a diferença com que cada classe social adoece, conforme a sua relação com os meios de produção e com os demais grupos. Os processos de adoecimento devem ser vistos, então, como parte integrante do movimento da vida e da sociedade em geral e, para compreendê-los, é preciso compreender as leis gerais do movimento social (BREILH 1991, 2015; LAURELL, 1982).

De acordo com a epidemiologia crítica, uma sociedade capitalista convive com a contradição de reconhecer no campo teórico o caráter social das doenças, porém sem interferir em tais questões em suas práticas em saúde para não responsabilizar a classe dominante e assumir que há uma determinação social da saúde. Os interesses da classe dominante se expressam como sendo a necessidade da sociedade como um todo, determinando inclusive os conceitos de saúde e doença. Em uma sociedade capitalista, o estado de morbidade se refere à incapacidade para o trabalho, centrando a doença no plano individual e retirando o caráter social dos processos de adoecimento. Embora a pobreza e a desigualdade social sejam condições limitantes para se alcançar a saúde, para o capital é indispensável que a força de trabalho esteja em condições de produzir mais-valia. Ou seja, o desgaste e o adoecimento não podem ser tão intensos ao ponto que os

trabalhadores não estejam mais disponíveis enquanto força de trabalho (BREILH, 1991, 2006; LAURELL, 1982).

O processo social da saúde-doença não se revela de imediato ao observar os processos biológicos individuais de adoecimento, fazendo-se necessário ultrapassar o método da epidemiologia e da medicina clássicas. A primeira alteração é reconhecer o caráter coletivo do processo de saúde-doença, o que faz alterar o objeto de estudo do indivíduo para a coletividade (BREILH, 2015; LAURELL, 1982).

"Para o processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente [...] isto é, o surgimento da doença (LAURELL, 1982, p. 18)."

O processo de saúde-doença do grupo adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo não bastam apenas os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. As diferenças nos perfis de morbidade ao longo do tempo são resultado das transformações sociais. Ou seja, em uma sociedade os indivíduos de uma mesma classe social apresentarão condições de saúde semelhantes, diferindo no perfil de adoecimento das outras classes, principalmente daquelas dominantes (LAURELL, 1982).

Cada modo de produção reflete na organização social e nas condições de existência dos indivíduos. Na perspectiva da epidemiologia crítica, define-se como domínio estrutural o modelo adotado para a formação social, ou seja, à forma como as forças produtivas se desenvolvem e como se dão as relações de produção. Em uma sociedade capitalista, cujo domínio estrutural define como característica principal a acumulação do capital e a distinção entre os detentores dos meios de produção e daquelas que só possuem a própria força de trabalho a ser explorada, formam-se as classes sociais. Então, com base nessa determinação estrutural é que se constroem e se apresentam as condições de vida e os modos de viver (BREILH, 1991, 2006).

O ambiente, onde a vida se reproduz, é um produto social. Os processos de produção, as relações sociais que se estabelecem e a distribuição dos bens materiais determinam as formas de reprodução da vida. A reprodução social diz respeito ao movimento de produção e consumo que permite a reprodução da vida,

de forma a demonstrar a dependência e relação entre os fatores econômicos, culturais, ambientais, políticos, etc. Tal processo de reprodução ocorre em condições específicas conforme a posição ocupada no modo de produção e, por isso, de forma característica em cada classe social (BREILH, 2006, 2015).

Não é apenas o desenvolvimento da medicina clínica que altera a incidência de determinadas doenças, mas também a formação social e o acesso aos serviços disponíveis. Este enfoque da determinação tem implicações profundas para as ciências da saúde, uma vez que a clínica médica e as abordagens curativas não tem ligação com o processo de adoecimento (LAURELL, 1982).

O estudo dos processos de saúde-doença e dos fenômenos epidemiológicos deve estar ligado às leis da produção e à totalidade do contexto social enquanto produto desta historicidade, compreendendo então as causas mais profundas do processo de adoecimento. A relação dialética entre o individual, o particular e o geral é o que determina os limites da atuação do indivíduo e o impacto dos processos protetores e destrutivos sobre a sua vida, de forma que devem ser estudados conforme os modos de viver em suas múltiplas determinações (BREILH, 1991; LAURELL, 1982).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo tem caráter observacional, analítico e transversal, com direcionamento do materialismo histórico dialético para análise dos resultados.

3.1.1 Materialismo histórico dialético

O materialismo histórico dialético propõe uma visão de totalidade acerca da realidade estudada, considerando o contexto social como dinâmico e mutável. É a historicidade e a transformação do cenário social que caracterizam a evolução das práticas sociais (GOMIDE, 2014). A pesquisa pautada neste método compreende a importância dos processos históricos no campo da política, economia e cultura, elaborando um processo de compreensão, análise e crítica do real para promover modificações na estrutura social observada (BARATA-MOURA, 1977; MARTINS, 2006).

O materialismo histórico dialético é o método de compreensão e interpretação da realidade, descrevendo a forma de organização da sociedade e as relações sociais existentes ao longo da história, fundamentado no processo real e histórico dos fenômenos sociais. O método visa explicar as leis fundamentais que determinam a forma de organização social, considerando que a realidade é um conjunto interligado de eventos determinados. Existe, portanto, uma relação dialética entre a totalidade e as suas partes, sendo que nenhum fenômeno pode ser compreendido de forma isolada ou sem considerar as suas múltiplas determinações (GOMIDE, 2014; MARTINS, 2006; PIRES, 1997).

A compreensão dos fenômenos em sua totalidade e historicidade se apoia na lógica entre a singularidade, particularidade e universalidade. É nessa relação que se demonstram os nexos de determinação entre tais dimensões. A análise dialética entre o singular, particular e geral permite a construção do conhecimento concreto, ou seja, uma compreensão elaborada do objeto e suas múltiplas determinações (MARTINS, 2006; PIRES, 1997).

O domínio individual está relacionado aos modos de viver dos indivíduos; o domínio particular diz respeito ao perfil dos grupos semelhantes, que é imposto

pelas condições estruturais; o domínio estrutural, por fim, se refere à forma de organização da sociedade e ao modo de produção vigente. É a complexa interação entre tais domínios que resulta na determinação dos processos que trazem consequências nos modos de vida (BREILH, 2006).

Utilizar o materialismo histórico dialético como método para a pesquisa científica pode ser considerada uma questão ético-política (MARTINS, 2006). O conhecimento é um instrumento de intervenção social, colocando-se a serviço da possibilidade de uma nova forma de organização social que rompe com as ideologias dominantes (MARTINS, 2006; PIRES, 1997).

Considerando o método do materialismo histórico dialético, então, não é possível compreender o cenário social e sua complexidade de políticas e estruturas sociais sem compreender a lógica do modelo de produção capitalista (GOMIDE, 2014).

A partir do detalhamento das condições singulares de existência é possível compreender os nexos de determinação com o modo particular de existência de trabalhadores com lesão medular, determinado por sua vez, pela estrutura produtiva da sociedade capitalista brasileira. O entendimento da exclusão das pessoas com deficiência do mundo do trabalho necessita de um resgate histórico, observando conflitos, interesses e ideologias que justifiquem o momento atual, superando uma investigação puramente descritiva.

3.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi realizada com os pacientes com diagnóstico de lesão medular em processo de reabilitação no Hospital de Reabilitação do Paraná.

O Hospital de Reabilitação do Paraná integra a rede de unidades próprias do estado, fazendo parte do Complexo Hospitalar do Trabalhador, sob administração da Secretaria da Saúde do Paraná (PARANÁ, 2019). Está localizado na cidade de Curitiba e realiza atendimentos exclusivamente via SUS, destinado a toda a população do estado através de acompanhamento multidisciplinar em regime de internação e ambulatorial, com objetivo principal de promover a reabilitação integral e a reintegração social dos usuários do sistema de saúde (PARANÁ, 2019). A escolha deste local para realização da pesquisa foi motivada por se tratar do local de

referência para reabilitação neurológica e ortopédica da rede de atenção do SUS no estado do Paraná.

Para compor a seleção dos participantes desta pesquisa foram selecionados os pacientes em acompanhamento no referido hospital devido ao diagnóstico de lesão medular e conforme os critérios de inclusão e exclusão desenvolvidos pela autora. São eles:

- Critérios de inclusão para a participação na pesquisa: estar em processo de reabilitação no hospital em regime ambulatorial; possuir diagnóstico de lesão medular ao nível paraplegia; estar em idade economicamente ativa (entre 18 e 65 anos); ser natural do Brasil.
- Critérios de exclusão: diagnóstico de lesão medular ao nível tetraplegia; ter idade inferior a 18 anos ou superior a 66 anos; não possuir autonomia ou condições cognitivas para participação na pesquisa; ser natural de outro país que não o Brasil.

A participação na pesquisa se deu de forma voluntária a partir de convites disponibilizados no referido hospital. Aqueles que aceitaram participar e que atendiam aos critérios de inclusão foram submetidos a uma entrevista com aplicação de um questionário semi-estruturado de autoria própria (APÊNDICE 1), contendo perguntas disparadoras para investigar os vínculos de trabalho anteriores à lesão medular e as possibilidades e perspectivas de retorno ao trabalho após a ocorrência da lesão. A escolha pela entrevista semiestruturada se justifica por esse método possibilitar que o entrevistador siga um roteiro com uma sequência lógica de questões ao mesmo tempo que permite ao entrevistado discorrer sobre o assunto sem se limitar apenas à questão formulada (MINAYO, 2008).

A amostra desta pesquisa foi inicialmente planejada para ser composta pelo princípio de saturação. Esta ferramenta, que é frequentemente utilizada em pesquisas na área da saúde, suspende a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos através da entrevista passam a apresentar repetição ou redundância. Neste momento, entrevistar novos sujeitos traria pouca contribuição à pesquisa e à análise dos dados posterior (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008). A amostragem conforme este princípio não foi atingido no desenvolvimento do estudo devido aos impactos da pandemia COVID-19 nos serviços ofertados pelo Hospital de Reabilitação do Paraná. Com o avanço da epidemia, o hospital se tornou

referência para o atendimento dos casos de coronavírus, interrompendo os demais atendimentos ambulatoriais durante o segundo e terceiro trimestre de 2020. Esta interrupção atrasou o início da etapa de coleta de dados, necessitando readequar o cronograma de pesquisa. Mesmo com o retorno das consultas eletivas a partir de outubro/2020, a quantidade de pacientes atendidos foi restringida para evitar a elevada circulação de pessoas pelo serviço. Além disso, muitos dos pacientes não compareceram aos atendimentos para evitar o risco de contaminação. Desta forma, a composição da amostra foi impactada pela redução do número de consultas realizadas aos potenciais participantes.

As entrevistas foram gravadas no momento da sua realização e posteriormente transcritas, para então proceder com a análise dos resultados de acordo com o referencial teórico utilizado para o desenvolvimento deste estudo. Para a transcrição das entrevistas e sumarização utilizou-se o software Word e, para a tabulação dos dados e caracterização da amostra, foi utilizado o software Excel.

A etapa de análise dos dados é fundamental na realização de uma pesquisa pois é a partir dela que é possível aprofundar o conhecimento acerca da questão investigada (IBIAPINA, 2008). Os dados obtidos através da realização das entrevistas semi-estruturadas foram analisados através da técnica de análise de conteúdo/análise temática para elencar as categorias dos discursos que tenham maior relevância para a pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; MINAYO, 2008).

Análise de conteúdo é um procedimento de pesquisa elaborado a partir de um conjunto de técnicas de análise que utiliza etapas sistematizadas para descrição do conteúdo das mensagens selecionadas para apreciação. Entre as técnicas de análise de conteúdo está a análise temática, que consiste em elencar os núcleos de sentido que compõem os documentos analisados, cuja frequência de aparição tem relevância para a pesquisa (BARDIN, 1977).

Com a definição das categorias de análise, procedeu-se com a discussão destas com a literatura sob a ótica do materialismo histórico-dialético, buscando compreender o processo histórico de exclusão das pessoas com lesão medular dos espaços de trabalho e os seus nexos de determinação.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (CAAE SCS/UFPR: 30582720.2.0000.0102 N° parecer: 4.075.656) e pelo Comitê de Ética do Complexo Hospitalar do Trabalhador (CAAE HT/SESA-PR: 30582720.2.3001.5225 N° parecer: 4.238.996), sendo elaborado e realizado conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Todas as participações se deram de forma voluntária e todos os entrevistados receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2) no momento inicial da entrevista, garantindo os aspectos éticos da realização de pesquisas com seres humanos.

Conforme descrito no TCLE, os arquivos digitais das entrevistas e os questionários impressos serão destruídos e descartados após dois anos do término da pesquisa.

4 RESULTADOS

No período compreendido entre outubro/2020 e fevereiro/2021 foram realizadas 09 entrevistas para coleta de dados no Hospital de Reabilitação do Paraná, com a participação dos pacientes seguindo os critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra consta de nove entrevistados, todos do sexo masculino e com a média de idade de 31,1 anos. Conforme descrito na literatura, a lesão medular tem maior incidência entre homens adultos jovens. Em relação à escolaridade, o predomínio na amostra foi de trabalhadores com ensino médio completo.

Em relação à causa, em todos os entrevistados a lesão medular foi decorrente de eventos traumáticos, o que também corrobora os achados descritos na literatura (JACOMO; GARCIA, 2011) de que o trauma é a principal causa da LM. Em relação aos tipos de trauma, na amostra, houve igual incidência entre os acidentes de trabalho, acidentes de trânsito e vítimas de arma de fogo.

Sobre o tempo desde a lesão medular, a média foi de 19,8 meses transcorridos do evento até a data da realização da entrevista. Em relação ao tempo até o início da reabilitação após a lesão medular, a média foi de 42,7 dias, sendo o tempo mínimo de 15 dias e o tempo máximo de 120 dias.

No que diz respeito ao trabalho, todos os entrevistados possuíam um trabalho na ocasião da lesão medular. Sobre o vínculo empregatício, um terço da amostra possuía emprego formal e o restante, vínculos informais de trabalho. Observou-se que, nesta amostra, os participantes com maior nível de escolaridade possuíam vínculos formais de trabalho.

Com relação à concessão de benefícios assistenciais e previdenciários após a lesão medular, três dos entrevistados não recebiam nenhum destes auxílios no momento da entrevista. Dentre os que recebiam, observou-se o predomínio do auxílio doença, seguido pelo benefício de prestação continuada (BPC) e, por fim, da aposentadoria por invalidez.

A Tabela 2 apresenta uma compilação dos dados referentes aos participantes deste estudo.

TABELA 02 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Característica	N = 09	
Sexo		
Masculino	09	
Feminino	00	
Idade (em anos)		
		Média = 31,1 anos
18 - 20	01	
21 - 30	04	
31 - 40	02	
41 - 50	02	
51 - 65	00	
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	01	
Ensino fundamental completo	01	
Ensino médio incompleto	02	
Ensino médio completo	03	
Ensino superior	02	
Pós-graduação	00	
Tempo de início da reabilitação (em dias)		
		Média = 42,7 dias
0 - 30	05	
31 - 60	03	
61 - 90	00	
91 - 120	01	
Tempo desde a LM (em meses)		
		Média = 19,8 meses
0 - 12	03	
13 - 24	03	
25 - 36	02	
37 - 48	01	
Causa da LM		
Ferimento por arma de fogo	03	
Acidente de trabalho	03	

Acidente de trânsito	03
----------------------	----

Vínculo de trabalho na ocasião da LM

Autônomo	06
CLT	03

Benefício após LM

Não recebe	03
BPC	02
Auxílio doença	03
Aposentadoria por invalidez	01

Fonte de renda atual

Não possui	03
Benefício assistencial ou previdenciário	04
Benefício + renda extra	02
Trabalho formal	00

FONTE: O autor (2021).

O benefício por incapacidade temporária, conhecido popularmente como auxílio-doença, é pago pelo INSS aos trabalhadores que se tornam incapacitados para o trabalho, após um período superior a 15 dias consecutivos de afastamento, devido a uma doença ou acidente. Para estar apto a receber este benefício há uma carência de 12 meses de contribuição previdenciária, além da comprovação da situação de saúde através de perícia médica. O valor do benefício irá depender das contribuições realizadas anteriormente e a sua duração irá depender das reavaliações periódicas, sob a pena de cessação nos casos de recuperação da capacidade laboral. No caso da perícia médica indicar o caráter permanente da incapacidade, o auxílio-doença é encerrado e convertido em aposentadoria por invalidez (BRASIL, 1991).

A aposentadoria por invalidez é o benefício previdenciário concedido nos casos em que o indivíduo não pode mais exercer suas atividades laborais, contanto que tenha contribuído para a previdência por no mínimo 12 meses. A legislação concede isenção desta carência para determinadas condições de saúde, entre elas

a lesão medular. O valor é calculado conforme os salários e as contribuições prévias. No caso de retorno ao trabalho ou da recuperação da capacidade laboral o benefício é cessado, de forma imediata ou gradual, a depender do motivo do encerramento. A revisão pode ocorrer por solicitação do indivíduo ou através das perícias realizadas pelo INSS ao longo dos anos. Este benefício previdenciário adquire caráter permanente na ocasião em que o beneficiário completar 60 anos (BRASIL, 1991).

O BPC é um benefício assistencial previsto pela Constituição Federal/1988 que atende ao disposto no artigo 203:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:
I – a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
II – o amparo às crianças e adolescentes carentes;
III – a promoção da integração ao mercado de trabalho;
IV – a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Os requisitos para a concessão desse benefício são rigorosamente determinados: a idade superior a 65 anos ou a deficiência associados à necessidade financeira (renda familiar mensal per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo). Ou seja, é necessária a comprovação de que o indivíduo não possui condições de prover a sua subsistência nem de tê-la provida pelo núcleo familiar. Não é permitida a acumulação do BPC com outro benefício de qualquer natureza. O seu valor corresponde a um salário mínimo e a cada dois anos procede-se com uma revisão da necessidade para a continuidade da concessão (BRASIL, 1993).

Em relação à amostra deste estudo, sobre a fonte de renda após a lesão medular, para quatro dos participantes ela passou ser composta apenas pelo benefício recebido, seja ele previdenciário ou assistencial. Outros dois indivíduos da amostra possuíam um trabalho informal ou outros rendimentos (como aluguel de imóveis e automóveis) para complementar a renda. Tal achado vai ao encontro das evidências da literatura nacional (CALLIGA; PORTO, 2019), que afirmam que o emprego informal é um recurso amplamente adotado para aumento da renda após a deficiência física. Por fim, três participantes, os mesmos que não recebem nenhum benefício, não possuíam nenhuma fonte de renda desde a ocasião da LM.

Apenas um dos entrevistados realizava alguma atividade produtiva após a lesão medular, com vínculo informal de trabalho. Observou-se que a totalidade dos entrevistados demonstrava interesse em retornar ao trabalho, seja pela questão financeira como pela importância da atividade produtiva para a própria vida. Além disso, todos relataram que a concessão do benefício assistencial/previdenciário não era considerada como um motivo que os faria descartar a possibilidade de retorno ao trabalho.

4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE TEMÁTICA

A partir da técnica de análise de conteúdo/análise temática das narrativas dos entrevistados foram obtidas as seguintes categorias: acessibilidade, escolaridade, tempo decorrido após a lesão medular, preconceito e desconhecimento relacionados à lesão medular, remuneração abaixo da média e vínculos informais de trabalho. Tais categorias serão apresentadas e discutidas na sequência, enquanto resultado da pesquisa realizada.

4.1.1 Acessibilidade

A categoria acessibilidade esteve presente na maioria das entrevistas, sendo citada como um fator importante que limita o retorno independente às atividades anteriormente realizadas – não apenas o trabalho.

A acessibilidade diz respeito às possibilidades de acesso a lugares, serviços, produtos e informações sem qualquer limitação, garantindo a todos os indivíduos – independente de suas capacidades ou circunstâncias de vida - a independência (COTNER et al., 2015).

O trecho a seguir exemplifica as dificuldades percebidas no acesso nos diferentes ambientes, inclusive nas áreas próximas à residência, o que acaba por impactar todas as demais atividades:

“É bem difícil pela acessibilidade. Começa que as ruas não são boas, as pessoas não respeitam os pedestres normais, quem dirá um cadeirante. Quem está dirigindo não respeita os outros. Isso me coloca muito em risco. E também tem as calçadas, que são ruins, cheia de buracos e ondulações. Na minha rua mesmo não tem um acesso para cadeirante, não tem como nem sair de casa. Eu, que ainda não consigo subir esses degraus do meio fio, não

tenho condições de passar. E mesmo que eu conseguisse, as calçadas nessa condição péssima não deixam que eu toque a cadeira. Não tem como me virar bem. Mesmo as empresas, restaurantes, eu acho que não estão preparados para receber os cadeirantes. Pelo que vejo o acesso é bem complicado. Não sei se eles não arrumam porque não tem muito cadeirante que vai ou se é para nem ir mesmo. Sempre tem escada, banheiro pequeno, porta estreita. Praticamente nenhuma empresa tem condição de receber um cadeirante para trabalhar. [...] As vezes até tem uma porta que a cadeira passa, mas você não consegue fazer uma curva dentro do lugar. São esses detalhes que não tem. Antes de acontecer isso comigo eu realmente nem reparava nisso tudo, não ligava. Mas agora eu vejo realmente o que falta.” (Entrevistado 06)

Conforme descrito na literatura (CALLIGA; PORTO, 2019; COTNER et al., 2015; KENEDY; HASSON, 2016; FRANCESCHINI et al., 2012), a falta de acessibilidade nos espaços públicos e privados acaba por desencorajar o retorno ao trabalho, pois, além da necessidade de adaptação do posto de trabalho em si, encontram-se limitações arquitetônicas que dificultam a locomoção na comunidade, uso do transporte público e o acesso aos locais de trabalho. O trecho a seguir demonstra tais situações:

“Quando eu trabalhava registrado, meu último emprego foi de porteiro de um hospital. Olha que era um hospital, recebe todo o tipo de pessoas. Não tinha estrutura para um cadeirante. É cheio de degraus, escada, não teria a menor condição nem de chegar ao meu posto de trabalho. [...] Não sei se eu me adaptaria e nem se os lugares estão adaptados, infelizmente. A gente até escuta sobre vaga de trabalho para pessoas com deficiência, que os lugares são adaptados. Mas na vida real isso é uma grande mentira, você vê muito mais dificuldade do que qualquer coisa. As calçadas são irregulares, pode até ter aquela rampa, mas do que adianta isso em uma calçada toda quebrada e com uma árvore no meio? A elevação das rampas de vários lugares também não é adequada, dificulta muito subir ou descer. Tem muita coisa bem complicada. Tem lugares que nem com o carro adaptado você consegue ir sozinho. [...] Olha só, eu fui em uma concessionária para ver o carro para comprar e adaptar. O elevador estava quebrado, me fizeram dar uma volta grande e passar por uns obstáculos para entrar pela oficina que era atrás. Aí na prefeitura, que precisava ir pessoalmente resolver uma questão da minha casa, o elevador também estava quebrado. Não tinha outro acesso, tudo com escada, tive que voltar para casa. Na prefeitura, você imagina! Então mesmo que as pessoas falem de inclusão, colocam aquele desenho de acessibilidade mas não estão preparadas de verdade, não fazem manutenção. Também não tem a vivência, tipo essas rampas que são muito inclinadas.” (Entrevistado 05)

4.1.2 Escolaridade

Conforme descrito na literatura, a escolaridade é um dos principais preditores para o retorno ao trabalho (BOTTICELLO; CHEN; TULSKY, 2013; FADYL; MCPHERSON, 2010; FRANCESCHINI et al., 2012; KENEDY; HASSON, 2016).

Confirmando os achados da revisão de literatura, os participantes relataram que a baixa escolaridade é um fator de impacto negativo nas oportunidades de trabalho após a lesão medular. O trecho a seguir demonstra tal situação:

“Para a minha função anterior [técnico em manutenção] eu acredito que agora não vai ter como voltar, mas eu pretendo voltar. Se não for para a mesma, pode ser outra. Nesse outro cargo [no setor de orçamentos na mesma empresa] eu já tenho alguma experiência, fiz um curso na área também há algum tempo. [...] Estou aproveitando para estudar porque isso vai me dar mais oportunidades também.” (Entrevistado 02)

Considerando que sete dos nove entrevistados apresentam nível médio de formação ou inferior, além de desempenharem atividades laborais que dependiam da integridade e da força física, a qualificação profissional foi citada como etapa necessária para iniciar um novo emprego em uma nova área:

“Depois da lesão eu procurei focar na reabilitação mesmo, mas não foi fácil [ficar sem trabalhar]. Agora que eu estou analisando, pensando em alguma coisa que eu possa fazer. Estou com ideia de fazer algum curso, me especializar em alguma coisa para poder entrar em alguma firma. Eu ainda não sei bem o que, mas preciso procurar algum curso que realmente funcione. [...] Então estou pensando... Eu só tenho experiência com construção civil, mas agora sem chance de trabalhar com isso. E sem muito estudo fica tudo mais complicado.” (Entrevistado 04)

“Cheguei até a pesquisar [vagas de trabalho], mas como eu era pedreiro não tem como voltar. Preciso me qualificar para ter mais oportunidades.” (Entrevistado 07)

Para aqueles que possuíam nível de ensino superior, por desenvolverem um trabalho no qual predominavam as atividades intelectuais ou com pouca exigência de esforço físico, a possibilidade de retorno ao trabalho foi considerada mais acessível. Isto porque a facilidade de adaptação do posto de trabalho, que geralmente se resumia ao uso do computador, e a possibilidade de trabalhar no sistema *home office* foram citadas como facilitadores do processo de retorno. Como citam Franceschini et al. (2012), a escolaridade mais avançada geralmente reflete em ocupações cuja demanda principal é cognitiva. Na sequência, o trecho de uma das entrevistas exemplifica como a qualificação profissional pode facilitar o retorno ao trabalho:

“Com toda certeza eu quero voltar a trabalhar. A minha função anterior [analista de sistemas] acredito que permite que eu volte sem muitos

problemas, posso trabalhar com desenvolvimento, consultorias, inclusive posso fazer tudo isso de casa mesmo. Acho que não teria problema. A maioria das coisas eu já fazia no computador, que eu posso continuar fazendo mesmo depois da lesão.” (Entrevistado 08)

4.1.3 Tempo decorrido após a lesão medular

Conforme os achados na revisão de literatura (BOTTICELLO; CHEN; TULSKY, 2013; FRANCESCHINI et al., 2012; XIARONG et al., 2012), a adaptação à nova condição física é um processo individual e que não pode ser estimado um determinado período de tempo para que a independência funcional seja reestabelecida. Corroborando os achados, os entrevistados referem que no momento inicial após a LM a prioridade é a reabilitação e o alcance da independência nas atividades diárias, conforme o trecho a seguir:

“Um trabalho formal eu não penso em ter, principalmente por eu estar muito dependente ainda. Essa dependência é o mais difícil para fazer outras coisas, principalmente fora de casa. Eu preciso ter alguém comigo para me ajudar a passar o CAT [cateterismo], para me locomover às vezes por causa dos espasmos, etc. Não digo que vai ser para sempre assim, mas se eu começar a me virar melhor [com mais tempo de lesão e de tratamento] é capaz que eu possa voltar a trabalhar.” (Entrevistado 01)

Com o domínio das questões como transferências, uso independente do banheiro e mobilidade fora de casa é que a possibilidade de retorno ao trabalho passa a ser considerada:

“Já deu ano e nove meses, estou bem melhor. Nesse tempo da lesão, até agora, consegui ficar bem mais independente, estou mais adaptado. Talvez no primeiro ano eu não conseguisse trabalhar fora de casa por isso.” (Entrevistado 02)

“Agora que já passou mais tempo da minha lesão eu consigo pensar nisso [voltar ao trabalho], antes não. Sem me recuperar, comparado ao início logo depois do acidente, não teria como nem fazer essas coisas em casa. Eu tinha muita insegurança. Não é fácil sair do que eu era [independente] para ser cuidado. Eu fazia tudo, de uma hora para outra mudou. Não conseguia nem sentar sozinho. É como se eu tivesse nascido de novo, virado um bebê que precisa de cuidados. Fui passando por todas as fases, de ter ajuda para comer, tomar banho, depois ganhando força, confiança para fazer as coisas, mesmo que pequenas e dentro de casa. Isso de estar na sua casa dá uma segurança e aí você vê que pode ir voltando aos poucos ao que fazia antes.” (Entrevistado 05)

Nenhum dos entrevistados abordou a questão da reabilitação profissional ou outras abordagens voltadas à preparação e recolocação no mercado de trabalho, corroborando outros estudos nacionais sobre a inexistência das intervenções do Sistema de Saúde e da Previdência Social voltadas à reabilitação vocacional (CALLIGA; PORTO, 2019; JACOMO; GARCIA, 2011).

4.1.4 Preconceito e desconhecimento relacionados à lesão medular

Como descrito na literatura (COTNER et al., 2015; FRANCESCHINI et al., 2012; KENEDY; HASSON, 2016), o preconceito por parte dos empregadores é um fator considerável no processo de retorno ao trabalho, limitando as oportunidades e as possibilidades de contratações formais.

“Eu conversei com um conhecido meu que tem uma deficiência também, e nem passava pela minha cabeça, é o desprezo dos empresários e empregadores. São bem poucas vagas para as pessoas com deficiência. Ele, que é uma pessoa muito qualificada, tem pós-graduação e bastante experiência na área, só por causa da deficiência dele não consegue se recolocar. Eu me vi no lugar dele, sendo que ele está bem mais evoluído que eu e está tendo essa dificuldade. Eu me vi nesse lugar, principalmente pensando no trabalho. [...] Isso é uma coisa que tem que ser falada, porque é muito importante. São muitas pessoas nessa situação. [...] Para falar bem a verdade, para o patrão só serve quem está produzindo, dando dinheiro. Quando a pessoa para de gerar renda para o patrão, ela não presta mais. Não serve, tem que substituir. Ter uma empresa que se preocupa com você, que mantém os seus benefícios (plano de saúde, vale alimentação), que te ajuda não é o comum. A maioria, quando acontece alguma coisa com o funcionário, manda ele correr atrás dos seus direitos. Não dá nenhum suporte ou assistência. São poucas empresas que fazem o contrário.” (Entrevistado 02)

“O olhar dos lugares é bem geral, superficial sobre o que a pessoa com deficiência precisa. Tem que conhecer a rotina, não dá para ir em qualquer lugar sem saber se vai ter alguma dificuldade. Somando tudo isso, não me animo para trabalhar fora.” (Entrevistado 05)

Conforme dispõe a legislação brasileira, as pessoas com deficiência não devem ser discriminadas em relação às oportunidades e remuneração devido à sua condição. Além da questão da exclusão decorrente do preconceito, os entrevistados citaram as alterações na rotina após a LM como uma barreira importante no desempenho de uma atividade formal. Segundo os relatos, a iniciativa privada não iria tolerar uma redução na jornada, intervalos frequentes e ausências para os cuidados necessários com a saúde uma vez que a diminuição da produtividade traria menos lucro ao empresário:

“Antes da lesão eu não via, mas indo nos hospitais vejo que tem muita gente na mesma situação que eu. Ou com outras deficiências. Eu pesquisei muito, vejo na internet... tem pessoas que voltaram a trabalhar, fazem esporte. Se fosse um emprego de carteira assinada o que seria difícil é o horário fixo. Eu tenho muitas dores ainda, que não passaram. Se eu ficar muito tempo na cadeira, preciso intercalar na cama ou no sofá para aliviar [as dores]. Não sei se seria possível dependendo do lugar.” (Entrevistado 03)

“Essa questão da lesão por pressão também, eu aprendi na prática que não dá para passar o dia todo na cadeira. Como eu não sinto dor, acabava ficando do mesmo jeito e apareceu essa ferida. Se eu estivesse em um emprego registrado acho que dificilmente alguém entenderia que eu preciso de um intervalo a cada uma ou duas horas para fazer esse alívio de pressão, sair da cadeira um pouco para evitar essas feridas. Não teria exceção, eu estaria lá para trabalhar e não teria tantas flexibilidades. Não sei se a jornada de trabalho das pessoas com deficiência é menor, mas se for aquelas oito horas é bem complicado. Em empresa privada é daquele jeito, tocar o serviço sem parar. Sem chance para essas mudanças. Talvez no setor público respeitem mais essas necessidades. Deve ter uma visão diferente aí. Mas onde você precisa gerar o seu salário, gerar o lucro para o patrão, aí não teria muita conversa. É trabalhar e trabalhar. Eu nunca vi pessoalmente isso [preconceito com pessoas com deficiência], mas pelo que a gente vê do mercado de trabalho é assim, trabalhar mais para lucrar mais. Acho difícil que as empresas tenham um lugar separado para as pessoas como eu, que precisam sair da cadeira de rodas um pouco. E não é só sair e passar para outra cadeira, por exemplo. Como a circulação fica prejudicada depois da lesão, me recomendam deitar ou colocar as pernas um pouco elevadas. Imagina fazer isso na empresa, no horário de trabalho?! Será que as empresas se preocupam com isso?! Porque fazer uma rampa é tranquilo, mas esse dia a dia as pessoas não conhecem. Ter intervalo, local de descanso, banheiro adaptado, não sei não.” (Entrevistado 05)

“Na minha empresa nunca teve ninguém com deficiência trabalhando, mas eu nunca tinha pensado sobre isso até acontecer comigo. Agora que eu vejo que seria muito difícil alguém na cadeira de rodas ficar por lá. Eu acho que com o tempo eu vou me adaptar melhor, ainda preciso alternar durante o dia entre a cadeira e ficar deitado para aliviar algumas dores da cirurgia. Mas não sei como seria em um trabalho como o meu antigo. Talvez se eu precisasse poderia negociar com o chefe, ter um horário diferente. Mas eu não sei mesmo se poderia. Acho que depende de cada empresa, de cada pessoa que te contrata.” (Entrevistado 09)

A literatura (FERDIANA et al., 2014) cita a redução da jornada como uma das possibilidades para a manutenção da saúde e prevenção de complicações. No Brasil as políticas públicas asseguram a jornada parcial de trabalho, no entanto, esta não parece ser uma opção viável em um sistema de produção baseado na máxima produtividade e lucratividade.

4.1.5 Remuneração abaixo da média e vínculos informais de trabalho

Outra categoria citada pelos entrevistados foi a diferença de remuneração entre as vagas de ampla concorrência e aquelas destinadas às pessoas com deficiência. De acordo com o disposto na legislação brasileira, não é permitida a discriminação quanto ao salário, devendo haver equiparação salarial entre as vagas. Tal situação é demonstrada pelo trecho a seguir:

“Para arrumar um trabalho tem que ver como vai ser o lugar. Eu já cheguei a dar uma pesquisada, porque não conheço ninguém que já tenha passado por isso. Eu olhei as vagas para pessoas com deficiência e achei o valor do salário muito baixo, me pareceu menor que o das vagas normais. Eu olhei vagas de auxiliar administrativo para PcD e me pareceu muito baixo o salário. Acaba pesando muito isso na hora de decidir. Depois da lesão medular os meus gastos aumentaram muito. Começou com a cadeira, que não tinha como ficar sem. O valor é muito alto. Sonda é outra coisa que eu vou precisar sempre, além de tudo o que envolve para usar (luvas, cateter, etc). Acaba gastando muito dinheiro. O salário muito baixo não garante que eu consiga tudo isso. Por isso que eu quero me qualificar, para poder ter opções melhores.” (Entrevistado 07)

Tal achado corrobora o que é descrito na literatura nacional (CALLIGA; PORTO, 2019; JACOMO; GARCIA, 2011) de que essa população em geral se encontra em subempregos e com remuneração abaixo da média do mercado. Além disso, através dos relatos dos participantes, percebeu-se uma tendência às atividades informais de trabalho após a LM devido às dificuldades encontradas no processo de recolocação no mercado pelo preconceito e falta de oportunidades. O trecho a seguir evidencia esta questão:

“Um trabalho formal eu não penso em ter, principalmente por eu estar muito dependente. Essa dependência é o mais difícil para fazer outras coisas e acho difícil achar alguém que me dê um emprego. [...] Eu estou gostando desse trabalho que estou fazendo [como vendedor de cosméticos por catálogo], é uma boa, ocupa o meu tempo e levanto um dinheirinho. Eu nunca tinha pensado em trabalhar com isso, foi o que apareceu depois do acidente. Eu faço os pedidos, peço e os produtos chegam lá em casa e eu vendo lá de casa. As vendas são para os meus contatos, conhecidos que vão em casa. [...] O benefício mais o dinheiro das vendas ajudam a manter a casa, principalmente porque a minha mãe parou de trabalhar para cuidar de mim.” (Entrevistado 01)

Observa-se que a maioria dos entrevistados já não desempenhava uma atividade formal antes da lesão medular, o que pode direcionar as escolhas no momento de considerar o retorno ao trabalho pelas oportunidades e experiências

anteriores. Somado a isso, a realização de uma atividade informal e por conta própria apresentaria maior flexibilidade da rotina, permitindo os cuidados de saúde necessários mesmo com uma jornada de trabalho extensa. Conforme descrito na literatura nacional (CALLIGA; PORTO, 2019; JACOMO; GARCIA, 2011), a maioria das pessoas após a LM assume atividades laborais informais para manutenção da renda sem a perda do benefício previdenciário ou assistencial:

“Talvez ter uma oficina minha seja uma opção. Eu até cheguei a pensar nisso já. Poderia ser mais fácil para ajustar os horários, caso eu precisasse sair para alguma consulta, essas coisas. Como eu quero ficar na mesma área, que é para o que eu estudei e aprendi muito no dia a dia, se eu não conseguir nada posso tentar ter a minha oficina. Mas isso é só uma ideia por enquanto, acho que não é hora de pensar ainda [pela lesão ser muito recente].” (Entrevistado 09)

Nesta pesquisa, ao contrário do que diz a literatura nacional (CALLIGA; PORTO, 2019), o recebimento de algum benefício não foi relatado como um fator de impedimento para o retorno ao trabalho; ao contrário, os entrevistados relataram ter interesse de voltar a trabalhar mesmo que isso causasse a perda do benefício, seja pelo valor inferior à renda anterior, seja pela importância do trabalho para cada um.

“Hoje a minha fonte de renda é só da aposentadoria. Os meus gastos mudaram muito depois da lesão. Ao mesmo tempo em que passei a economizar com várias coisas, os gastos que vieram são bem maiores. Por exemplo, no dia a dia eu usava muito o carro, comia fora, pagava academia. Agora esses gastos eu não tenho mais. Em compensação os custos com tratamento, cuidador, curativos são muito maiores. Tive que comprar a cadeira de rodas também. Nada disso é barato e o valor do benefício não acompanha. Ter só o benefício como fonte de renda é bem complicado.” (Entrevistado 09)

“Eu não penso em ficar só com o benefício. Esse dinheiro tem me ajudado muito, mas não é essa a vida que eu quero. Preciso trabalhar, fazer alguma coisa fora de casa. Ajuda bastante a cabeça, faz a gente se sentir vivo. Ficar só em casa é muito ruim, é a primeira vez na vida depois de adulto que eu tenho ficado. Fez um ano agora e não me adaptei.” (Entrevistado 07)

“Para mim foi muito difícil essa mudança, como eu comentei eu sempre estava fazendo as coisas e quando me vi obrigado a ficar parado foi muito complicado. No começo eu me senti muito triste, um inútil. [...] Por isso que o trabalho faz tanta falta. Não só pelo dinheiro, ele é importante claro. Mas não é só isso. Eu nunca fui uma pessoa de ficar parada, na mesma. Sempre estava me qualificando, procurando coisas novas. Por isso que voltar a trabalhar é tão importante, por mim, pra me sentir útil e pelo dinheiro.” (Entrevistado 02)

Ressalta-se que a maioria dos entrevistados não chegou a assumir nenhum tipo de trabalho formal após a deficiência física, sendo que a instabilidade do mercado e o fato de não terem vivenciado experiências negativas, ou até mesmo questões éticas, podem ter influenciado nas respostas sobre dispensar o recebimento do benefício para assumir um emprego formal.

Faz-se necessário considerar que o desemprego estrutural, cenário em que as mudanças na economia e as novas formas de organização do trabalho provocam um descompasso entre as vagas disponíveis e a força de trabalho existente, é um processo fortemente negativo para a empregabilidade dos indivíduos com lesão medular. Estes permanecem sem perspectivas de empregabilidade, pois não possuem condições de acompanhar as mudanças de um mercado que busca uma força de trabalho com potencial máximo de exploração.

“Hoje, que vai dar quase três anos da lesão, eu já tenho pensado em voltar a trabalhar. Como eu trabalhava em casa antes [com confecção de roupas], penso em me adaptar para continuar fazendo o que for de casa mesmo. Já não seria fácil antes [arrumar um emprego formal devido à falta de qualificação profissional], agora é mais difícil porque eu estou assim [utilizando cadeira de rodas] e tem ainda menos oportunidades de trabalhar e mais gente procurando [devido à pandemia COVID-19]. Não está fácil nem para quem não tem nenhuma limitação, imagina para mim.” (Entrevistado 05)

O trabalho doméstico foi um ponto citado por dois dos entrevistados como uma nova ocupação realizada no domicílio após a lesão medular, dentro das possibilidades em relação à condição de saúde e ergonomia, com o objetivo de auxiliar na manutenção doméstica e sentir-se ativo novamente. Percebe-se este fato nos trechos a seguir:

“Eu me sinto melhor só de fazer as coisas da casa agora. Ajudo a preparar as refeições, cuidar da roupa. Algumas coisas não têm como porque a minha casa não é adaptada, altura do fogão, por exemplo... Mas estou sempre buscando o que tenho condição. Me sinto útil de volta, é diferente de só estar parado.” (Entrevistado 03)

“Por enquanto o que eu tenho feito são algumas atividades para ajudar na rotina da casa, como cozinhar, cuidar da minha neta, arrumar uma coisa ou outra. Com isso eu também me sinto útil. Não foi fácil mudar toda a minha rotina e não ter mais nenhuma obrigação. Fazer as coisas de casa não é a mesma coisa de sair para trabalhar e sustentar a família, como eu sempre fiz, mas parece um começo para sair da dependência.” (Entrevistado 05)

Esta nova forma de ocupação pode estar relacionada ao domínio estrutural e suas determinações. Uma vez que capacidade para o trabalho não está em condições de ser explorada conforme as exigências do mercado, ela pode passar a ser útil para a reprodução da força de trabalho, dando suporte aos demais membros da família que possuem ocupações remuneradas.

5 DISCUSSÃO

Como visto anteriormente, as características do trabalho são determinadas pelo modo de produção vigente em cada sociedade. Sendo assim, a análise da exploração da força de trabalho e das condições sociais de existência devem ser compreendidas como decorrentes do modo de produção capitalista e das relações sociais que se estabelecem a partir dele.

Tendo em vista os relatos dos indivíduos que se encontram às margens do processo produtivo devido às sequelas físicas impostas pela lesão medular ante as particularidades do trabalho na sociedade capitalista brasileira, é possível perceber como o domínio estrutural determina, em última instância, o processo de exclusão destes indivíduos do mercado de trabalho formal.

5.1 MAIS-VALIA E A EXPLORAÇÃO NO CONTEXTO DO CAPITALISMO PERIFÉRICO BRASILEIRO

Conforme definem Netto e Braz (2010), a mais-valia diz respeito à diferença entre o valor produzido pelo trabalho e o valor pago ao trabalhador. A jornada de trabalho no decorrer do processo produtivo cria valores excedentes além daqueles que são pagos na forma de salário, ou seja, um excedente quantitativo de trabalho não pago. Tal diferença, a mais-valia, é a fonte de lucro do sistema capitalista. Nos países de capitalismo periférico observa-se uma exploração da força de trabalho ainda mais intensa para extração da mais-valia, uma vez que, em geral, utilizam maior quantidade de trabalho vivo durante o processo produtivo (AMARAL; CARCANHOLO, 2009).

Capitalismo periférico é a denominação do sistema capitalista em países em desenvolvimento, nos quais a economia é geralmente dependente de países centrais e que já possuem a economia consolidada. Observa-se nos países com capitalismo periférico uma economia instável, marcada por crises e recessões frequentes, além da presença de grandes desigualdades sociais e do declínio da estabilidade relacionada ao emprego (AMARAL; CARCANHOLO, 2009).

A busca pela máxima exploração no sistema capitalista se traduz na percepção dos entrevistados sobre o preconceito existente no momento de retornar ao trabalho após a lesão medular. Ainda que os discursos não remetam ao nível

estrutural e suas determinações, observa-se que o preconceito na contratação das pessoas com deficiência advém do fato de elas não serem consideradas aptas para o grau de exploração intenso desejado pelo capital, com vistas à maior lucratividade. A análise pautada no materialismo histórico dialético demonstra, então, que o preconceito exprime, na maioria das vezes, a rejeição a um trabalhador cujas irregularidades anatomofuncionais do corpo tendem a reduzir a sua produtividade, impedindo a máxima exploração de sua força de trabalho.

Apesar da maioria dos participantes não possuírem um emprego formal antes da LM e de também não terem realizado tentativas de retorno ao mercado formal, verifica-se a percepção de que mesmo com as políticas públicas e as garantias legais de equiparação de oportunidades e salários, conforme os relatos, não há segurança da efetiva participação no mercado formal.

Além da questão do preconceito, a contratação formal após a LM esbarra nas justificativas dos empregadores para o não cumprimento da legislação vigente sobre a reserva de vagas. De acordo com Clemente (2015), os principais argumentos seriam a inexistência da quantidade suficiente de pessoas com deficiência para cumprir a lei de cotas, a escolaridade insuficiente para as vagas disponíveis, a preferência pelo recebimento dos benefícios assistenciais e os riscos de determinadas funções ao serem ocupadas pelas pessoas com deficiência. Exceto pela questão de preferir o benefício assistencial ou previdenciário em detrimento do trabalho, tais alegações também foram citadas pelos entrevistados como barreiras para o retorno ao trabalho formal, sendo que questões como a baixa escolaridade são vistas como uma questão individual e não estrutural.

O autor (CLEMENTE, 2015) esclarece as contradições presentes em cada um dos motivos, indicando a possibilidade real da participação desta população no mercado de trabalho formal. Em relação à escolaridade e número de pessoas com deficiência para assumir os postos de trabalho, estima-se que menos de 1% desta população possui vínculos formais, e que cerca de três milhões de pessoas com alguma deficiência possuem pelo menos 11 anos de estudo - que é, em geral, a qualificação mínima exigida para a maioria das vagas. Este dado não corresponde aos achados deste estudo: apesar da amostra ser restrita, um percentual considerável dos participantes não possuía o ensino médio completo. Uma questão importante levantada por Clemente (2015) é o fato da maioria das pessoas terem adquirido a deficiência após os 20 anos de idade, por causas como acidentes,

violência urbana ou doenças. Ou seja, cursaram o sistema regular de ensino e possuem experiências anteriores de trabalho que podem ser aproveitadas. Tal achado vai ao encontro dos resultados desta pesquisa, onde a LM ocorreu na idade adulta e os indivíduos frequentaram o ensino formal, mesmo que não o tenham completado. No entanto, a maioria das ocupações anteriores dos entrevistados foi considerada por eles como incompatíveis com a nova condição física e dificilmente seria possível o retorno à mesma função. Conforme Ramakrishnan et al. (2011) e Trezzini, Schewegler, Reinhardt (2018), o retorno à mesma ocupação seria o caminho mais desejado após a lesão medular pois permitiria um retorno mais rápido, efetivo e sem depender de novas qualificações para uma outra função. No entanto, nesta amostra, a maioria dos postos de trabalho não poderiam ser adaptados para permitir o retorno – conforme relatado pelos trabalhadores.

Sobre a questão do benefício assistencial, o autor cita a possibilidade da suspensão temporária do BPC ao se adquirir um emprego formal. No caso de demissão voluntária ou dispensa pelo empregador, é possível solicitar uma nova concessão. Pelos discursos, tal fato não é de conhecimento dos entrevistados – apesar de que a maior incidência de concessão encontrada na amostra foi de benefícios previdenciários e não assistenciais. A questão do valor dos benefícios também foi citada nesta pesquisa como um motivo para o retorno ao mercado de trabalho. A maioria dos entrevistados apontou uma diminuição da renda após a lesão medular de forma que, nesta amostra, não foi observada preferência pelo benefício em detrimento ao trabalho.

Por fim, a respeito do risco inerente de determinadas funções para uma pessoa com deficiência, este discurso de “negar trabalho para evitar exposição ao risco da atividade é bastante sedutor” (CLEMENTE, 2015, p. 103), disfarçando as barreiras atitudinais com uma falsa preocupação. Com a evolução tecnológica das últimas décadas diversas tarefas e postos de trabalho tornaram-se acessíveis a todas as pessoas, incluindo aquelas com alguma deficiência. Mesmo assim, não se observam grandes impactos sobre a empregabilidade após a LM principalmente porque a tecnologia capitalista é desenvolvida a partir das necessidades de produção, devendo o trabalhador se adaptar ao processo produtivo – e não o contrário. Como cita Marx (2013, p. 113) “o operário não domina as condições de trabalho, é dominado por elas”. A referência às aptidões pessoais não é uma novidade na escolha de um emprego e, obviamente no caso da LM, muitos postos

de trabalho – como os de maior exigência física - não são adequados. Mas a incorporação tecnológica crescente permitiria a participação em muitos outros, conforme citado pelos entrevistados.

O avanço científico e tecnológico, uma das características da reestruturação produtiva, teria o potencial de reduzir a demanda de trabalho vivo e liberar parte do trabalho humano. Simultaneamente, esta inclusão crescente de novas tecnologias no processo produtivo traz a destruição do trabalho humano, sendo o desemprego uma das formas desse processo. O desenvolvimento tecnológico exige trabalhadores cada vez mais qualificados e multifuncionais para acompanhar essas modificações.

O conceito de multifuncionalidade - ou multitarefas - se refere à diversificação dos atos e tarefas realizados pelo trabalhador. O trabalho é intensificado, tornando-se necessário controlar diferentes processos e imprevistos. A crescente intensificação do trabalho pode tornar o desempenho da atividade de trabalho incompatível às condições físicas e de saúde após a lesão medular (AMARAL; CARCANHOLO, 2009; HIRATA, 1994). Como citado pelos entrevistados, muitas vezes são necessários intervalos durante a jornada de trabalho para os cuidados com saúde, bem como ausências para tratamentos. Tais necessidades estão em oposição à polivalência e à eliminação do tempo morto durante o processo de produção.

No extremo oposto da classe trabalhadora mais qualificada, encontram-se aqueles trabalhadores com menor qualificação, ocupando vagas com menores exigências e, por consequência, com remuneração mais baixa. Estes trabalhadores acabam sendo superexplorados, visto que a sua força de trabalho pode ser facilmente substituída ou, então, contratada através das novas modalidades mais flexíveis, como pela via da terceirização e da prestação de serviços por conta própria, expondo-os à precarização e desamparo legal (NETTO; BRAZ, 2012; POCHMAN, M., 2020).

O cenário da reestruturação produtiva e da acumulação flexível culmina com esse paradoxo da polarização da classe trabalhadora: uma minoria de trabalhadores super qualificados e uma grande massa de desqualificados, com as novas tecnologias reforçando a divisão do trabalho e a superexploração. Tal cenário se observa no que foi relatado pela amostra desta pesquisa, onde aqueles poucos que

possuem nível superior de ensino têm melhores perspectivas no retorno ao mercado formal enquanto os demais buscam por formas alternativas de inclusão.

Ao desemprego estrutural, decorrente das transformações tecnológicas, somam-se as várias formas de degradação dos direitos trabalhistas. Com isso surgem novas formas de contratação, o aumento do trabalho informal e por conta própria, onde os direitos são praticamente inexistentes e a remuneração menor e instável. A reforma trabalhista, desde 2017, vem favorecendo este cenário do deslocamento do emprego formal para o informal, ampliando a precarização. Tal fenômeno é bastante perceptível na amostra, onde a baixa qualificação por si só já poderia ser considerada uma barreira ao emprego formal. Somada à deficiência física, ampliam-se as dificuldades de inserção e a alternativa para a manutenção da renda pessoal são os vínculos informais.

Tais vínculos, ainda que sejam uma forma de inclusão no sistema capitalista e na circulação do capital, são precários e frágeis, uma vez que não possuem nenhum tipo de estabilidade, segurança ou direitos trabalhistas. As diferentes formas do serviço informal, como a venda de produtos, prestação de pequenos serviços ou o trabalho por demanda, correspondem a um quadro de trabalhadores mais precarizados.

Apesar de muitos dos entrevistados terem citado o trabalho informal como uma opção pelas possibilidades de gerenciar o próprio tempo entre as diversas demandas individuais, a associação da deficiência física aos vínculos informais acaba os expondo à maior insegurança e privação de direitos. Como citado anteriormente, não é possível verificar se a fala sobre esta questão não foi influenciada por questões éticas ou pelo impacto econômico, uma vez que possuir um emprego formal ocasionaria a interrupção dos benefícios recebidos. Conforme descrito na literatura, o mercado informal se configura como uma possibilidade de manter o recebimento do benefício e possuir uma fonte de renda extra (CALLIGA; PORTO, 2019).

Outra forma de inclusão marginal no sistema capitalista percebida nos relatos dos entrevistados é a realização do trabalho doméstico. No sistema capitalista o trabalho doméstico é uma forma de trabalho não-pago, relacionado à reprodução da classe trabalhadora (MARX, 2013). A permanência no domicílio, uma vez que não há a existência de vínculos de trabalho, e o aumento da independência física fazem

com que o serviço doméstico seja uma possibilidade de ocupação, ainda que não a ocupação desejável.

Em muitos casos, o desempenho de uma atividade de trabalho a ser realizada no domicílio foi considerado devido às dificuldades encontradas para locomoção nos ambientes públicos e privados. A presença da questão da acessibilidade explicita uma contraposição entre os interesses de classes, uma vez que o modo de produção capitalista não busca se adequar às necessidades dos trabalhadores e, sim, às do capital. O que se observou nos discursos, inclusive, foram as falas que reforçam essa percepção de que é o trabalhador que deveria se adaptar às condições disponíveis. As adaptações nos postos de trabalho, modificações na estrutura física e alterações no processo produtivo, acarretam em custos para os capitalistas, o que encareceria o processo de produção e diminuiria o lucro, por isso, também, a contratação de lesionados não é interessante (CARVALHO; ORSO, 2014).

À exemplo do que foi apresentado na seção de resultados, a questão da produtividade e do lucro são percepções frequentes entre os entrevistados. As limitações físicas são consideradas como incompatíveis às demandas dos empregadores no momento da contratação, sendo que as dificuldades motoras frequentemente são vistas como conflitantes com o desempenho do trabalho – mesmo para as vagas com maior demanda cognitiva. A percepção do nível de independência, que em geral é conquistada por volta de um ano após a lesão, a depender do caso, apesar de ser relatada na literatura como um facilitador para o retorno ao trabalho, pode também ter a ver com o fato de o sistema capitalista exigir trabalhadores em condições máximas de exploração – o que só seria possível com um alto nível de funcionalidade. Como cita Dutra et al. (2020, p. 156) os empregadores buscam por “uma deficiência que permita o normal desempenho das atividades”. Esta pesquisa não considerou os níveis de independência conforme as avaliações padronizadas indicadas para os quadros de lesão medular, mas sabe-se pela literatura científica que quanto maior o nível de independência maior seria a possibilidade de retorno ao trabalho.

5.2 A DETERMINAÇÃO ESTRUTURAL DA EXCLUSÃO DO TRABALHO FORMAL DOS LESIONADOS DE MEDULA

A luta pela empregabilidade das pessoas com deficiência ganhou força principalmente após a Primeira Guerra Mundial, quando o percentual desta população teve um aumento expressivo. No Brasil e demais países de economia capitalista periférica a maioria das pessoas com deficiência se insere no mercado de trabalho informal, o que as expõe a condições precárias e instáveis de trabalho e remuneração, ameaçando a própria reprodução da existência. Nos países centrais da economia mundial essa exclusão é um pouco menor devido à combinação de programas sociais, políticas públicas e um cenário econômico mais estabilizado. Porém isso não significa que a classe dominante considere fundamental a contratação da força de trabalho desses indivíduos (CALLIGA; PORTO, 2019; CARVALHO; ORSO, 2014).

A história da humanidade é a história do trabalho de forma que, em sua decorrência, as possibilidades humanas foram determinadas em cada momento. Os processos de trabalho foram se tornando mais complexos, o que resultou em formações sociais mais avançadas. Foi com a revolução industrial e a manufatura que o capitalismo se consolidou, fundado nas relações de classes sociais que se diferenciam entre aqueles que possuem os meios de produção e aqueles que possuem apenas a sua força de trabalho a ser explorada: a força de trabalho se tornou uma mercadoria como outra qualquer. O modo de produção capitalista se define, então, pela exploração da força de trabalho (NETTO; BRAZ, 2012; PEREIRA, 2008).

Com o processo produtivo baseado na manufatura e com o desenvolvimento tecnológico e industrial marcado pela separação do trabalho braçal do intelectual, o trabalhador passou a executar atividades rotineiras e repetitivas, tornando-se, na maioria dos casos, um mero operador dentro do processo de produção. Os meios de produção se tornaram cada vez mais evoluídos, exigindo menos habilidades do indivíduo para a execução da tarefa, resultando em um trabalho fragmentado e permitindo a produção em série de mercadorias. (PEREIRA, 2008; CARVALHO; ORSO, 2012).

Para sobreviver em uma sociedade capitalista a maioria da população necessita estar inserida no processo produtivo, na condição de assalariado,

vendendo a sua força de trabalho para garantir a sua sobrevivência. A parcela da população que não consegue se inserir nessas relações forma o exército industrial de reserva, que estará sempre à disposição do capital (CARVALHO; ORSO, 2014; NETTO; BRAZ, 2012). “Com a acumulação do capital, produzida por ela mesma, a população operária produz, pois, em proporções incessantemente crescentes, os meios de se tornar excedente” (MARX, 2013, p. 160). Neste segmento estão as pessoas cuja capacidade para o trabalho é menor, sendo utilizadas de forma intermitente e em piores condições. As pessoas com alguma deficiência se encontram, na maioria das vezes, neste grupo. (CARVALHO; ORSO, 2014).

As necessidades do capital, que são as necessidades da classe dominante, exigem trabalhadores cada vez mais ágeis, adaptados e versáteis, o que, na maioria das vezes, exclui aqueles com alguma limitação ou incapacidade. A existência constante e cada vez maior de um exército industrial de reserva amplia as possibilidades de exigências dos capitalistas por trabalhadores com alta capacidade de trabalho, perpetuando a exclusão daqueles que não atendem a esses requisitos (NETTO; BRAZ, 2012; PEREIRA, 2008). O sistema capitalista, por sua própria organização, já é excludente. Considerando o seu objetivo de obtenção de lucro, não basta se qualificar para se manter empregado uma vez que o domínio estrutural determina a escassez de oportunidades de emprego e a luta dos trabalhadores em manter uma renda para garantir a sobrevivência (CARVALHO; ORSO, 2014; PEREIRA, 2008).

Uma análise superficial para compreender esta situação cita fatores genéricos e individuais como responsáveis pela exclusão do trabalho das pessoas com deficiência, entre eles a existência de barreiras arquitetônicas, legislação insuficiente, baixa escolaridade e falta de qualificação profissional. No entanto, uma observação mais desenvolvida aponta que estes fatores são decorrentes da dimensão estrutural da sociedade em que vivemos, uma vez que é a estrutura capitalista que determina a prática excludente ao longo da história, inclusive na atualidade (CARVALHO; ORSO, 2014; PEREIRA, 2008).

As relações capitalistas de produção possuem um caráter excludente, onde as pessoas com deficiência são excluídas dos melhores postos do processo produtivo, com mais direitos, melhores salários, etc., se ocupando geralmente de atividades sub-remuneradas ou degradantes do ponto de vista social. Embora a exclusão não seja uma prática somente da sociedade capitalista, é nesta que

passou a ser questionada pois o nível de desenvolvimento social e das forças produtivas permitiria que todas as pessoas, independente da condição física, participassem e usufruíssem da evolução da humanidade (NETTO; BRAZ, 2012). No entanto, as pessoas com deficiência - como é o caso daqueles com lesão medular, permanecem privadas de acesso a condições dignas de vida, pela inserção precarizada na produção e reprodução social (CARVALHO; ORSO, 2014).

As concepções teóricas que não consideram a totalidade e a historicidade do real para a análise dessa questão, definem que são as características individuais que reduzem o acesso ao trabalho, à escolarização, à cultura, etc., ocultando a gênese da exclusão que essa parcela da população enfrenta. Uma análise fundada no materialismo histórico-dialético, no entanto, permite-nos compreendê-la como decorrente da lógica de produção capitalista, onde o objetivo é a obtenção máxima de lucro (CARVALHO; ORSO, 2014; NETTO; BRAZ, 2012).

Para o capital, não há, em geral, interesse sequer de desenvolver ações educacionais para as pessoas com deficiência, pois estas são parte do exército industrial de reserva. Uma vez que os processos educacionais estão relacionados ao modo de produção vigente em uma sociedade, no capitalismo o objetivo principal da educação formal é a qualificação do indivíduo para os postos de trabalho, não a formação para o trabalho enquanto atividade emancipadora e produtora de humanidade. A educação capitalista se divide também entre as classes sociais e entre os trabalhadores mais qualificados e os menos qualificados, de acordo com as funções que cada um irá ocupar no processo produtivo. Na atualidade o capital explicita a intenção de oferecer uma formação com vistas às habilidades e competências necessárias para que o trabalhador se adapte às modificações constantes exigidas pelo mercado (CARVALHO; ORSO, 2014; PEREIRA, 2008).

Estes indivíduos já se encontram em desvantagem em um sistema que é naturalmente e historicamente excludente, sendo expostos à precarização, funções repetitivas e dispensáveis ou mesmo à exclusão e marginalização. O processo de reestruturação produtiva, onde a regulação da economia é realizada pelo próprio mercado e houve uma ampliação da utilização de tecnologias cada vez mais desenvolvidas, consolidou-se a necessidade de um trabalhador multivalente para atender às demandas do mercado. A superação das diferenças entre os trabalhadores com e sem deficiência não corresponde aos interesses capitalistas, uma vez que o sistema não oferece condições de empregabilidade para todos os

indivíduos e reduz cada vez mais os postos de trabalho para aumentar o lucro. Neste cenário, obviamente, as pessoas com deficiência terão ainda menos oportunidades de trabalho. As políticas neoliberais, através de relações trabalhistas frágeis e instáveis, têm favorecido, mais uma vez, a classe dominante na exploração da força de trabalho dos trabalhadores. Faz-se necessária, então, uma estrutura social em que o trabalho não seja um instrumento de exploração a serviço da classe dominante, mas sim como um processo coletivo de construção da humanidade e apropriação dos meios necessários à vida (CARVALHO; ORSO, 2014; NETTO; BRAZ, 2012; PEREIRA, 2008).

6 CONCLUSÃO

Sobre sua base biológica, a humanidade produz histórica e socialmente por meio do trabalho, além de seus meios de vida, sua própria condição humana, em movimento de permanente transformação. Assim, por intermédio do trabalho, atividade teleológica de transformação da natureza, a humanidade produz uma sociedade cada vez mais complexa e menos dependente dos limites impostos pela natureza.

É pelo trabalho que o ser humano realiza as suas possibilidades de existência. Independentemente do modo de produção vigente em cada sociedade, o trabalho constitui atividade fundamental do ser humano que permite a satisfação das suas crescentes necessidades.

No modo de produção capitalista, no entanto, a força de trabalho é transformada em uma mercadoria a ser explorada pelo capital, para geração de mais-valia e, por fim, realizar o objetivo do sistema, o lucro. O trabalhador só tem valor, então, enquanto força de trabalho. Aqueles com alguma limitação que impeça tal exploração, como é o caso dos participantes deste estudo, são desconsiderados enquanto força de trabalho neste sistema que busca a máxima produtividade e lucratividade. Sendo assim, a exclusão do trabalho formal para estes indivíduos é determinada pela estrutura capitalista da sociedade.

No Brasil, a legislação vigente assegura o direito ao trabalho para as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades e salário. Tais políticas públicas atuam como fatores protetores da população em geral e daquelas com alguma deficiência, como é o caso dos indivíduos com lesão medular. Embora elas garantam um percentual de reserva de vagas de trabalho no mercado formal, percebe-se que esta população em geral não as ocupa e que dificilmente estas são consideradas como opção de trabalho posterior à lesão medular. As políticas previdenciárias e assistenciais também cumprem este papel, mesmo que o amparo concedido seja considerado, na maioria dos casos, como insuficiente para a manutenção dos custos de vida e dos custos decorrentes da nova condição de saúde.

Observou-se neste estudo a imposição dos vínculos informais aos trabalhadores com lesão medular uma vez que, conforme relatado, apresentam maior flexibilidade em relação à jornada e à rotina, permitem a permanência do

recebimento dos ditos benefícios sociais e se configuram como a forma de adentrar na circulação do capital – ainda que no segmento mais explorado da classe trabalhadora e sem qualquer regulamentação ou garantias legais. Com a análise realizada, percebe-se que a informalidade aparece como uma alternativa devido às crises e recessões capitalistas, ao desemprego estrutural e à polarização do trabalho. A informalidade constitui, muitas vezes, a única possibilidade encontrada por esses indivíduos para ingressarem no mercado de trabalho.

A baixa escolaridade geral da amostra e a massiva participação no mercado informal apontam para outros processos em um país com economia capitalista periférica, como o Brasil. Aqueles indivíduos com menor nível de educação formal, em geral, já se encontram subempregados e em condições máximas de exploração, devido à polarização no mercado de trabalho. A deficiência física após a lesão medular exacerba ainda mais tais situações. A escolaridade avançada, ainda que seja um dos preditores mais fortes da possibilidade de retorno ao trabalho conforme a revisão de literatura, não constitui uma garantia diante do desemprego estrutural e da busca por trabalhadores cujos corpos permitam a máxima exploração da força de trabalho.

Retornar a um emprego difere de retornar ao trabalho, isto é, permitir o seu desempenho enquanto atividade fundamental para a produção da condição de humanidade e desenvolvimento máximo do ser humano. No modo de produção capitalista, o trabalho assalariado tende a constituir, para o trabalhador, apenas um meio para a manutenção da sobrevivência e, para o capitalista, o meio de valorização do valor investido na produção das mercadorias.

Os resultados deste estudo demonstram, então, que o domínio estrutural determina a exclusão do trabalho formal dos indivíduos com lesão medular. Em uma sociedade capitalista, pautada na máxima exploração da força de trabalho, o objetivo é a recolocação do trabalhador novamente à disposição do mercado, disponibilizando força de trabalho a ser explorada ou a constituir o exército de reserva.

Diferente das demais publicações científicas com abordagens quanti e qualitativas, este estudo buscou analisar tal fenômeno com base no método do materialismo dialético, compreendendo os processos enquanto construções históricas e sociais decorrentes do modo de produção capitalista. Desta forma, buscou-se ultrapassar uma análise puramente descritiva e, ao invés de apenas

reforçar os achados da literatura nacional e internacional, promover uma análise crítica e ampliar a compreensão acerca desta realidade.

Observou-se uma escassez de publicações científicas nacionais referentes ao tema aqui abordado, em especial nesta perspectiva. Alguns estudos realizados com a população brasileira com lesão medular abordam processos, entre eles o trabalho, que podem influenciar a qualidade de vida, porém, sem abordar as características do retorno às atividades anteriores e sem considerar a determinação social. Apenas uma publicação nacional realizou um levantamento específico para quantificar a taxa de retorno ao trabalho após a lesão medular, com uma abordagem epidemiológica tradicional. Os estudos internacionais, apesar de apresentarem um bom nível de evidência científica, dificilmente poderiam ser utilizados a título de comparação com o cenário nacional, pois faz-se necessário considerar que, nos países centrais da economia mundial, observam-se diferentes processos econômicos e sociais bem como a existência políticas de bem-estar social e abordagens mais bem estabelecidas para favorecer o retorno ao trabalho após a lesão medular. A sociedade brasileira falha em disponibilizar as condições para a plena realização da condição de humanidade nos trabalhadores em geral e nos trabalhadores lesionados de medula em particular.

A amostra deste estudo não compreendeu indivíduos que realizaram tentativas efetivas de retorno ao trabalho, principalmente pelo curto período de tempo decorrido desde a lesão medular e pelo seu nível de dependência física ainda ser bastante elevado no momento da entrevista. Também não foi avaliado na amostra o nível de independência de cada um dos participantes (que pode ser mensurado através de avaliações padronizadas e validadas para a língua portuguesa), o que poderia sugerir se de fato um aumento da capacidade funcional resultaria em maiores possibilidades de uma contratação formal no cenário do capitalismo periférico brasileiro.

Além disso, esta amostra – além de restrita - acabou por se revelar bastante homogênea em relação à escolaridade e ocupações anteriores. A inclusão de participantes com diferentes níveis socioeconômicos e com graus de escolaridade mais avançados poderia ampliar a discussão sobre as dificuldades e possibilidades de retorno ao trabalho formal após a lesão medular.

Ainda que este não tenha sido o objeto deste estudo, não é possível desconsiderar o fato de que os entrevistados eram, em sua maioria, trabalhadores

informais antes da ocorrência da LM. Tal percepção poderia iniciar uma nova discussão sobre a hipótese de que os trabalhadores que se encontram em situação de informalidade estão mais vulneráveis à ocorrência da lesão medular ou outros agravos à saúde, uma vez que as condições de trabalho diferem daquelas do mercado formal.

Mesmo com as limitações encontradas, foi possível verificar o impacto do capitalismo sobre as dinâmicas sociais e como muitas vezes as suas determinações passam despercebidas pelos indivíduos da classe trabalhadora. Considerando a escassez de pesquisas sobre o tema com esta abordagem metodológica, sugere-se a continuidade dos estudos analisando o modo de produção capitalista e seus impactos devido às formas de exploração e desigualdades. O acompanhamento dessa população em pesquisas futuras poderia auxiliar na compreensão desta imposição e restrição ao mercado informal após a lesão medular e os seus impactos sobre as condições de vida e saúde.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, M. S.; CARCANHOLO, M. D. A super exploração do trabalho em economias periféricas dependentes. *Rev. Katál. Florianópolis*: Florianópolis, v. 12, n. 2, jul./dez, p. 216-225, 2009.
- ATKINS, M. S. Lesões na medula espinhal. In: TROMBLY, C. A.; RADOMSKI, M. V. *Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas*. 5.ed. São Paulo: Santos Editora, 2005. p. 965-999.
- ATRICE, M. B. et al. Lesão medular traumática. In: UMPHERD, D. A. *Reabilitação Neurológica*. 4. ed. São Paulo: Manole , 2004.
- BARATA-MOURA, J. *Totalidade e contradição acerca da dialética*. Lisboa: Livros Horizonte, 1977.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BOTTICELLO, A. L.; CHEN, Y.; TULSKY, D. S. Geographic variation in participation for physically disabled adults: the contribution of area economic factors to employment after spinal cord injury. *Social Science & Medicine*: USA, vol. 75, n. 8, p. 1505-1513, 2012.
- BRASIL. Brasília: Presidência da República – Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 23 jan 2021.
- _____. Brasília. Presidência da República. Lei n. 8.112 de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 23 jan 2021.
- _____. Brasília. Presidência da República. Lei 8.213, de 24 de julho de 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 23/02/2021.
- _____. Brasília. Presidência da República. Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 23/02/2021.
- _____. Brasília. Presidência da República. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 23 jan 2021.
- _____. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. *Cartilha do censo: pessoas com deficiência*. Brasília, 2012. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 03 jun 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular*. Brasília: 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf>. Acesso em 19 jul. 2020.

_____. Brasília. Presidência da República. Lei 13.146, de 06 de julho de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm> Acesso em: 23 jan 2021.

_____. Brasília. Presidência da República. Lei 13.467, de 13 de julho de 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm> Acesso em: 23 jan 2021.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

_____. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista, 1991.

_____. Entrevista: Jaime Breilh. *Revista Trabalho, educação e Saúde*: Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 533-540, 2015.

CALLIGA, M. C. N. S., PORTO, L. A. Que pessoas com paraplegia traumática voltam a trabalhar?. *Ciência e Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/que-pessoas-com-paraplegia-traumatica-voltam-a-trabalhar/16417?id=16417>. Acesso em: 03 jan. 2020.

CAMPOS, M. F. et al. Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*: Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 88-93, 2008.

CARVALHO, A. R.; ORSO, P. J. As pessoas com deficiência e a lógica da organização do trabalho na sociedade capitalista. In: CARVALHO, A. R. (org.). *A pessoa com deficiência na sociedade contemporânea: problematizando o debate*. 2 ed. Cascavel: EDUNIOESTE, 2014, p. 107-125.

CLEMENTE, C. A. lei de cotas para o trabalho de pessoas com deficiência: análise e fundamentação dos principais argumentos favoráveis e contrários ao seu cumprimento. Monografia (Bacharelado em Ciências do Trabalho) – Escola DIEESE de Ciências do Trabalho, São Paulo, 2015.

COTNER, B. A. et al. Facilitators and barriers to employment among veterans with spinal cord injury receiving 12 months of evidence-based supported employment services. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*: USA, vol. 21, n. 1, p. 20-30, 2015.

- FADYL, J. K.; MCPHERSON, K. M. Understanding Decisions About Work After Spinal Cord Injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*: Holanda, vol. 20, n.1, p. 69-80, 2010.
- FERDIANA, A. et al. Predictors of return to work 5 years after discharge for wheelchair-dependent individuals with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*: Suécia, vol. 46, n. 10, p. 984-990, 2014.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [online], vol. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000100003&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 17 nov 2019.
- FRANCESCHINI, M. et al. Occurrence and predictors of employment after traumatic spinal cord injury: the GISEM Study. *Spinal Cord*: USA, vol. 50, 2012.
- GOMIDE, D. O materialismo histórico dialético como enfoque metodológico para a pesquisa sobre políticas educacionais. *Anais da VII Jornada do HISTEDBR / X Seminário de Dezembro*. Campinas, 2014.
- HILTON, G. et al. Longitudinal employment outcomes of an early intervention vocational rehabilitation service for people admitted to rehabilitation with a traumatic spinal cord injury. *Spinal Cord*: USA, vol. 55, n. 8, p.743-752, 2017.
- HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo da competência. In: FERRETI, C. J. et al. *Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar*. 12 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, p. 128-136, 1994.
- IBIAPINA, I. M. L. M. *Pesquisa colaborativa: investigação, formação e produção de conhecimentos*. Brasília: Líber Livro Editora, 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Rio de Janeiro: *Boletim estatístico – censo 2010*. Disponível em: <biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periódicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf> Acesso em: 23 jan 2021.
- JACOMO, A. A. E.; GARCIA, A. C. F. Análise dos acidentes motociclistas no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER). *Acta Fisiátrica*: São Paulo, v. 18, n. 3, p. 124-129, 2011.
- JOHNSTON, D. et al. Early access to vocational rehabilitation for patients with spinal cord injury: a qualitative study of staff perceptions. *Journal of Rehabilitation Medicine*: Suécia, vol. 48, n. 9, p. 776-780, 2016.
- KENEDY, P.; HANSON, L. H. Return-to-work intentions during spinal cord injury rehabilitation: an audit of employment outcomes. *Spinal Cord*: USA, vol. 54, 2016.
- LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*: México, vol. 2, p. 7-25, 1982.

LIANZA, S.; CASALIS, E. P.; GREVE, J. M. A lesão medular. In: LIANZA, S. *Medicina de Reabilitação*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 266-295.

LIRA, P. V. R. A. et al. Trabalho e estranhamento: a determinação social da saúde em assentamentos. *Trabalho, educação e saúde*: Rio de Janeiro, vol. 16, n.02, 2018.

MARTINS, L. M. As aparências enganam: divergências entre o materialismo histórico dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa. Trabalho apresentado na 29ª Reunião Anual da ANPED, 2006.

MARX, K. O Capital: Crítica da economia política. *Livro I: O processo de produção do capital*. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOTA, P. H. S., BOUSQUAT, A. Deficiência: palavras, modelos e exclusão. *Saúde e Debate*: Rio de Janeiro, vol. 45, n. 130, p. 847-860, 2021.

NETTO, J. P., BRAZ, M. *Economia política: uma introdução crítica*. 8.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2012.

NUTZI, M. et al. Key demands and characteristics of occupations performed by individuals with spinal cord injury living in Switzerland. *Spinal Cord*: Estados Unidos, vol. 55, p. 1051-1060, 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. *Convenção 175 – Sobre o trabalho a tempo parcial*, aprovada em 26 de janeiro de 2006. Disponível em: http://www.ilo.org/brasil/convencoes/WCMS_242712/lang--pt/index.htm. Acesso em: 23 jan 2021.

_____. Normas internacionais do trabalho sobre a reabilitação profissional e emprego de pessoas com deficiência. Brasília: CORDE, 2001. Disponível em: www.oitbrasil.org.br/node/505. Acesso em: 03 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo: The World Bank, 2011.

OTTOMANELLI, L. et al. Vocational rehabilitation in spinal cord injury: what vocational service activities are associated with employment program outcome? *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation: USA*, vol. 21, n. 1, p. 31-39, 2015.

_____; BARNETT, S. D.; GOETZ, L. Effectiveness of supported employment for veterans with spinal cord injury: 2-year results. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation: USA*, vol. 95, n. 4, p. 784-790, 2014.

PARANÁ. Histórico - Centro Hospitalar de Reabilitação do Paraná. Secretaria de Saúde (SESA). Disponível em:

<<http://www.hospitaldereabilitacaodoparana.saude.pr.gov.br>>. Acesso em: 11 de maio de 2019.

PAUL, C. et al. Socioeconomic outcomes following spinal cord injury and the role of no-fault compensation: longitudinal study. *Spinal Cord: Estados Unidos*, vol. 51, n. 12, p. 919-925, 2013. doi: 10.1038/sc.2013.110.

PEREIRA, A. Pode existir inclusão de pessoas com deficiência no mundo do trabalho e da educação capitalista? *Revista Educação Especial: Santa Maria*, n. 32, p. 189-200, 2008.

PHILLIPS, V. L.; HUNSAKER, A. E.; FLORENCE, C. S. Return to work and productive activities following a spinal cord injury: the role of income and insurance. *Spinal Cord: USA*, vol. 50, n. 8, p. 623-626, 2012.

PIRES, M. F. C. O materialismo histórico-dialético e a educação. *Interface: Botucatu*, vol. 1, n. 1, 1997.

RAMAKRISHNAN, K. et al. Return to work after spinal cord injury: factors related to time to first job. *Spinal Cord: USA*, vol. 49, p. 924-927, 2011.

RAMMINGER, T., NARDI, H. C. Subjetividade e trabalho: Algumas contribuições de Michel Foucault. *Interface: Botucatu*, 2008.

SANTOS, J. C., FREITAS, M. N. C. Reinserção profissional: o trabalho após a aquisição de uma deficiência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia: Rio de Janeiro*, vol. 70, n.03, 2018.

SHEM, K. et al. Return to work and school: a model mentoring program for youth and young adults with spinal cord injury. *Spinal Cord: USA*, vol. 49, n. 4, p. 544-548, 2011.

SOUZA, M. T. S.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Eisten [periódico online]: São Paulo*, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em 19 de outubro de 2020.

TEIXEIRA, B. M.; JUNIOR, E. P. L. Reflexos da reforma trabalhista na inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC: Fortaleza*, vol. 39, n. 01, p. 277-294, 2019.

TREZZINI, B.; SCHWEGLER, U.; REINHARDT, J. Work and wellbeing-related consequences of different return-to-work pathways of persons with spinal cord injury living in Switzerland. *Spinal Cord: USA*, vol. 56, n. 12, p. 1166-1175, 2018.

TRINDADE, H. Crise do capital, exército industrial de reserva e precariado no Brasil contemporâneo. *Revista Serviço Social e Sociedade: São Paulo*, n. 129, p. 225-244, 2017.

XIARONG, H. et al. Analysis of functional status, quality of life and community integration in earthquake survivors with spinal cord injury at hospital discharge and one-year follow-up in the community. *Journal of Rehabilitation Medicine: Suécia*, v. 44, n. 3, p. 200-205, 2012.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Raça: _____
Escolaridade:
() Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino superior () Outro

2 EM RELAÇÃO À LESÃO MEDULAR

Causa da lesão:
Data da lesão:
Data de início da reabilitação:

3 OCUPAÇÃO

Profissão anterior à lesão:

Vínculo na ocasião da lesão:
() Formal () Informal () Autônomo () Outro

Afastamento após a lesão: () Sim () Não

Recebe benefício: () Sim () Não Qual?

Fonte de renda atual:

Deseja voltar ao trabalho? Explicar.

Necessita voltar ao trabalho? Explicar.

Considera possível retornar para a mesma função anterior? Explicar.

Comentar sobre as dificuldades que encontrou ou que acha que irá encontrar para retornar ao trabalho.

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CAAE SCS/UFPR: 30582720.2.0000.0102 Nº PARECER: 4.075.656
CAAE HT/SESA-PR: 30582720.2.3001.5225 Nº PARECER: 4.238.996

Nós, Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque e Tatiana Crovador Siefert, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o senhor/senhora, paciente do Centro Hospitalar de Reabilitação com diagnóstico de lesão medular a participar de um estudo intitulado “*A determinação da exclusão do trabalho de pessoas com diagnóstico de lesão medular*”. A realização dessa pesquisa busca contribuir para a produção de conhecimento científico sobre a questão da reinserção no trabalho da população em questão. A partir disso, a pesquisa também pretende colaborar na percepção, reflexão e análise desta problemática e na criação de políticas públicas voltadas para a população alvo do estudo.

a) O objetivo desta pesquisa é compreender a determinação do processo de exclusão do trabalho dos usuários do Centro Hospitalar de Reabilitação do Paraná com diagnóstico de lesão medular.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a um questionário semi-estruturado em conjunto com a pesquisadora no momento da entrevista.

c) Para tanto não haverá necessidade de deslocamento pois a entrevista será realizada nas dependências do Centro Hospitalar de Reabilitação nos dias em que o senhor/senhora já esteja no local, em uma única sessão com duração aproximada de 30 minutos.

d) É possível que o senhor/senhora experimente algum desconforto, principalmente relacionado a confidencialidade e sigilo das informações ou constrangimento. A entrevista será realizada em local adequado e reservado. Garante-se o sigilo de todas as informações obtidas no momento da entrevista e a preservação de sua identidade.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo são mínimos e indiretos, relacionados ao incômodo ou constrangimento relacionados às informações pessoais. No caso de incômodo ou desconforto com alguma questão específica do questionário, existe a opção de não respondê-la. Além disso, garante-se o sigilo de sua identidade e a confidencialidade das informações.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a contribuição para a produção científica sobre a questão da dificuldade em retornar ao mundo do trabalho após a ocorrência de uma lesão medular, além de ampliar a percepção, reflexão, análise desta situação para minimizá-la.

f) Os pesquisadores Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque e Tatiana Crovador Siefert (aluna), responsáveis por este estudo poderão ser localizados no Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, situado à rua Padre Camargo, 280, bairro Alto da Glória – 7º andar, telefone: 3360-7231, de segunda a sexta-feira, das 07:30 às 18:00 ; ou pelos endereços de email: guilherme.albuquerque.ufpr@gmail.com / tatiana.siefert@gmail.com para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor/senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se o senhor/senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu tratamento no Centro Hospitalar de Reabilitação está garantido e não será interrompido caso o senhor/senhora desista de participar.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, que são os autores desta pesquisa: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque (orientador) e Tatiana Crovador Siefert (mestranda). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**.

i) O material obtido – questionários e gravações – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado (eliminação dos documentos digitalizados e descarte apropriado dos questionários através de fragmentadora de papel) ao término do estudo, dentro de 02 (dois) anos.

j) A participação na pesquisa não acarretará em qualquer custo para o senhor/senhora, que também não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. É garantido o direito à busca por indenização caso seja esse o seu caso após a participação na pesquisa.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu tratamento/atendimento no Centro Hospitalar de Reabilitação.

Eu concordo **voluntariamente** em participar deste estudo.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal)

(Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE)