



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Inclusão social da pessoa com deficiência física: fatores relacionados à sua permanência no mercado de trabalho

Bertran Gonçalves Coutinho

Campina Grande-PB

2012

Inclusão social da pessoa com deficiência física: fatores relacionados à sua permanência no mercado de trabalho

Bertran Gonçalves Coutinho

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: prof^a. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França.

Campina Grande-PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL CAMPUS I – UEPB

C871i Coutinho Bertran Gonçalves.
 Inclusão social da pessoa com deficiência física: fatores relacionados à sua permanência no mercado de trabalho. / Bertran Gonçalves Coutinho. – 2012.
 79f.

 Digitado.
 Dissertação de mestrado (Mestrado em Ciência e Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2012.
 “Orientação: Profa. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França”.

 1. Inclusão social. 2. Mercado de trabalho. 3. Deficiência física - Aspecto social. I. Título.

21. ed. CDD 302.14

FOLHA DE APROVAÇÃO

Bertran Gonçalves Coutinho

Título: Inclusão social da pessoa com deficiência física: fatores relacionados à sua permanência no mercado de trabalho.

Orientadora: prof^a. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França.

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Assinatura:



Profa. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:



Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:



Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

A Deus, em primeiro lugar, pelo presente maior, minha vida. E também a todos aqueles que não se deixaram sucumbir diante de suas limitações, e que serviram de inspiração para a produção desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

...Mais uma etapa cumprida, diante de tantas adversidades, compromissos, trabalho, lazer, enfim, diante da vida que passa a cada dia.

Durante este período, muitos foram os que contribuíram para a produção, aperfeiçoamento e conclusão desta obra, não só com conhecimentos científicos, mas também com outras qualidades igualmente importantes, perseverança, bom humor e força interior, acima de tudo.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e preocupação constante, sempre querendo o melhor para mim.

À minha orientadora, Professora Inácia Sátiro Xavier, pela sua sapiência, serenidade e exemplo de superação.

A todos os professores que ministraram as aulas do mestrado de Saúde Pública, principalmente os que participaram da banca examinadora, a professora Carla Campos Muniz Medeiros e o professor Sérgio Ribeiro dos Santos, acrescentando suas experiências e sugestões neste estudo.

Aos meus amigos e familiares, pela compreensão da ausência nos fins de semana e feriados.

À diretoria da FUNAD, em especial, a coordenadora da CORPU, por ter permitido a realização e término do estudo.

Às pessoas com concederam as entrevistas, compondo a amostra da pesquisa, imprescindíveis para os seus resultados e conclusão.

A todos o meu sincero agradecimento. Esta obra tem uma parte de cada um de vocês

Deficiência

"Deficiente" é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.

"Louco" é quem não procura ser feliz com o que possui.

"Cego" é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.

"Surdo" é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão. Pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.

"Mudo" é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.

"Paralítico" é quem não consegue andar na direção daqueles que precisam de sua ajuda.

"Anão" é quem não sabe deixar o amor crescer.

E, finalmente, a pior das deficiências é ser miserável, pois:

"Miseráveis" são todos que não conseguem falar com Deus.

Mário Quintana

RESUMO

O estudo buscou traçar um perfil socioeconômico e epidemiológico de pessoas com deficiência física inseridas na Lei de Cotas, analisar a sua qualidade de vida no trabalho (QVT), identificar os fatores responsáveis pela sua permanência na atual ocupação e buscar queixas de saúde atuais. Para isto foi realizada uma pesquisa quali-quantitativa, cuja amostra constituiu-se de 110 indivíduos com algum tipo de deficiência física. Para coleta dos dados secundários foi utilizado um formulário construído a partir das fichas de avaliação já existentes no setor de avaliação da Fundação Centro de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD), local aonde foi realizada a pesquisa. Os dados quantitativos foram analisados e expostos através do *software* estatístico SPSS 18.0. A QVT foi analisada através de uma escala polarizada e do alfa de Crombach e, finalmente, as questões subjetivas foram analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados mostraram que o sexo masculino foi predominante, com 66,36% da amostra. A média da idade foi de 29,19 para os homens e 30,86 para as mulheres. A maior parte dos entrevistados tem apenas o segundo grau completo e ganha entre um e dois salários mínimos. Quanto ao perfil epidemiológico, observou-se que, entre os homens as causas externas foram as principais causadoras de deficiência, enquanto nas mulheres as doenças infecciosas ocorreram de forma mais frequente e que o principal tipo de deficiência encontrado foi a monoparesia de membro inferior. As principais queixas relatadas pelos entrevistados foram: dores, limitação ou incapacidade na realização das atividades básicas da vida diária, o preconceito sofrido e a limitação na prática de atividades físicas. Em relação à situação profissional atual dos entrevistados, 50,9% da amostra estão trabalhando atualmente. Destes, 73,2% são funcionários regulamentados, ou por concurso público ou pela Consolidação das Leis do Trabalho. Da amostra que se encontrava desempregada, 44,44% nunca conseguiram trabalhar. Quanto à percepção de QVT, apenas 10,72% encontravam-se satisfeitos. Quando questionados sobre quais dos fatores que mais influenciavam a permanência em uma determinada ocupação, as principais respostas foram respeito dos empregadores; salário, estabilidade, quantidade e trabalho e carga horária. Faz-se necessário, porém, a realização de estudos mais amplos e específicos para que realmente possa se verificar os índices de empregabilidade entre as pessoas com deficiência em nosso país e região. Além disso, há também a necessidade de aplicação de programas de treinamento, maior participação governamental, estabilidade profissional e condições adequadas de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com deficiência; Mercado de trabalho; Satisfação no emprego

ABSTRACT

The study sought to draw a socioeconomic and epidemiological profile of people with disabilities who entered the Quota Law, analyze their quality of work life (QWL), identify the factors responsible for their remaining in current occupation and their health complaints today. For this we conducted a qualitative and quantitative survey, whose sample consisted of 110 individuals with some type of disability. For collection of secondary data a form was used built from the evaluation forms existing in the assessment sector of the Support Center for the Impaired Foundation (FUNAD), place where the research was conducted. Quantitative data were analyzed and displayed using the SPSS 18.0 statistical software. The QWL was analyzed through a polarized scale and Cronbach's alpha. Finally, subjective questions were analyzed using thematic content analysis. The results showed that males were predominant, with 66.36% of the sample. The mean age was 29.19 for men and 30.86 for women. Most respondents have only a high school education and earn between one and two minimum wages. Regarding the epidemiological profile, we found that, among men external causes were the leading cause of disability, while in women, infectious diseases occurred more frequently and that the main type of disability found was the lower limb paresis. The main problems reported by respondents were: pain, limitation or disability in performing basic activities of daily living, the prejudice suffered and limitation in physical activity. Regarding current employment status of the respondents, 50.9% of the sample is currently working. Of these, 73.2% are regulated employees, either by public contest or by the Consolidation of Labor Laws., 44.44% of the unemployed, in the sample, were never able to work. Regarding the perception of QWL, only 10.72% were satisfied. When asked which of the factors most influenced their stay in a particular occupation, the top responses were employers' respect, salary, stability, work hours and workload. It is necessary, however, to carry out further and more specific studies that can really verify employment rates among people with disabilities in our country and region. Moreover, there is also the need for application of training programs, greater government participation, job security and adequate working conditions.

KEYWORDS: People with disabilities, labor market; Job satisfaction

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 01

TABELA 01 - <i>Características socioeconômicas das PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110.....</i>	34
TABELA 02 - <i>Fator causador da deficiência em PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110.....</i>	36
TABELA 03 - <i>Tipo de deficiência em PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110.....</i>	38

ARTIGO 02

TABELA 01 - <i>Vínculo empregatício das PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110.....</i>	54
TABELA 02 - <i>Qualificação profissional das PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110.....</i>	56
TABELA 03 - <i>Fator causador do desemprego das PcDs entrevistadas no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110.....</i>	57
TABELA 04 - <i>Análise fatorial dos componentes principais do questionário de QVT.....</i>	58
TABELA 05 - <i>Escore da escala QVT.....</i>	59
TABELA 06 - <i>Correlação entre QVT e dados socioeconômicos.....</i>	60
TABELA 07 - <i>Principais regiões de desconforto das PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110.....</i>	63

LISTA DE GRÁFICOS

ARTIGO 01

GRÁFICO 01 – *Situação profissional x grau de instrução de PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110.....* 39

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
OBJETIVOS.....	23
GERAL.....	23
ESPECÍFICOS.....	23
MATERIAIS E MÉTODOS.....	24
TIPO DE ESTUDO.....	24
LOCAL DA PESQUISA.....	24
POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	26
INTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	26
PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	27
PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
ASPECTOS ÉTICOS.....	28
RESULTADOS.....	30
ARTIGO 01 - Perfil socioeconômico e queixas atuais de pessoas com deficiência física beneficiadas com a lei n° 8.213 (Lei de cotas).....	30
Resumo.....	30
Abstract.....	29
Introdução.....	29
Materiais e métodos.....	31
Resultados e discussão.....	32
Considerações.....	45
Referências.....	45

ARTIGO 02 - Qualidade de vida no trabalho de pessoas com deficiência física.....	47
Resumo.....	47
Abstract.....	48
Introdução.....	48
Materiais e métodos.....	50
Resultados e discussão.....	51
Considerações.....	62
Referências.....	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICES.....	68
A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	69
B – QUESTIONÁRIO DE SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL E QVT.....	70
C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	71
D – TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO.....	72
E – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR.....	73
ANEXOS.....	75
A – QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO PROPOSTA POR WALTON.....	76
B – FORMULÁRIO DE PARECER DO COMITÊ DE ÈTICA EM PESQUISA.....	77

INTRODUÇÃO

As doenças, bem como as limitações físico-funcionais decorrentes de suas sequelas, sempre foram comuns na história das sociedades, havendo, inclusive, registros de descrição de pessoas com deficiências nas mitologias grega e romana¹.

Tão antigo quanto as deficiências, é também o preconceito que as cercam. Pessoas que nasciam “diferentes” não podiam participar normalmente da sociedade. A partir daí, ouvia-se falar na criação de uma raça superior, livre de doenças e debilidades. Platão assegurava que, para se formar uma sociedade forte e saudável, seria preciso cuidar apenas dos filhos mais resistentes².

Visando a “criação de uma raça pura”, várias sociedades cometeram atrocidades diversas. Em países como Suíça, Suécia, Dinamarca e Noruega a eugenia negativa era legalizada. Nos Estados Unidos, entre 1927 e 1972, cerca de 7500 foram esterilizadas. Indivíduos com algum tipo de comprometimento físico e/ou mental eram banidos da sociedade com a morte, ou então escondidos e internados em instituições custodiais^{3,4}.

As pessoas com deficiência, consideradas por muitos “dispensáveis e imprestáveis”, somente passaram a receber maior atenção a partir da Segunda Guerra Mundial, com a volta dos veteranos, muitos deles com deficiências diversas causadas por ferimentos. A partir daí, instalou-se a indústria da reabilitação para atender aos mutilados da guerra^{1,5}.

No Brasil, além da transição epidemiológica ocorrida na década de 40, onde passaram a predominar as doenças crônicas, a evolução tecnológica nos cuidados em saúde possibilitou maior sobrevivência às pessoas com deficiências congênitas e, desde então, elas têm se organizado mundialmente para lutar por uma sociedade mais inclusiva. Em 1960, as pessoas portadoras de deficiências começaram a ser designadas como excepcionais, uma vez que fugiam dos padrões de normalidade estabelecidos pela sociedade. Surgiram assim as Associações de Pais e Amigos de Excepcionais (APAEs), proporcionando importante avanço, porém mantendo tais pessoas na condição de segregação social^{3,6}.

Nos anos 80, o processo de redemocratização e o fortalecimento da organização popular exigiram a universalização do acesso a diversos direitos sociais, entre os quais se destacou a defesa pelo direito à saúde como direito universal e dever do Estado².

Finalmente, em maio de 2001, surgiu a International Classification of Functioning Disability and Health. Nela, foram descritas a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às

condições de saúde, suas limitações e sua participação social, contribuindo com uma nova visão da pessoa com deficiência. Esse fato pode ser considerado um marco na evolução dos conceitos relacionados à pessoa com deficiência³.

A definição de “deficiência” sempre foi complexa e subjetiva, consequência do grau, tempo e das sequelas deixadas pela patologia. (...) Assim, a falta de uma conceituação correta do termo tem sido considerada um impedimento para a promoção da saúde de pessoas com deficiência (...)⁷.

A partir do conceito informado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foram sendo criadas expressões diferentes para definir aqueles que apresentavam algum tipo de deficiência. A nomeação do sujeito deficiente como "pessoa portadora de deficiência" foi realizada pela Constituição de 1988, que consagrava um termo comum na época, "portador de deficiência" ou simplesmente "deficiente". Já o Decreto nº 914, de 06 de setembro de 1996, utiliza o termo “Pessoa com Deficiência”, ou a sigla PcD, como aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou reduções de alguma estrutura ou função anatômica, o que gera incapacidade para a realização de certas atividades^{1,8}.

O Decreto nº 5.296, de dezembro de 2004, afirma que a pessoa com deficiência é aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando um comprometimento de sua função, podendo se apresentar sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral e membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho das funções. As pessoas com deficiência necessitam de recursos especializados para desenvolver seu potencial e superar ou minimizar suas dificuldades^{9,10}.

Mais do que definições, estas expressões carregam significados maiores e devem ser utilizadas com cuidado. O termo incapacidade, por exemplo, não é necessariamente o resultado de uma condição de saúde, mas se relaciona à influência e a efeitos de fatores sociais, psicológicos e ambientais. Assim sendo, a incapacidade não é algo que a pessoa tem, mas alguma coisa que acontece em algum momento de sua vida. “(...) ela seria uma forma de opressão social, discriminação e exclusão, que incapacitam o indivíduo deficiente (...)⁶”.

Considerando o tipo de deficiência, as conceituações e proposições difundidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e OMS serviram de orientação para a legislação brasileira, que agrupa as várias modalidades de "perda ou anormalidade" em quatro categorias

principais – física, auditiva, visual e mental – com as caracterizações e qualificações pertinentes, além dos respectivos critérios de enquadramento⁷.

Com relação ao grau de deficiência, a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999) define deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente como aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação total, apesar de novos tratamentos e incapacidade como uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida¹¹.

A deficiência é construída historicamente e por isso é controverso declará-la como um fenômeno somente biológico. Desta forma, é necessário diferenciar os conceitos - lesão e deficiência - já que a lesão é uma expressão biológica, enquanto a deficiência é um fenômeno sociológico, ou seja, a sociedade tem a capacidade de transformar tais grupos em “deficientes ou incapazes”^{6,12,13}.

Atualmente existem cerca de 600 milhões de pessoas com deficiência (PcDs) no mundo. Estas pessoas estão dentre as mais estigmatizadas, mais pobres e que têm os níveis mais baixos de escolaridade de todos os cidadãos, caracterizando uma violação de direitos humanos. Mais de 10% da população mundial vivem com algum tipo de deficiência^{1,12,14}. No Brasil, de acordo com o último Censo realizado no ano de 2010, 23,92% da população apresentam algum tipo de deficiência permanente, dentre os quais 6,96% são portadores de deficiência física, de graus variados. A região Nordeste lidera em número de pessoas com deficiência geral (DG) e deficiência física (DF), com 26,63% e 7,78%, respectivamente, seguidas das regiões Norte (DG = 23,04; DF = 6,08), Sudeste (DG = 23,03; DF = 6,74), Sul (DG = 22,51; DF = 7,1) e Centro-oeste (DG = 22,50; DF = 5,83)¹⁵.

A Paraíba, por sua vez, ocupa a segunda posição no ranking dos estados brasileiros, com um percentual de 27,76% de pessoas com deficiência, perdendo apenas para o Rio Grande do Norte (27,86%)¹⁵. Desse percentual, nosso estado possui cerca de 8,52% (aproximadamente 320.908 em número absoluto) de pessoas com deficiência física, já que sua população, de acordo com o Censo 2010, é de aproximadamente 3.766.528 habitantes.

É importante salientar que a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considerou como deficiência física a falta de um ou mais membros (perna ou braço). Enquanto a deficiência motora foi focalizada como pessoas que têm algumas ou grandes dificuldades permanentes de caminhar, subir escadas, pronunciar palavras ou realizar tarefas da vida diária.

Por causa do preconceito existente, as PcDs acabam se marginalizando, concentrando-se em centros específicos e isolando-se da sociedade, ou então se submetendo a ocupações que estão aquém de sua capacidade física e mental. O corpo é susceptível às influências socioculturais. Então, a autoestima baixa, a imagem corporal negativa, autoaceitação reduzida, insegurança, crenças disfuncionais e isolamento social acabam prejudicando o aprendizado das habilidades sociais, a qualidade das relações interpessoais e até as iniciativas de contatos sociais, isolando cada vez mais este grupo^{8,16}.

Portanto, os altos índices de pessoas com deficiência no mundo e o preconceito que elas ainda sofrem levaram a ONU aprovar, em 1975, a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, onde se preconiza que (...) toda pessoa deve ser percebida, compreendida e recebedora das mesmas chances para reivindicar e ter oportunidades reconhecidas para uma vida individual ou social, às das demais pessoas (...). Logo após, a OMS criou o Dia Internacional das PcDs, com o objetivo de promover e aprofundar as discussões e o conhecimento sobre o assunto e buscar suporte para a dignidade, direitos e bem estar de pessoas com deficiência^{2,14}.

A Constituição Brasileira, ao tratar da saúde, utiliza apenas o termo "recuperação" (artigo 196), a qual pode estar ou não associada ao atendimento integral das pessoas com deficiência e, apenas na seção da Assistência Social (artigo 203) é que surgem os termos "habilitação", "reabilitação" e "promoção" de sua integração à vida social¹².

Sob o rótulo genérico de atenção ou atendimento à PcD, os anos mais recentes presenciaram a criação de inúmeras iniciativas, programas e projetos orientados à inclusão dos diferentes tipos de deficiência no acesso e consumo de bens e serviços e no mercado de trabalho. O direito de ir e vir, trabalhar e estudar é o tripé da inclusão social e, para que ele se torne realidade, é necessário que o Estado forme uma sociedade livre, justa e solidária (art. 3º, Constituição Federal), o que se inicia com a implantação de políticas públicas específicas e eficazes¹⁷.

Em 1989, o Brasil formalizou a Lei nº 7.853/89, denominada de Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, embora só em 1999 essa lei tenha sido

regulamentada através do Decreto nº 3.298/99, que preconizava que órgãos e entidades do poder público deveriam assegurar à PcD o pleno exercício de seus direitos, inclusive à educação, saúde, trabalho, desporto, turismo, lazer, previdência social, assistência social, transporte, edificação pública, habitação e à cultura. Ainda, nos anos 90, através do Decreto nº 3076 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE), cuja função era coordenar as políticas públicas de atenção a este grupo².

No âmbito trabalhista, o Brasil possui uma legislação que entrou em vigor há mais de 14 anos e que garante às PcDs o acesso ao mercado de trabalho, mais precisamente nas Leis nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que define em até 20% o percentual de vagas em concursos públicos. De acordo com dados divulgados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), o desemprego entre os deficientes, considerados aptos ao mercado de trabalho é extremamente maior do que para as pessoas ditas "normais", podendo chegar a 80% em alguns países em desenvolvimento. Até dezembro 2010, nosso país deveria empregar 851.078 PcDs, segundo dados da fiscalização do Ministério do Trabalho. Entretanto, o total era de apenas 18% do total e o estado com maior índice de descumprimento era a Paraíba, com 4%, seguido de Santa Catarina, com 3,4%¹⁴.

Tentando reduzir tais índices, órgãos responsáveis buscaram uma forma de estabelecer uma "reserva de mercado" para beneficiar as PcDs, consignando no art. 93, da Lei nº 8.213/91 (Plano de Benefícios da Previdência Social), onde empresas privadas com 100 ou mais empregados estão obrigadas a contratar, entre dois e 5% dos seus cargos, trabalhadores reabilitados ou pessoas com algum tipo de deficiência. Os valores que lastreiam a Lei nº 8.213/91 estão contidos nos arts. 1º, 3º e 5º da Constituição Brasileira e buscam cumprir os princípios da dignidade e cidadania, do valor social do trabalho e da livre iniciativa e o da igualdade real de todos perante a lei. O descumprimento da Lei de Cotas tem sido foco de intensa fiscalização da Delegacia Regional do Trabalho¹². A reserva de cotas para as PcDs surgiu primeiramente na Áustria, na Alemanha, na França e na Itália para atender acordos e recomendações da recém-criada Organização Internacional do Trabalho¹⁸.

Com o objetivo de garantir o cumprimento da Lei de Cotas, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) decretou, desde 2005, a concessão de um aumento de 30% na pontuação dos auditores em relatórios de inspeção nos quais constem o registro de PcDs e aprendizes, a criação de grupos de trabalho para elaborar e implementar a Política Nacional sobre Discriminação e a normatização das ações em todo o país¹⁷.

Quando uma sociedade exclui qualquer pessoa física, independente de sua condição, está desrespeitando sua cidadania. É certo que já ocorreram avanços em determinados campos das deficiências. Todavia, é fácil observar que espaços, equipamentos e comportamentos da sociedade ainda seguem um padrão que somente atende às necessidades das pessoas sem deficiências².

Além disso, muitas empresas, apesar dos seus esforços, têm encontrado dificuldades para cumprir a Lei n.º 8.213/91, pois encontrar mão de obra qualificada tem sido um desafio. Outro aspecto que dificulta a inserção da PcD no trabalho é a falha no processo de formação e qualificação profissional. No Brasil, essa formação tem frequentemente ocorrido por intermédio de programas desenvolvidos por oficinas pedagógicas ou protegidas de instituições de ensino especial. Entretanto, alguns especialistas consideram que as atividades comumente ensinadas são selecionadas mais em função dos recursos materiais disponíveis e da tradição institucional do que da demanda do mercado de trabalho, pouco contribuindo para efetivamente qualificar essa população¹⁰. Desta forma, a grande maioria das empresas não consegue cumprir a Lei de Cotas, ainda que, predominantemente, afirmem que contratam PcDs exatamente por causa da pressão da referida lei, ou então autorizam estas pessoas a permanecerem em seu domicílio, sem trabalhar, apenas com o objetivo de preencher sua cota ou de chamar a atenção para o fato de que a lei não leva em conta se existem pessoas suficientemente qualificadas para ocupação das cotas. Existem ainda argumentos que alegam ser a Lei de Cotas uma "medida discriminatória às avessas" e não inclusiva¹⁸.

De uma forma ou de outra, observa-se que o índice de exclusão social continua em grandes dimensões, em todo o mundo, não apenas pelo seu descumprimento, mas também pela forma inadequada que ela funciona, sem preocupar-se em oferecer condições de trabalho apropriadas para as limitações físicas deste grupo, que passa, na maioria das vezes, a sentir-se insatisfeito em suas ocupações. As definições de qualidade de vida no trabalho se estendem desde cuidados médicos estabelecidos pela legislação de saúde e segurança até motivação, caminhos que levam à discussão das condições de vida e bem estar de pessoas, grupos ou mesmo comunidades¹⁹.

Os conceitos de Qualidade de Vida no Trabalho englobam, portanto, requisitos físicos, psicossociais e legislativos, que devem ser alcançados. O trabalho deverá proporcionar ao empregado um bem estar físico, mental, econômico e social, permitindo que o indivíduo possa ter sua condição de cidadão. Percebe-se então a necessidade de que os funcionários se sintam satisfeitos, realizados, reconhecidos, respeitados e valorizados em seu ambiente de

trabalho. Os indicadores são instrumentos de planejamento e decisão que trazem objetividade de avaliação, facilitam o levantamento de informações e demonstram dados e efeitos de determinadas ações. Para se estudar os indicadores de Qualidade de Vida no Trabalho foram propostos vários modelos que levaram os nomes de seus autores: Walton, Fernandes, Nadler e Lawler, Vieira, Huse e Cummings, Hackman e Oldhan²⁰.

Um dos modelos mais utilizados no Brasil, pela sua clareza, objetividade e por ser bastante completo é o proposto por Walton, onde ele propõe oito categorias conceituais que são consideradas como modelos de análises sobre Qualidade de Vida no Trabalho. Cada critério resulta em alguns indicadores de QVT: 1) compensação justa e adequada; 2) condições de trabalho; 3) uso e desenvolvimento de capacidades; 4) oportunidade de crescimento e segurança 5) integração social na organização; 6) constitucionalismo; 7) trabalho e espaço total da vida e 8) relevância social do trabalho na vida⁵.

Com relação à Qualidade de Vida no Trabalho de pessoas com deficiência, a literatura é bastante escassa, o que torna o estudo em questão de relevância significativa, podendo servir de base para realização de futuras pesquisas. Sabe-se, porém, que, o trabalho ganha cada vez mais influência na vida das pessoas em nossa sociedade, afetando de forma significativa sua saúde física e/ou mental. Assim, indivíduos que já possuem alterações físico/funcionais e trabalham em um ambiente inadequado podem se sentir muitos mais insatisfeitos em relação a outras pessoas ditas “normais”.

A inclusão das PcDs no mercado formal de trabalho sempre representou um problema, já que cada vez mais as exigências quanto a qualificação profissional aumentam. Dessa forma, nos processos seletivos, as pessoas com alguma limitação física, sensorial ou mental tendem a ficar em posição de desvantagem e perdem na competição em relação aos demais candidatos. Serviços de reabilitação vocacional desenvolvem ou restauram a capacidade de pessoas com deficiência para que possam participar do competitivo mercado de trabalho. Os serviços normalmente relacionam treinamento de trabalho, aconselhamento e colocação. Contudo, o que se observa é que, além de fatores individuais, econômicos e sociais, outro aspecto que dificulta a inserção da PcD no trabalho é a falha no processo de formação e qualificação profissional, onde eles acabam assumindo cargos que estão aquém de suas capacidades intelectuais^{6,14}.

É de fundamental importância a avaliação da qualidade de vida no trabalho de pessoas que possuem algum tipo de limitação física/funcional e que são inseridas formalmente no mercado de trabalho através da Lei de cotas. Apesar de ser um conceito subjetivo, esta

avaliação busca melhorar o ambiente de trabalho e, de certa forma, o bom funcionamento das empresas. A Lei nº 8213/91 obriga alguns estabelecimentos particulares com mais de cem funcionários a contratarem PcDs, sendo multados caso não cumpram com suas obrigações legais. Diante disso, estas pessoas acabam muitas vezes assumindo cargos inadequados às suas limitações físicas, simplesmente por questões burocráticas, o que interfere significativamente na sua qualidade de vida e/ou no ambiente profissional.

Criada pela Lei nº 5.208 de 18/12/89, a Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD) tem como atribuição básica habilitar, reabilitar, profissionalizar e inserir no mercado de trabalho pessoas com todos os tipos de deficiência, bem como desenvolver programas de prevenção e capacitação de recursos humanos. Gerencia, ainda, as ações de educação especial em todo o Estado da Paraíba²¹.

A FUNAD dispõe de vários setores, dentre eles, a Coordenadoria de Treinamento, Produção e Apoio Profissionalizante (CORPU), que tem como função principal avaliar e reintegrar a PcD à sociedade, dentro de suas limitações. O setor atende usuários que tentam a inclusão no mercado de trabalho, através da Lei de cotas. Anualmente são avaliados no setor cerca de 900 pessoas com algum tipo de deficiência física. Destas, aproximadamente 35 a 40% se enquadram na Lei nº 8213/91, sendo consideradas aptas ao mercado de trabalho, logicamente levando-se em consideração suas limitações físicas. Os candidatos procuram os serviços de avaliação da referida instituição através de encaminhamento do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), por orientação das empresas aos quais estão em processo de seleção profissional, ou ainda por indicação de outras instituições que prestam algum tipo de assistência às PcDs.

Questiona-se, então, quantos indivíduos que possuem algum tipo de deficiência física e que foram inseridos na Lei de cotas estão trabalhando formalmente na cidade de Campina Grande-PB, qual o perfil destas pessoas, se sua ocupação atual condiz com o tipo de limitação/deficiência e se existe qualidade de vida em seu ambiente de trabalho. Atualmente se enfatiza na mídia o termo “inclusão social”. Mas, até que ponto a teoria e a prática caminham em conjunto?

Torna-se então necessário uma investigação mais aprofundada sobre o tema, para que assim se verifique a situação atual do problema em questão. Espera-se, com os resultados alcançados, exibir o cenário atual das PcDs que tentam ingressar ou se manter no mercado formal de trabalho e verificar se a Lei nº 8.213 está sendo obedecida e, ainda, a que condições de trabalho estas pessoas estão sendo impostas, o que poderá contribuir para reforçar a

necessidade de uma maior conscientização das empresas em relação às pessoas com deficiência e, ao mesmo tempo, uma fiscalização das mesmas a respeito dos seus deveres no que concerne a este grupo.

Outro benefício trazido pela pesquisa será em relação à própria instituição responsável pela triagem dos candidatos à Lei de cotas que, ciente dos resultados, poderá direcionar melhor as pessoas com deficiência às empresas, possibilitando que elas ocupem um cargo adequado e satisfatório à sua condição física.

OBJETIVOS

GERAL: Investigar a inserção de pessoas com deficiência física no mercado de trabalho avaliadas pela equipe interdisciplinar da Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência.

ESPECÍFICOS:

- Levantar o número de pessoas com deficiência que foram encaminhadas ao mercado de trabalho, através de Lei de Cotas, na Cidade de Campina Grande-PB, bem como traçar o seu perfil socioeconômico e epidemiológico;
- Descrever os principais tipos de deficiência física e as queixas atuais de saúde;
- Avaliar a qualidade de vida no trabalho das pessoas formalmente empregadas e tentar identificar os fatores responsáveis pela sua permanência na atual ocupação;
- Buscar queixas atuais de saúde e suas possíveis relações com suas ocupações.

MATERIAL E MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO:

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, de caráter longitudinal e analítico. A pesquisa longitudinal é aquela que estuda o fenômeno por um período de tempo substancial e o pesquisador estuda as mudanças no fenômeno provocadas pelo tempo. Já as pesquisas analíticas envolvem o estudo e avaliação aprofundados de informações disponíveis na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno.

LOCAL DA PESQUISA:

O estudo foi realizado na FUNAD, já que esta dispõe de uma grande demanda de usuários, atendidos diariamente. Criada pela Lei nº 5.208 de 18/12/89, a Fundação Centro Integrado de Apoio Ao Portador de Deficiência (FUNAD), uma empresa do setor público Estadual, tem como atribuição básica habilitar, reabilitar, profissionalizar e inserir no mercado de trabalho, pessoas com todos os tipos de deficiência, bem como desenvolver programas de prevenção e capacitação de recursos humanos. Gerencia, ainda, as ações de educação especial em todo o Estado da Paraíba. Atende às PcD mental, visual, auditiva, física, múltipla, sequelados de hanseníase e pessoas com necessidades de educação especial.

A instituição está dividida em diversas coordenadorias, cada uma com uma função específica: Coordenadoria de Triagem e Diagnóstico (CORDI), Coordenadoria de Educação Integrada (CODEI), Comissão Permanente de Prevenção das Deficiências e Interiorização (COPREDI), Coordenadoria de Atendimento ao Portador de Deficiência Mental (CODAM), Coordenadoria de Atendimento ao Portador de Deficiência Auditiva (CODAPA), Coordenadoria de Atendimento ao Portador de Deficiência Física (CODAFI), Coordenadoria de Atendimento ao Portador de Deficiência Visual (CODAVI), Coordenadoria de Treinamento, Produção e Ensino Profissionalizante (CORPU), além dos núcleos de apoio:

Núcleo de Educação Física e Desportos (NED), Núcleo de Vivência e Artes (NVA), Núcleo de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação (NAAHS) e o Sistema Nacional de Informação sobre Deficiência (SICORDE). Dispõe ainda das acessórias de Educação Especial e a de Defesa dos Direitos da Pessoa Portadora de deficiência e, finalmente, possui o Centro de Apoio ao Portador de Deficiência Visual (CAP) e o Centro de Atendimento aos Surdos (CAS).

A equipe de reabilitadores que compõe o quadro de funcionários é interdisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, educadores físicos, odontólogos e assistentes sociais, além de professores de educação especial e de cursos de aprimoramento (informática, libras, carpintaria, culinária, artesanato, dança, teatro, entre outros) e a equipe de manutenção e administrativa. A fundação se localiza na cidade de João Pessoa, na Rua Orestes Lisboa s/n, conjunto Pedro Gondim e funciona de segunda a sexta-feira, das 7 às 18 horas.

A CORPU, coordenadoria responsável pela triagem dos candidatos à Lei de Cotas, e local aonde os dados foram coletados, dispõe de um banco de dados onde ficam armazenadas todas as informações dos usuários avaliados, encaminhando-os às empresas que solicitam acessoria da fundação, fornecendo então um profissional apto a desempenhar as funções desejadas.

POPULAÇÃO E AMOSTRA:

Foram entrevistadas durante o período de coleta dos dados (abril de 2009 a abril de 2011) 253 pessoas. Destas, formaram a população do estudo 145 indivíduos, já que apenas estes realmente tiveram sua deficiência física realmente comprovada pela equipe de avaliação da FUNAD. Para o cálculo da amostra foi utilizada seguinte fórmula, considerando que o estudo em questão apresentou uma população finita: $n = N \cdot Z^2 \cdot P(1-P) / (N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot P(1-P)$, onde:

n = amostra

N = População (145)

Z = intervalo de confiança (1,96)

P = prevalência (0,5)

e = erro tolerado (0,05)

Assim, chegou-se a um valor de 102 indivíduos. A este foi acrescentado ainda um valor de 5% (valor mínimo considerável para possíveis perdas), ou seja, sete indivíduos, totalizando então, uma amostra de 107 entrevistados, sendo o valor arredondado então para 110 indivíduos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

Participaram da pesquisa todos os indivíduos, maiores de 18 anos de idade, independente de sexo, nível econômico, social e tipo de deficiência física, avaliados pelo setor de triagem da FUNAD durante o período de abril de 2009 a abril de 2011, que tenham se enquadrado na Lei nº 8213/91, residissem e trabalhassem na cidade de Campina Grande-PB, no período de coleta, sendo excluídos aqueles que tivessem um nível cognitivo inadequado para responder às questões propostas.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS:

Para coleta dos dados secundários foi utilizado um formulário (APÊNDICE A), construído a partir das fichas de avaliação já existentes no setor da CORPU (avaliação médica, fisioterapêutica e da assistência social), onde foram coletados os dados socioeconômicos e epidemiológicos dos entrevistados, além de uma entrevista estruturada (APÊNDICE B), que constava de duas etapas. A primeira foi baseada nos critérios de Qualidade de Vida no Trabalho propostos por Walton, que propõe oito categorias conceituais: compensação justa e adequada, condições de trabalho, uso e desenvolvimento de capacidades, oportunidade de crescimento e segurança, integração social na organização, ausência de preconceitos, constitucionalismo, o trabalho e o espaço total de vida e relevância social do trabalho na vida (ANEXO A), sendo modificados alguns itens apenas com o objetivo de melhorar a compreensão dos entrevistados, sem prejuízos, portanto à validade do instrumento original.

A segunda etapa da entrevista foi composta por questões objetivas e subjetivas, onde foram destacadas questões como situação profissional atual, função exercida, desconfortos físicos atuais e suas possíveis relações com o trabalho, bem como os fatores relacionados à permanência no emprego atual (caso esteja trabalhando formalmente). Caso o candidato estivesse desempregado, foi questionado sobre os motivos que dificultaram ou impediram sua entrada no mercado formal de trabalho. Para se verificar a eficácia do instrumento, foi realizado um teste piloto, envolvendo um total de 10% da amostra, ou seja, onze indivíduos, que não foram inseridos na amostra definitiva do estudo.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS:

A coleta dos dados secundários foi realizada durante o mês de julho de 2011, na FUNAD. Para a realização da segunda etapa, os indivíduos sorteados correspondentes à amostra foram contactados mediante telefonema, onde foi explicado todo o objetivo da pesquisa e como ela seria realizada, bem como o local, a data e o horário da entrevista. Caso o candidato não concordasse em participar ou, por algum motivo, não foi possível o contato com o mesmo, novos prontuários foram sendo sorteados, aleatoriamente, até se alcançar a amostra desejada. Em alguns casos o pesquisador necessitou deslocar-se até a residência do entrevistado, local de trabalho ou outro previamente estabelecido. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Os entrevistados foram identificados pelos números de seus prontuários, que ficam arquivados no setor de triagem da CORPU.

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS:

Os dados quantitativos (sexo, idade, renda, grau de instrução, tipo de deficiência e situação profissional atual) foram analisados e expostos utilizando-se o *software* estatístico *Statistical Package for Social Science* - SPSS 18.0. Como os resultados apresentaram-se basicamente de forma descritiva, foram utilizadas tabelas, apresentando médias e desvio-padrão para exposição dos mesmos.

Com relação à percepção da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) foi especificada uma escala do tipo Likert, proposta por Timossi²², polarizada em cinco pontos: 1 – muito insatisfeito, 2 – insatisfeito, 3 – nem insatisfeito nem satisfeito, 4 – satisfeito, 5 – muito satisfeito. A proposta desta escala é verificar a satisfação do colaborador em relação ao critério indicado, levando em conta suas necessidades e anseios individuais. É importante destacar que a percepção do indivíduo de QVT é subjetiva. Sendo assim, os resultados obtidos na escala proposta não podem ser falsos nem verdadeiros, mas válidos ou não válidos, de acordo com sua utilidade para a compreensão significativa dos acontecimentos estudados pelo investigador. Posteriormente, as respostas foram subdivididas em três categorias apenas: insatisfeitos, intermediário e satisfeitos.

Para se testar a adequação dos dados foram utilizados os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis e o teste de esfericidade de Bartlett, que testa a correlação entre os dados. Com relação à associação entre as variáveis do questionário e sua consistência interna, foi utilizado o alfa de Crombach. Para categorizar os participantes quanto a sua pontuação de QVT, utilizaram-se os critérios sugeridos pelos autores de validação do instrumento²⁰. Finalmente, foram realizados testes de correlação de Pearson com o fim de verificar associações da QVT com algumas variáveis socioeconômicas, adotando aqui um nível de significância $p < 0,05$.

Quanto às questões subjetivas, a forma de análise foi feita através da análise de conteúdo temática, após categorização das respostas, realizada posteriormente. O método de análise de conteúdo constitui-se em um conjunto de técnicas utilizadas na análise de dados qualitativos. Constitui-se, basicamente, de três fases: preexploração do material; seleção das unidades de análise (ou unidades de significados), categorização e subcategorização.

ASPECTOS ÉTICOS:

Cumpramos ressaltar que os voluntários desta pesquisa estiveram cientes dos objetivos e métodos que foram utilizados no estudo, sendo-lhes apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), no qual foram oferecidas todas as informações sobre o projeto, contidas na Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de

1996, onde constam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Para a coleta de dados dos prontuários da instituição foi emitido um termo de compromisso do pesquisador para uso de dados em arquivo (APÊNDICE D). Além disso, o mesmo assinou um termo de compromisso (APÊNDICE E), onde constavam todas as informações do estudo em questão.

Vale salientar ainda que a pesquisa só foi iniciada após a sua autorização pela instituição e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (ANEXO B).

RESULTADOS

ARTIGO 01 - Perfil socioeconômico e queixas atuais de pessoas com deficiência física beneficiadas com a lei n° 8.213/91 (Lei de cotas)

ARTICLE 01 - Socioeconomic profile and current complaints of people with physical disabilities benefited from the law n ° 8.213/91 (Law quota)

Bertran Gonçalves Coutinho

Inácia Sátiro Xavier de França

Resumo

O presente estudo buscou traçar um perfil socioeconômico e epidemiológico de pessoas com deficiência física inseridas na Lei de Cotas, bem como identificar as principais queixas relacionadas à sua limitação física. Para isto foi realizada uma pesquisa qualiquantitativa, cuja amostra constituiu-se de 110 indivíduos com algum tipo de deficiência física. Para coleta dos dados secundários foi utilizado um formulário construído a partir das fichas de avaliação já existentes no setor de avaliação da Fundação Centro de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD), local aonde foi realizada a pesquisa. Os dados quantitativos foram analisados e expostos através do *software* estatístico SPSS 18.0. As questões subjetivas foram analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados mostraram que o sexo masculino foi predominante, com 66,36% da amostra. A média da idade foi de 29,19 para os homens e 30,86 para as mulheres. A maior parte dos entrevistados tem apenas o segundo grau completo e ganha entre um e dois salários mínimos. Quanto ao perfil epidemiológico, observou-se que, entre os homens as causas externas foram as principais causadoras de deficiência, enquanto nas mulheres as doenças infecciosas ocorreram de forma mais frequente e que o principal tipo de deficiência encontrado foi a monoparesia de membro inferior. As principais queixas relatadas pelos entrevistados foram: dores, limitação ou incapacidade na realização das atividades básicas da vida diária, o preconceito sofrido e a limitação na prática de atividades físicas. Em relação à situação profissional atual dos entrevistados, 50,9% da amostra estão trabalhando atualmente. Destes, 73,2% são funcionários regulamentados, ou por concurso público ou pela Consolidação das Leis do Trabalho. Faz-se necessário, porém, a realização de estudos mais amplos e específicos para que realmente possa se verificar os índices de empregabilidade entre as pessoas com deficiência em nosso país e região.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com deficiência; Mercado de trabalho; Desemprego.

Abstract

The present study sought to draw a profile of socioeconomic and epidemiological physically handicapped inserted into Quota Law, as well as identifying the main complaints related to their physical limitations. For this we conducted a qualitative and quantitative survey, whose sample consisted of 110 individuals with some type of disability. For collection of secondary data was used a form built from the evaluation forms existing in the sector assessment Foundation Support Center for the Impaired (FUNAD), location where the research was conducted. Quantitative data were analyzed and displayed using the SPSS 18.0 statistical software. The subjective questions were analyzed using thematic content analysis. The results showed that males were predominant, with 66.36% of the sample. The mean age was 29.19 for men and 30.86 for women. Most respondents have only a high school education and earn between one and two minimum wages. Regarding the epidemiological profile, we found that, among men external causes were the leading cause of disability, while women, infectious diseases occurred more frequently and that the main type of disability was found to lower limb paresis. The main problems reported by respondents were: pain, limitation or disability in performing basic activities of daily living, the prejudice suffered and limitation in physical activity. Regarding current employment status of the respondents, 50.9% of the sample are currently working. Of these, 73.2% are employees regulated, or by tender or by the Consolidation of Labor Laws. It is necessary, however, to carry out further studies and specific that can really verify employment rates among people with disabilities in our country and region.

KEYWORDS: People with disabilities; Labor market; Unemployment.

Introdução

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) define deficiência como alterações nas funções ou estruturas do corpo, como um desvio significativo ou uma perda, temporária ou permanente, acarretando assim prejuízos à população economicamente ativa e à previdência do país¹. Outros conceitos acrescentam que a deficiência se expressa pela perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, podendo ser congênita ou adquirida, multifatorial e que possui graus variados de intensidade².

As doenças, bem como as limitações físico-funcionais decorrentes de suas sequelas, sempre foram comuns na história das sociedades, havendo, inclusive, registros de descrição de pessoas com deficiências (PcDs) nas mitologias grega e romana¹. Tão antigo quanto as deficiências é também o preconceito que as cercam. Pessoas que nasciam “diferentes” não podiam participar normalmente da sociedade. A partir daí, ouvia-se falar na criação de uma

raça superior, livre de doenças e debilidades. Assim, Platão assegurava que, para se formar uma sociedade forte e saudável, seria preciso cuidar apenas dos filhos mais resistentes³.

A deficiência física integra o quadro das condições crônicas que exigem cuidado permanente ou por períodos mais longos. Diante disso, os modelos de atenção em saúde devem inserir aspectos importantes da vivência dessa condição fornecidos pelos seus portadores, o que reforça a necessidade de pesquisas aonde se considere as opiniões dos principais interessados⁴.

O preconceito e a discriminação em relação às PcDs são amplos e, atualmente, adquiriram o conteúdo de exclusão social, restringindo este grupo do convívio na comunidade e privando-lhes de um dos direitos mais básicos de cidadania, que é o direito à educação e ao trabalho⁵.

A Constituição Federal de 1988 previa benefícios específicos para PcDs. Revestida de caráter institucionalizado, a deficiência transformou-se em um atributo formal que distingue os indivíduos enquanto categoria social, a exemplo de raça ou gênero, oferecendo-lhes tratamento diferenciado em relação à formulação das políticas públicas⁶.

No âmbito trabalhista, o Brasil possui uma legislação que entrou em vigor há mais de 14 anos e que garante às PcDs o acesso ao mercado de trabalho. A Constituição Brasileira de 1988 proíbe a discriminação relativa a salários e critérios de admissão para os trabalhadores com qualquer tipo de deficiência e instituiu a reserva de 20% de cargos e empregos públicos para este grupo^{7,8}.

Apesar das leis existentes, o que se constata é o seu descumprimento desordenado. Até dezembro 2010, o Brasil deveria empregar 851.078 pessoas com deficiência, segundo dados da fiscalização do Ministério do Trabalho. Entretanto, o total destas pessoas inseridas no mercado era de apenas 18% do total, sendo os estados com maior índice de descumprimento Santa Catarina e Paraíba, com 3,4% e 4%, respectivamente^{9,10}.

Torna-se então necessário uma investigação mais aprofundada sobre o tema, para que assim se verifique a situação atual do problema exposto. Espera-se, com os resultados alcançados, exibir o cenário atual das pessoas com deficiência que tentam ingressar ou se manter no mercado formal de trabalho e, ainda, a que condições de trabalho estas pessoas estão sendo impostas, o que poderá contribuir para reforçar a necessidade de uma maior conscientização das empresas em relação às PcDs e, ao mesmo tempo, uma fiscalização maior por parte do Ministério do Trabalho e Emprego.

Diante do exposto, os principais objetivos da pesquisa foram traçar um perfil socioeconômico e epidemiológico de PcDs encaminhadas ao mercado de trabalho após avaliação da Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência, levantar o número de PcDs que foram encaminhadas ao mercado de trabalho, através de Lei de Cotas e identificar os principais tipos de deficiência física e suas queixas mais frequentes.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, realizado na Fundação Centro Integrado de Apoio Ao Portador de Deficiência (FUNAD), localizada na cidade de João Pessoa – Paraíba, Brasil, durante o período de abril de 2009 a abril de 2011. A instituição atende uma grande demanda de usuários, diariamente, estando dividida em diversas coordenadorias, cada uma com uma função específica, dentre elas, a Coordenadoria de Treinamento, Produção e Ensino Profissionalizante (CORPU), local aonde foram coletados os dados.

A população foi composta por 145 indivíduos com algum tipo de deficiência física comprovada por meio de laudo preestabelecido pela equipe de avaliação da FUNAD. A amostra foi calculada por meio da fórmula: $n = N \cdot Z^2 \cdot P(1-P) / (N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot P(1-P)$, acrescentando-se ainda 5% do valor total para possíveis perdas, totalizando 107,5 indivíduos, sendo finalmente este valor arredondado para 110.

Participaram da pesquisa os indivíduos maiores de 18 anos de idade, independente de sexo, níveis econômico e social e tipo de deficiência física, avaliados pela equipe da CORPU, sendo inseridos então na Lei de Cotas e que residissem e trabalhassem na cidade de Campina Grande-PB.

Para coleta dos dados secundários foi utilizado um formulário construído a partir das fichas de avaliação já existentes no setor (avaliação médica, fisioterapêutica e da assistência social), onde foram coletados os dados socioeconômicos e epidemiológicos dos participantes, bem como sua situação profissional atual e queixas atuais.

Os dados quantitativos (sexo, faixa etária, grau de instrução, renda, tipo e fator causador da deficiência) foram analisados e expostos usando-se o *software* estatístico *Statistical Package for Social Science* - SPSS 18.0. Como os resultados apresentaram-se basicamente de forma descritiva, foram utilizadas tabelas, com frequências relativas e absolutas, médias e desvios-padrão. As questões subjetivas buscaram avaliar as queixas dos

entrevistados em relação à sua deficiência física e foram analisadas de forma qualitativa, por meio da análise de conteúdo temática que se constitui, basicamente, de três fases: pré-exploração do material; seleção das unidades de análise (ou unidades de significados), categorização e subcategorização.

O estudo seguiu os princípios éticos e legais, de acordo com as recomendações da Resolução nº196/96 do CNS, que estabelece os princípios para pesquisas em seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE 0194.0.133.000-11)

Resultados e discussão

Perfil socioeconômico

Os resultados apontam que o sexo masculino corresponde a 66,36% da amostra. Isto pode ser explicado provavelmente devido ao fato de que ele é mais exposto aos fatores de risco¹¹ (por isso existem mais homens com deficiência física do que mulheres). De acordo com dados do IBGE, para a população com pelo menos uma das deficiências, o índice de empregabilidade foi de 60,3% para os homens contra 41,7% para as mulheres, uma diferença de 18,6 pontos percentuais¹².

Os dados socioeconômicos (distribuição por faixa etária, grau de instrução e renda familiar) são expostos na tabela 01.

Tabela 01 – *Características socioeconômicas das PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110*

SEXO	M		F		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
FAIXA ETÁRIA						
18-27	33	30,00	15	13,65	48	43,65
28-37	30	27,27	14	12,74	44	40,00
38-47	12	10,90	05	4,55	17	15,45
48-57	01	0,90	-	-	01	0,90
GRAU DE INSTRUÇÃO						
1º grau incompleto	03	2,72	02	1,83	05	4,55
1º grau completo	11	10,00	06	5,45	17	15,45
2º grau incompleto	17	15,45	02	1,83	19	17,28
2º grau completo	29	26,36	15	13,65	44	40,00
3º grau incompleto	05	4,55	04	3,63	09	8,18
3º grau completo	08	7,27	08	7,27	16	14,54

RENDA FAMILIAR						
Sem renda	06	5,45	10	9,09	16	14,54
1-2 salários	21	19,09	23	20,90	44	40,00
2-3 salários	17	15,45	09	8,18	26	23,65
3-4 salários	05	4,55	06	5,45	11	10,00
Mais de cinco salários	04	3,63	09	8,18	13	11,81

A média da idade foi de 29,19 para os homens ($\pm 6,82$) e 30,86 para as mulheres ($\pm 8,63$). De acordo com os dados do último Censo realizado em nosso país, os indivíduos mais jovens, pertencentes à faixa etária entre 20 e 39 anos, são os que estão mais presentes no mercado de trabalho, representando 21,8% do número total de pessoas com deficiência empregadas¹².

Ainda de acordo com os dados do Censo 2010, quando se observa o nível de instrução, 61,1% da população de 18 anos ou mais com deficiência não tinham nenhum tipo instrução ou possuíam apenas o primeiro grau incompleto. Este percentual era de apenas 38,2% para as pessoas da mesma faixa etária que declararam não ter nenhuma das deficiências investigadas, representando uma diferença de 22,9 pontos percentuais. A menor diferença estava no ensino superior completo: 6,7% para a população de 18 anos ou mais com deficiência e 10,4% para a população sem deficiência¹².

Em relação à distribuição da renda, observa-se que a maioria dos entrevistados ganha entre um e dois salários mínimos. De acordo com o Censo de 2010, 4,9 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência ganham até dois salários mínimos e 29% vivem em situação de miséria. Foi constatado também que as PcDs estão em desvantagem no mercado de trabalho devido à baixa qualificação. Ainda, os que estão empregados recebem R\$ 100,00 a menos que os demais trabalhadores¹³.

Diante disso, a Assembleia Mundial de Saúde enfatizou que existe uma forte relação entre pobreza e deficiência e que 80% das PcDs vivem com baixa renda¹⁴. Estudos demonstram que os índices de desemprego e baixa renda parecem ser diretamente proporcionais à gravidade da deficiência. É mais difícil para as pessoas com deficiência se beneficiarem do desenvolvimento e saírem da pobreza, já que a discriminação no trabalho, acesso limitado ao transporte e falta de acesso aos recursos dificultam a realização de atividades que garantam sua subsistência¹⁵.

Perfil epidemiológico

Na tabela 02 pode-se observar o fator causador da deficiência, especificando-o de acordo com a categoria. Observando-se os resultados, observa-se que, entre os homens os traumas foram as principais causas da deficiência, enquanto nas mulheres as doenças foram o principal fator etiológico.

Tabela 02 – Fator causador da deficiência em PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110

	TIPO	SEXO	n	%
TRAUMA	Acidente de trânsito	M	30	27,72
		F	05	4,54
	Acidente de trabalho	M	12	10,9
		F	00	-
	FAB*	M	03	2,72
		F	00	-
	FAF**	M	04	3,63
		F	00	-
	Mergulho em águas rasas	M	01	0,90
		F	00	-
TOTAL	M	50	45,48	
	F	05	4,54	
MALFORMAÇÃO CONGÊNITA	Agenesia de membros	M	02	1,81
		F	03	2,72
	Pé torto congênito	M	02	1,81
		F	07	6,36
	TOTAL	M	04	3,63
		F	10	9,09
PATOLOGIAS	Câncer (osteossarcoma, mama)	M	05	4,54
		F	03	2,72
	Doenças infecciosas (meningite, osteomielite, rubéola, poliomielite, hanseníase)	M	09	8,18
		F	17	15,45
	Doenças traumatortopédicas e reumatológicas (artrite reumatoide juvenil, escoliose, fraturas, osteoartropatia degenerativa)	M	02	1,81
		F	02	1,81
	Doenças perinatais (lesão do plexo braquial, paralisia cerebral, paralisia obstétrica)	M	01	0,90
		F	02	1,81
	TOTAL	M	17	15,45
		F	24	21,81

* ferimento por arma branca ** ferimento por arma de fogo

Em ambos os sexos pôde ser verificada a grande incidência de doenças congênitas, o que pode estar associado à falta de informação ou por incapacidade de processá-las adequadamente, dificuldades no acesso a serviços de atenção à gestante. Assim, situações de deficiências que poderiam ser evitadas não são, aumentando assim sua incidência na população de menor renda. Deficiências resultantes de quadros mórbidos também manifestam "preferência" pelas áreas de pobreza. A renda influencia aspectos importantes da saúde humana, como as condições de nutrição, moradia, saneamento básico e de atenção médico-hospitalar⁹.

Chama atenção ainda a presença de traumas como causadores de deficiências físicas em homens. Atualmente, o trauma constitui um dos mais importantes e significativos problemas de toda a área social, já que os óbitos decorrentes chegam a tirar 30 a 40 anos de uma vida altamente produtiva, pois o problema incide prioritariamente sobre indivíduos jovens. Além das consequências sociais, o trauma apresenta características importantes, pois as lesões podem ocasionar a morte, incapacidade temporária ou permanente da vítima, determinando um alto custo com a recuperação, além de comprometimento da sua qualidade de vida¹⁶.

Pela ordem de importância, os acidentes de trânsito fazem mais vítimas masculinas, sendo considerado um problema importante para a saúde pública em virtude do grande impacto na morbidade e mortalidade. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), são registradas anualmente no mundo cerca de 1,2 milhão de mortes no trânsito, o que representa um total de três mil mortes por dia. O Brasil está entre os dez países que concentram mais de 60% dos óbitos por acidentes de trânsito¹⁷. Nos últimos anos, notou-se um aumento progressivo no número de acidentes envolvendo condutores de motocicletas nas grandes cidades. Alguns estudos demonstram que as principais lesões encontradas são ortopédicas, mas comprometimento de outros segmentos também ocorre com frequência, principalmente as lesões neurológicas, de caráter permanente. Deve-se ressaltar que as sequelas secundárias a este tipo de acidentes também constituem um grave problema social, pois acabam tornando o indivíduo inapto à realização de certas atividades¹⁸.

O segundo fator causador das deficiências de ordem traumática foram os acidentes de trabalho. É importante destacar que as mesmas relações de trabalho que proporcionam menor

remuneração são exatamente aquelas que tendem a oferecer menor proteção e segurança ao trabalhador¹¹.

A tabela 03 demonstra os principais tipos de deficiência encontrados nos indivíduos entrevistados, onde se pode observar que a maioria deles apresenta limitação em apenas um segmento do corpo.

Tabela 03 - *Tipo de deficiência em PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110*

TIPO DE DEFICIÊNCIA	MEMBRO ACOMETIDO	n	%	TOTAL (%)
Mono (paresia/plegia)	MSD	15	13.65	63.65
	MSE	13	11.82	
	MID	22	20	
	MIE	20	18.18	
Para (paresia/plegia)	-	13	11.82	11.82
Diplegia	-	04	3.65	3.65
Triplegia	-	-	-	-
Tetraplegia	-	01	0.90	0.90
Amputação/ausência de membro	quirodáctilos	12	10.91	19,98
	pododáctilos	-	-	
	mão	06	5.45	
	pé	01	0.90	
	membro superior	02	1.82	
	membro inferior	01	0.90	

Considerando o tipo de deficiência, 63,65% dos entrevistados apresentavam monoplegia ou monoparesia, definidas como a perda ou diminuição (respectivamente) da mobilidade de apenas um membro do corpo, dentre as quais os membros inferiores foram os mais acometidos. Os que tiveram o membro superior acometido sofreram, em sua maioria, prejuízo na realização das atividades básicas da vida diária. O segundo tipo de deficiência mais comum foi a amputação traumática de membros, principalmente das mãos e quirodáctilos. Este fato pode ser explicado devido aos altos índices de relatos de acidentes de

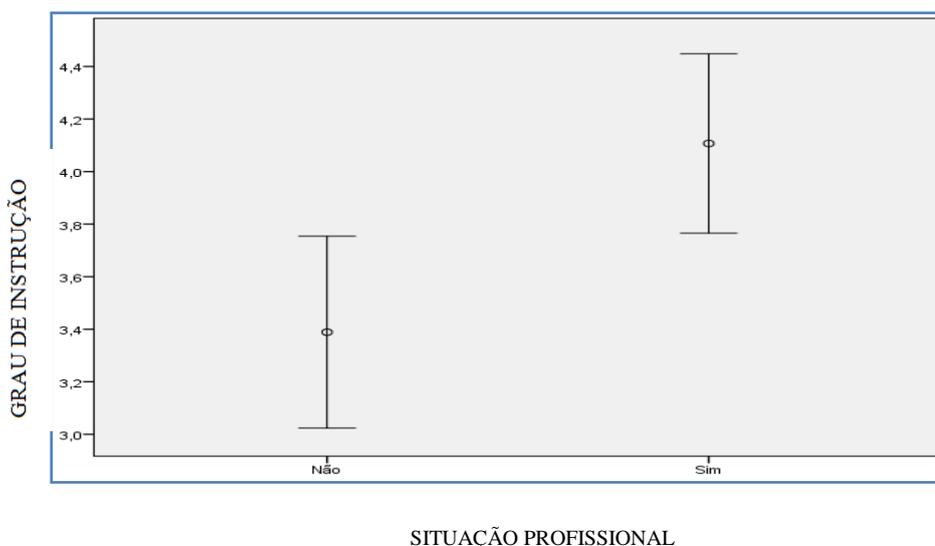
trabalho, que têm expressiva morbimortalidade, constituindo-se um importante problema de saúde pública. No Brasil, agravos relacionados ao trabalho representam aproximadamente 25% das lesões por causas externas atendidas em serviços de emergência¹⁵.

Situação profissional atual

Em relação à situação profissional atual dos entrevistados, apenas 50,9% da amostra trabalham atualmente. Destes, a grande maioria (73,2%) é funcionário regulamentado por concurso público ou pela Consolidação das Leis do Trabalho. O alto percentual de indivíduos que está trabalhando atualmente difere da literatura especializada. Segundo os dados divulgados pela Organização Internacional do Trabalho, o desemprego entre as PcDs, consideradas aptas ao mercado de trabalho é extremamente maior do que para as pessoas ditas "normais", podendo chegar a 80% em alguns países em desenvolvimento. Em 2010, a população empregada com pelo uma das deficiências investigadas representava 23,6% (20,4 milhões) do total de empregados (86,4 milhões). Das 44 milhões de pessoas com deficiência em idade ativa (10 anos ou mais), 53,8% (23,7 milhões) não trabalhava formalmente¹².

A relação entre grau de instrução e índice de empregabilidade demonstra que estes dois atributos são diretamente proporcionais, como pode ser visto no gráfico 01.

Gráfico 01 – situação profissional x grau de instrução de PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110



Em relação ao mercado de trabalho para as PcDs, muito se fala dos seus direitos e necessidades. As dificuldades encontradas são muitas, o que acaba por dificultar o acesso deste grupo. Além disso, as barreiras arquitetônicas, a falta de informação e o preconceito ainda têm restringido estes indivíduos a cargos muito aquém de suas potencialidades⁵.

No momento em que supera as próprias limitações na realização de atividades, a PcD cria um sistema de compensação moral, revelado no esforço para suprir a desigualdade física, resgatando sua dignidade e facilitando sua inclusão nas relações sociais. Uma ocupação traz recompensas, fazendo com que muitas optem por um emprego ao invés de se manterem com os auxílios assistenciais. O trabalho possibilita uma relativa independência financeira, contribui para o autosustento e auxilia na reintegração social⁴.

Uma das funções psicológicas do trabalho é a possibilidade de inserção do sujeito em um projeto coletivo, permitindo-lhe autonomia. Portanto, através do trabalho o indivíduo passa a fazer parte de um meio social mais amplo, a partir dos laços e vínculos que produz. Consequentemente, ele é envolvido por um conjunto de normas previamente estabelecidas⁵.

No Brasil, o Ministério da Previdência Social gastou cerca de 1,14 bilhões de reais no ano de 2010 com aposentadorias por invalidez¹. Esse valor poderia ser reduzido se as empresas tentassem inserir as PcDs no mercado de trabalho. Entretanto, o desconhecimento e preconceito dos empresários e da população em geral acabam deixando-as sem opção e, como consequência, elas acabam requerendo aposentadoria, aumentando assim a previdência social⁷.

Durante a coleta dos dados, apesar de não ter sido questionado oficialmente que motivos levaram os usuários a adquirir o laudo que comprovava sua deficiência física, pode-se verificar que a maioria deles dá entrada no setor de triagem da FUNAD apenas quando já estão prestes a serem contratados por alguma empresa (e por exigência desta). Então, por isso o número de pessoas com deficiência empregadas no estudo foi relativamente alto, indo de encontro ao da literatura pertinente.

Para as PcDs e suas famílias superarem a exclusão, elas devem ter acesso ao trabalho. Alguns empregadores continuam com a opinião de que este grupo é geralmente desqualificado e improdutivo. Porém, ao acompanhar o seu desempenho, verificam que eles possuem competências apropriadas e grande lealdade. Assim, um número crescente de empresas consideram sua contratação conveniente e rentável¹⁵.

A qualificação das PcDs para posterior inserção no mercado de trabalho geralmente ocorre por intermédio de programas desenvolvidos por oficinas pedagógicas ou protegidas de

instituições de ensino especial. Entretanto, alguns especialistas consideram que as atividades comumente ensinadas, como artesanato, tapeçaria e marcenaria são selecionadas mais em função dos recursos materiais disponíveis e da tradição institucional do que da demanda do mercado de trabalho, pouco contribuindo para efetivamente qualificar essa população¹¹.

Além da qualificação profissional, outro ponto importante a ser destacado é o tipo de trabalho a ser oferecido a estas pessoas, já que elas podem precisar de flexibilidade de horários e outros aspectos. Empregos temporários e de meio período, que normalmente oferecem mais flexibilidade, podem ser atrativos. Porém, tais trabalhos podem também oferecer salários e benefícios menores. Pesquisas nos Estados Unidos mostram que 44% dos trabalhadores com deficiência estão em algum emprego temporário ou de meio período, em comparação com 22% dos que não têm deficiência¹⁹.

Queixas atuais

Analisando as respostas dos entrevistados sobre as suas principais queixas em relação à limitação funcional causada pela deficiência, observa-se que uma pequena parcela não referiu qualquer desconforto maior, pois sua deficiência era congênita ou então mais antiga e, portanto, o indivíduo já havia se adaptado a tal limitação. Uma das falas que ilustra esse comportamento está descrita a seguir:

“Hoje em dia já me acostumei, consigo fazer tudo, mesmo com a mão desse jeito”
(ECS, 42 anos – malformação congênita - agenesia de dedos).

Em geral, à medida que o tempo passa e o indivíduo começa a aceitar sua nova condição, ele vai começando a buscar outras formas de se adaptar à limitação. A deficiência física é um processo que exige competência adaptativa, capacidade para responder aos eventos que surgem na vida e para ajustar-se aos desafios acarretados pela mudança corporal. Isto implica no conhecimento de prioridades, manutenção de relações sociais saudáveis, luta pelos direitos enquanto PcD e capacidade para enfrentar as adversidades físicas e comportamentais impostas por uma sociedade ainda despreparada para a diversidade humana, desconsiderando as particularidades de cada indivíduo⁹.

A maioria dos entrevistados, entretanto, descreveu uma ou mais queixas. Suas respostas mais frequentes foram classificadas em quatro categorias principais: (01) Dores,

(02) Limitação/incapacidade na realização das atividades básicas da vida diária, (03) Preconceito e (04) Limitação na prática de atividades físicas.

Categoria 01 - Dor

Alguns relatos a seguir podem ilustrar os desconfortos sentidos pelas PcDs, em algum momento do dia:

“O que me incomoda mais são as dores que sinto no corpo por causa do esforço diário para fazer as tarefas do dia a dia” (MSCV, 37 anos).

“O que me incomoda mais são as dores. Se eu praticar algum esporte, no outro dia amanheço quase sem andar” (ARPS, 23 anos).

“De vez em quando sinto umas furadas e uma agonia nas pernas” (AFS, 18 anos).

“Muita dor na coluna e pés, a coluna fica que eu não aguento de noite” (JCSS, 33 anos).

As dores são queixas constantes nas PcDs, principalmente se elas exercem algum tipo de atividade profissional que não esteja adequada à sua limitação, ou ainda se ela consegue se locomover de forma independente, já que, dependendo de sua deficiência, toda postura estará alterada, influenciando assim o deslocamento do centro de gravidade, aumentando a carga em regiões específicas do corpo, como coluna, quadris, joelhos e pés.

Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) incluem uma variedade de condições inflamatórias e degenerativas que afetam músculos, tendões, ligamentos, articulações, nervos periféricos e outras estruturas, causando tendinites, bursites, compressões nervosas, bem como mialgias e lombalgias. Estudos trazem como fatores de risco para o surgimento de DORTs: utilização de força muscular, repetição de movimentos, posturas estáticas prolongadas, sendo esses fatores associados às dimensões intensidade, velocidade, exposição temporal, entre outros. Os distúrbios do sistema musculoesquelético no trabalho ocorrem, frequentemente, quando a demanda física do trabalho excede a capacidade física do trabalhador²⁰.

Os indivíduos que trabalham sentados apresentam três vezes mais chances de sofrer dor em mais de um local do corpo, já que esta posição gera várias alterações nas estruturas musculoesqueléticas dos diversos segmentos corporais, aumentando a pressão interna no núcleo do disco intervertebral, tensionando todas as estruturas da coluna vertebral, reduzindo a circulação de retorno dos membros inferiores e promovendo o desenvolvimento de processos inflamatórios nas estruturas osteomusculares com sintomatologia dolorosa associada^{10,11}.

Categoria 02 – Limitação/incapacidade na realização das atividades básicas da vida diária

“Não posso fazer quase nada; pegar as coisas com as mãos e também as pessoas ficam me olhando como se eu tivesse culpa de ser como sou” (MRSPL, 24 anos).

“Ter que depender dos outros para fazer as coisas, e o olhar de pena das pessoas também é muito ruim” (PAA, 34 anos).

“Não consigo andar direito e minhas costas doem muito” (TM, 26 anos).

“Não tenho força na mão e na perna esquerda. Isso me atrapalha para fazer as coisas básicas do dia” (NAS, 21 anos).

“Tenho que ficar presa nessa cadeira de rodas e isso me incomoda muito” (JAS, 23 anos).

“Sinto dificuldades para andar e muita dor na coluna” (ABCJ, 42 anos).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a deficiência física é definida como uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. Assim, para ser considerada uma PcD, o indivíduo deverá apresentar uma limitação ou incapacidade em realizar determinada atividade, cotidiana ou não²¹.

Para os entrevistados, a limitação os tornam dependentes de familiares ou pessoas mais próximas e isso repercute de forma negativa, principalmente no caso das deficiências adquiridas. A presença de múltiplas limitações funcionais nas pessoas pode representar o

desencadeamento de diferentes graus de dependência e influenciar significativamente a realização das atividades da vida diária¹.

Os dois últimos depoimentos mostram ainda a insatisfação do entrevistado em relação à restrição na deambulação, passando a depender de dispositivos auxiliares. O simples ato de caminhar se torna difícil devido à deficiência, e quanto mais este grupo estiver num ambiente que lhe restrinja a mobilidade e acessibilidade, maior será a dificuldade para ele conseguir uma vida plena e autônoma, levando-o a uma situação de desvantagem. A acessibilidade envolve as possibilidades de deslocamento do indivíduo com adequada segurança²².

Categoria 03 – Estigma e preconceito

O corpo é susceptível às influências socioculturais. Desta forma, a autoestima baixa, a imagem corporal negativa, autoaceitação reduzida, insegurança, crenças disfuncionais e isolamento social acabam prejudicando o aprendizado das habilidades sociais, a qualidade das relações interpessoais e até mesmo as iniciativas de contatos sociais, fazendo com que as PcDs se isolem cada vez mais do convívio social^{23,24}.

Outra manifestação de estigma refere-se ao sentimento de compaixão adotado por grande parte da população. A expressão desse sentimento é interpretada, pela PcD, como uma atribuição de valor que remete à imperfeição, incapacidade e, sobretudo, à desvantagem, levando a um conceito socialmente desvalorizado. Essa aparência física, permanentemente modificada, provoca sentimentos perturbadores. O estigma e a discriminação podem ser diminuídos, por exemplo, através do contato pessoal direto com a sociedade e das campanhas publicitárias de conscientização¹⁵.

Devido aos altos índices de PcDs no mundo e ao preconceito que elas ainda sofrem, a ONU aprovou, em 1975, a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, onde se define que toda pessoa - independente da diferença cultural, social, ética, de nível mental, emocional e credo - deve ser percebida, compreendida e recebedora das mesmas chances para reivindicar e ter oportunidades reconhecidas para uma vida individual ou social, às das demais pessoas^{3,9}. Entretanto, mais importante do que qualquer medida é a conscientização coletiva de que, apesar das limitações físicas, a PcD pode desenvolver atividades nas mais diversas áreas, cabendo à sociedade possibilitar a sua adequada inserção.

O "estar em público" apresentando uma alteração corporal ou funcional foi uma frequente preocupação expressa pelos entrevistados. Tais depoimentos alteram o ritmo de suas vidas pela iminência constante da exposição que evidencia a sua condição física².

“A única coisa que me incomoda é a falta de respeito. A rejeição, a falta de compreensão das pessoas” (MJSD, 34 anos).

“Não poder usar todos os tipos de sandálias e o preconceito que é muito comum” (DAFS, 19 anos).

“Não posso segurar as coisas. O povo também fica olhando para mim, pra minha mão” (ACFV, 35 anos).

“Não gosto quando as pessoas ainda ficam me olhando diferente. Por mais que eu esteja acostumada incomoda” (NASJ, 32 anos).

A sociedade, de forma geral, embora disponha de um discurso de inclusão social, ainda associa as PcDs a um sentimento negativo, de incapacidade e limitação, onde ela é a representação da fragilidade humana. Essa visão tende a ser destacada por uma sociedade que cultua o corpo perfeito e valoriza a aparência. Ter uma deficiência é ter que conviver com as diferenças. Desta maneira, os sentimentos que prejudicam a vida das pessoas que tem algum tipo de deficiência e de seus familiares são frutos de situações concretas, nas quais estão presentes determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos. Nesta perspectiva, olhar a deficiência a partir da negação resulta, por conseguinte, na negação do direito da PcD viver na sociedade com igualdade de oportunidades²³.

Categoria 04 – Limitações para o lazer

Não apenas a restrição ou incapacidade na realização nas atividades básicas da vida diária, mas também o lazer para as PcDs pode não ser sinônimo de momentos prazerosos e divertidos. Além da dificuldade no transporte de cadeiras de rodas, muletas e próteses, estas pessoas também sofrem com desgaste psicológico devido à sua própria limitação. Os trechos abaixo demonstram a insatisfação dos entrevistados diante da impossibilidade na realização

de atividades relacionadas ao lazer. É interessante salientar que, neste aspecto, apenas indivíduos do sexo masculino se pronunciaram:

“Não posso andar muito, correr, jogar bola” (JCSB, 21 anos)

“Não posso mais jogar bola com meus amigos nos finais de semana, correr” (MFS, 27 anos).

“Ando com dificuldade, devagar demais, não posso mais dirigir moto, jogar bola” (ACS, 31 anos).

A atividade desportiva praticada por PcDs existe desde a antiguidade. No entanto, foi somente após a Segunda Guerra Mundial que os esportes adaptados ganharam maior destaque no contexto da prevenção e reabilitação física, social e mental. De forma geral, as PcDs se tornam mais sedentárias. Essa condição possibilita, além de uma série de problemas, o aumento da obesidade, tornando o indivíduo mais suscetível às diversas enfermidades¹⁷. Diversos estudos têm evidenciado a importância da prática regular de atividade física como meio de prevenir doenças associadas ao sedentarismo, além do fato de que a prática regular de atividades físicas auxilia na reinserção ao convívio social^{11,14}.

Para as PcDs, em particular, a prática de esportes significa competir contra si, contra sua deficiência, contra o preconceito e a favor da vida. O esporte coletivo possui grande caráter social, proporciona a integração e o convívio com outras pessoas.

Atualmente existem projetos sociais direcionados a pessoas com dificuldades motoras. Organizações não governamentais, em parceria com os governos estaduais têm oferecido oportunidade de tornar as praias de algumas capitais um ambiente adaptado e convidativo. O que antes parecia ser impossível, já é realidade. Surf adaptado, campeonato de pesca adaptada e vôlei sentado são algumas das atividades oferecidas por esses projetos.

O acesso ao lazer é fundamental para socialização e inclusão da PcD. Na praia é possível trabalhar a inclusão social de maneira uniforme propiciando a integração das pessoas em todos os níveis de classe social, idade, raça e sexo. Por ser de fácil acesso e gratuito a todos os cidadãos, a praia é um ambiente ideal para a prática de lazer e esportes de inclusão, além de possibilitar um debate democrático sobre os limites da acessibilidade³.

Considerações

O Brasil possui um grande número de pessoas com algum tipo de deficiência, em sua maioria jovens, dentre os quais predominam indivíduos com renda e grau de instrução baixos. Isto repercute nos altos índices de desemprego deste grupo, já que a falta de qualificação profissional é um fator de dificuldade sua entrada no mercado formal de trabalho.

Verifica-se também que muitas das deficiências encontradas, ou por causas externas ou por doenças, poderiam ser evitadas, o que leva a sugerir que as campanhas de prevenção existentes em não estão sendo absorvidas por determinados segmentos da sociedade e que os acidentes de trânsito, principalmente, representam ainda um grande problema de saúde pública no país.

Independente do tipo ou do fator causador da deficiência, as pessoas que possuem algum tipo de limitação físico/funcional ainda queixam-se do sentimento de compaixão ou discriminação por parte da sociedade, privando-os muitas vezes de serem incluídos de forma adequada no meio em que lhes é de direito. Ainda, a dependência causada pela limitação repercute em sua qualidade de vida. Aqui, a questão da atenção terciária, ou seja, os serviços de reabilitação poderiam tentar reduzir ao máximo essa dependência, buscando tornar esses indivíduos mais aptos para realização de suas atividades cotidianas.

Faz-se necessário, porém, a realização de estudos mais amplos para que realmente possa se verificar a situação exata das pessoas com deficiência em nosso país e suas políticas públicas.

Referências

1. Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(8):1773-82.
2. Bernardes LCG, Maior IMML, Spezia CH, Araújo TCCF. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 14(1):31-8.
3. Fraga MNO; Souza AF. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil: o desafio da inclusão social [Internet]. *Rev. Eletr. Enf.* 11(2), 2009. [acesso em 2011 ago 27]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a25.htm>.
4. Marquezan R. O discurso da legislação sobre o sujeito deficiente. *Rev. bras. educ. espec.* 2008; 14(3):463-78.

5. Pereira CS, Del Prette A, Del Prette ZAP. Habilidades sociais de trabalhadores com e sem deficiência física. *Psicol. teor. pesqui.* 2009; 25(3):339-46.
6. Ribeiro RPD, Lima MEA. O trabalho do deficiente como fator de desenvolvimento. *Cad. psicol soc. trab.* 2010; 13(2):195-207.
7. Brasil b. Lei de cotas [Internet]. Ministério do Trabalho e Emprego. 2005 out. 07 [acesso em 2012 set 4]. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/noticias/conteudo/9496.asp>.
8. Souza JM, Carneiro M. Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência. *Saúde Soc* 2007; 16(3):69-84.
9. Elias MP; Monteiro LMC, Chaves CR. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(3):1041-50.
10. Vasconcelos FD. O trabalhador com deficiência e as práticas de inclusão no mercado de trabalho de Salvador, Bahia. *Rev. bras. saúde ocup* 2010; 35(121):41-52.
11. Leonardi M, Martinuzzi A, Meucci P, Sala M, Russo E, Buffoni M, Raggi A. A Population Survey in Italy Based on the ICF Classification: Recognizing Persons with Severe Disability. *Scientific World Journal* 2012:9p.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo 2010 - População [acesso em 2012 mai 17]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
13. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. bras. epidemiol.* 2008; 11(2): 324-35.
14. Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications. *European Journal of Disability Research* 2008:25p.
15. Galdino A, Santana VS, Ferrite S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(1):145-59.
16. Chavaglia SRR; Amaral EMS; Barbosa MH; Ferreira PM. Vítimas de trauma por causas externas na cidade de Uberaba, MG. *O mundo da Saúde* 2008; 32(1): 100-06.
17. Martín-León L; Beron AP; Barros MBA; Almeida SDM; Restitutti MC. Tendência dos acidentes de trânsito em Campinas, São Paulo, Brasil; importância crescente dos motociclistas. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(1):39-51.
18. Parreira JG; Gregorut F; Perlingeiro JAG; Solda SC; Assef JC. Análise comparativa entre as lesões encontradas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito e vítimas de outros mecanismos de trauma fechado. *Rev Assoc. Med. Bras.* 2012; 58(1): 76-81.

19. Martins JA; Barsaglini RA. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2011; 15(36):109-22.
20. Alencar MCB; Schulte UM; Souza SD. Distúrbios osteomusculares e o trabalho dos que cuidam de idosos institucionalizados. *Fisioter. Mov.* 2010; 23(1):63-71.
21. Brasil a, Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048 2000 e 10.098 [Internet]. Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. [acesso em 2012 mai 12]. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm.
22. Amaral FLJS, Holanda, CMAH, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro KSQS, Alves SB. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 17(7):1833-40.
23. Maciel CT. A modernidade e o mito da deficiência. Em Tese 2008; 5(1):32-48
24. Moreira ELM, Moreira LFR, Donoso MTV. A questão do portador de necessidades especiais: uma reflexão. *Reme rev. min. enferm.* 2007; 11(4):461-64.

ARTIGO 02 – Qualidade de vida no trabalho de pessoas com deficiência física

ARTICLE 01 - Disable People's Quality Life in the Workplace

Bertran Gonçalves Coutinho

Inácia Sátiro Xavier de França

Resumo

Estudo que pretende analisar a qualidade de vida no trabalho (QVT) das pessoas com deficiência física, identificar os fatores responsáveis pela sua permanência na atual ocupação e buscar queixas de saúde. A amostra foi composta por 110 indivíduos. A QVT foi analisada através de uma escala polarizada e do alfa de Crombach, enquanto as questões subjetivas foram analisadas através da análise de conteúdo. Os resultados mostraram que 50,9% da amostra estão trabalhando atualmente, onde 41,07% tinham terceiro grau completo. Por outro lado, da amostra que se encontrava desempregada, 44,44% nunca conseguiram trabalhar. Quanto à percepção de QVT, apenas 10,72% encontravam-se satisfeitos. Quando questionados sobre quais dos fatores que mais influenciavam a permanência em uma determinada ocupação, as principais respostas foram respeito dos empregadores; salário, estabilidade, quantidade e trabalho e carga horária. Verifica-se então que é necessário o desenvolvimento de programas de treinamento, maior participação governamental, estabilidade profissional e condições adequadas de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com deficiência; Satisfação no trabalho; Desemprego

Abstract

Study wich aims to analyze the quality of work life (QWL) of people with disabilities, identify the responsible factors for remaining in current occupation and seeking health complaints. The sample consisted of 110 individuals. The QWL was analyzed through a polarized scale and Cronbach's alpha, while subjective questions were analyzed using content analysis. The results showed that 50.9% of the sample are currently working, where 41.07% had complete third degree. On the other hand, the sample that was unemployed, 44.44% never able to work. Regarding the perception of QWL, only 10,72% were satisfied. When asked which of the factors that most influenced their stay in a particular occupation, the top responses were about employers, salary, stability, and work quantity and workload. It appears then that is necessary to develop training programs, greater government participation, job security and adequate working conditions.

KEYWORDS: People with disabilities; Job satisfaction; Unemployment

Introdução

O capitalismo, a globalização, a inserção de novas tecnologias e a reestruturação produtiva produziu grandes transformações na organização social do trabalho, aumentando o acesso de grande parte da população aos bens de consumo. Entretanto, verificou-se que a forma de trabalho instituída resultou em uma diminuição da autonomia do trabalhador e de sua relação com o trabalho, culminando na deterioração de sua qualidade de vida¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Dentro desse conceito, a utilização de instrumentos subjetivos que incluem a autopercepção e a autoavaliação de todos os fatores envolvidos é considerada uma opção rápida e eficaz para a investigação do bem estar. O termo qualidade de vida no trabalho (QVT) apareceu nos anos 70 nos Estados Unidos da América. Sua definição é ampla e ainda empírica. Porém, de forma geral, ela tem sido entendida como a aplicação concreta de uma filosofia que busca alterar aspectos do trabalho, a fim de se criar uma situação mais favorável à satisfação das necessidades dos trabalhadores e ao aumento da produtividade organizacional. Pode também

ser definida como a capacidade de se administrar um conjunto de ações, incluindo diagnóstico, implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais no ambiente de trabalho, com prioridade absoluta para o bem estar das pessoas da organização^{1,2,3,4}.

As definições de QVT se estendem desde cuidados médicos estabelecidos pela legislação de saúde e segurança até motivação, caminhos que levam à discussão das condições de vida e bem-estar de pessoas, grupos ou mesmo comunidades. Os conceitos que definem o termo englobam, portanto, requisitos físicos, psicossociais e legislativos, que devem que alcançados. O trabalho deverá proporcionar ao empregado um bem estar físico, mental, econômico e social, permitindo que o indivíduo possa ter sua condição de cidadão. Percebe-se a necessidade de que os funcionários se sintam satisfeitos, realizados e reconhecidos, respeitados e valorizados em seu ambiente de trabalho^{5,6}.

O trabalho, cada vez mais ganha dedicação e importância na vida das pessoas. Assim, é previsível que modelos modernos de tecnologias de gestão se preocupem também com a qualidade de vida no trabalho e com os fatores que incorporam a satisfação do indivíduo em sua ocupação. Porém, em alguns casos, o ato de trabalhar não é prazeroso justamente porque se manifesta de uma forma totalmente fragmentada, burocratizada, com diversas exigências, tornando-se conflitante com a vida social ou familiar⁷. Desta forma, o indivíduo acaba se submetendo ao cargo simplesmente pela questão financeira.

A possibilidade de avaliar a satisfação do ser humano inserido em um sistema produtivo, normalmente complexo, exige um tratamento interdisciplinar para possibilitar sua contextualização e a leitura das subjetividades presentes nos sistemas laborais. Os indicadores são instrumentos de planejamento e decisão que trazem objetividade de avaliação, facilitam o levantamento de informações e demonstram dados e efeitos de determinadas ações. Para se estudar os indicadores de Qualidade de Vida no Trabalho, foram propostos vários modelos, ao longo dos anos, que levaram os nomes de seus autores: Walton, Fernandes, Nadler e Lawler, Vieira, Huse e Cummings, Hackman e Oldhan^{6,8}.

Um dos modelos mais utilizados no Brasil, pela sua clareza, objetividade e por ser bastante completo é o proposto por Walton, o único que enfatiza questões elementares à realização do trabalho, priorizando os fatores higiênicos, condições físicas, aspectos relacionados à segurança e à remuneração, sem desconsiderar outros elementos.

Desta forma, o presente estudo pretende analisar a qualidade de vida no trabalho das pessoas com deficiência (PcD), formalmente empregadas, que foram inseridas na Lei n.º

8.213/91, através de avaliação multiprofissional da FUNAD (Fundação Centro de Apoio ao Portador de Deficiência), tentar identificar os fatores responsáveis pela sua permanência na atual ocupação e buscar queixas de saúde relacionadas com o trabalho desenvolvido atualmente.

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo de caráter descritivo e abordagem quali-quantitativa, desenvolvido na Fundação Centro Integrado de Apoio Ao Portador de Deficiência (FUNAD), localizada na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

A instituição está dividida em diversas coordenadorias, cada uma com uma função específica, onde umas delas é a Coordenadoria de Treinamento, Produção e Ensino Profissionalizante (CORPU), local aonde os dados foram coletados e dispõe de um banco de dados onde ficam armazenadas todas as informações dos usuários avaliados, encaminhando-os às empresas que solicitam acessoria da fundação. A equipe de reabilitadores que compõe o quadro de funcionários é interdisciplinar.

A amostra constituiu-se de 110 indivíduos, sendo calculada através do cálculo: $n = N \cdot Z^2 \cdot P(1-P) / (N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot P(1-P)$. Participaram da pesquisa indivíduos com 18 anos de idade, ou mais, independente de sexo, nível econômico, social e tipo de deficiência física, avaliados pelo setor de triagem da FUNAD - a CORPU, durante o período de abril de 2009 a abril de 2011, beneficiados com a Lei de Cotas, que residissem e trabalhassem na cidade de Campina Grande-PB e apresentassem cognição preservada e aceitassem participar do estudo.

Os dados quantitativos foram analisados e expostos usando-se o *software* estatístico *Statistical Package for Social Science* - SPSS 18.0, sendo expostos em forma de tabelas e quadros. Com relação à percepção da Qualidade de Vida no Trabalho, foi especificada uma escala do tipo Likert polarizada em cinco pontos: 1 – muito insatisfeito, 2 – insatisfeito, 3 – nem insatisfeito nem satisfeito, 4 – satisfeito, 5 – muito satisfeito. A proposta desta escala é verificar a satisfação do colaborador em relação ao critério indicado, levando em conta suas necessidades e anseios individuais. É importante destacar que a percepção do indivíduo de QVT é subjetiva. Sendo assim, os resultados obtidos na escala proposta não podem ser falsos nem verdadeiros, mas válidos ou não válidos, de acordo com os objetivos do estudo. Para se testar a adequação dos dados foram utilizados os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que

indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, e o teste de esfericidade de Bartlett, que testa a correlação entre os dados. Para se verificar a relação entre variáveis do questionário, foi utilizada a análise de componentes principais e o alfa de Crombach. Para categorizar os participantes quanto a sua pontuação de QVT, utilizaram-se os critérios sugeridos pelos autores de validação do instrumento⁸. Finalmente, Foram realizadas correlações de Pearson com o propósito de verificar associações da QVT com algumas variáveis sociodemográficas.

As questões subjetivas foram coletadas através de um questionário elaborado especialmente para o estudo em questão, sendo posteriormente expostas através da análise de conteúdo temática, após categorização das respostas. O método de análise de conteúdo constitui-se em um conjunto de técnicas utilizadas na análise de dados qualitativos. Constitui-se, basicamente, de três fases: pré-exploração do material; seleção das unidades de análise (ou unidades de significados), categorização e subcategorização.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram informados da possibilidade de desistirem da pesquisa em qualquer fase, sem penalização¹¹. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE 0194.0.133.000-11).

Resultados e discussão

Situação profissional

Em relação à situação profissional atual dos entrevistados, apenas 50,9% da amostra estão trabalhando atualmente. Destes, a grande maioria (73,23%) são funcionários regulamentados, ou por concurso público ou pela Consolidação das Leis do Trabalho. Segundo os dados divulgados pela Organização Internacional do Trabalho, o desemprego entre os deficientes, considerados aptos ao mercado de trabalho é extremamente maior do que para as pessoas ditas "normais", podendo chegar a 80% em alguns países em desenvolvimento.

Considerando o vínculo empregatício, constatou-se que 67,5% dos entrevistados conseguiram entrar no mercado formal de trabalho através da Lei nº 8213/91. Na verdade, observou-se nas entrevistas que o motivo pelo qual a maioria estava buscando avaliação e

comprovação da deficiência física era uma exigência da empresa na qual os mesmos encontravam-se empregados.

Tabela 01 – Vínculo empregatício das PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	n	%
autônomo	10	17,85
carteira assinada (CLT)	37	62,52
concurso público	06	10,71
informal	02	3,57
Outro	03	5,35
TOTAL	56	100,00

Para as PcDs e suas famílias superarem a exclusão social, o acesso ao trabalho ou a meios de subsistência deverá ser total, interrompendo-se assim o vínculo entre deficiência e pobreza. Alguns empregadores desconsideram suas limitações, ignorando que eles têm competências apropriadas, grande lealdade e baixo absenteísmo⁹.

Os valores que norteiam a Lei n° 8.213/91 estão contidos nos arts. 1º, 3º e 5º da Constituição Brasileira e asseguram os princípios da dignidade e cidadania, do valor social do trabalho e da livre iniciativa e o da igualdade real de todos perante a lei. A ação afirmativa da qual se trata vem impulsionada pelos dispositivos da Constituição, por meio da qual uma sociedade deve ser livre, justa e solidária, combatendo-se a discriminação e o preconceito¹⁰.

Mesmo com a promulgação das leis, as oportunidades para a PcD ainda foram restritas durante alguns anos e só começaram a tomar impulso com uma fiscalização mais rigorosa por parte do Ministério Público do Trabalho, que estabelecia punições às empresas que desrespeitassem a lei. Segundo dados do Ministério do Trabalho e Emprego, os trabalhadores com deficiência ocupam menos de 1% dos empregos formais no Brasil. Curiosamente, a deficiência foi a condição responsável pelo acesso ao emprego e, portanto, é vista como positiva para alguns, o que não deveria ser encarado desta forma, já que, perante a lei, todos os cidadãos têm os mesmos direitos^{3,11}.

Se os empregadores tiverem de arcar com o custo das alterações físicas (acessibilidade), podem estar menos inclinados a contratar PcDs. Para superar esses obstáculos, vários incentivos financeiros podem ser oferecidos. Além disso, agências de emprego do governo podem dar assessoria e financiamento para instalações de ambientes acessíveis¹².

É importante salientar que, além das questões referentes à obrigatoriedade legal, as empresas buscam assumir uma postura “politicamente correta”, voltada para o exercício da responsabilidade social. Assim, a inserção das PcDs no mercado de trabalho vem despertando grande interesse e preocupação por parte do setor empresarial. Porém, a existência de leis não garante o acesso e permanência deste grupo no mercado de trabalho e sim, a qualificação profissional e social do indivíduo, além das condições estruturais, funcionais e sociais do ambiente de trabalho. Tais questões são significativas para que não se admita alguém simplesmente como exigência legal^{11,14,19}.

O desemprego é um dos grandes problemas da sociedade que exige produtividade a baixos custos. Para isso, exigem-se trabalhadores mais capacitados e qualificados, o que se torna praticamente impossível de ser cumprido, devido às dificuldades em se universalizar a oferta de condições de preparo da população com educação, saúde e assistência social, impedindo o acesso ao mercado de trabalho e promovendo a exclusão não apenas, mas principalmente, das pessoas com deficiência¹⁵.

A inclusão profissional das PcDs ainda se mostra pouco efetiva, sendo antes uma imposição legal do que uma prática social. A adesão das empresas a essa prática é variável: enquanto algumas contratam acima do percentual definido em legislação, outras não contratam esse público sob a alegação de que grupos específicos não preenchem as condições dos postos de trabalho¹⁶.

Para inserção das PcDs após o processo de reabilitação profissional, o artigo 35 do Decreto nº 3.298/99 cita que essa inserção deve ocorrer mediante três diferentes modalidades: 1) colocação competitiva, onde ela tem condições de igualdade com os demais trabalhadores; 2) colocação seletiva, cuja contratação depende da utilização de procedimentos de condições não ordinárias, das quais depende a PcD, em razão do seu grau de incapacidade para executar atividade laboral e 3) por conta própria, derivada de certos tipos de deficiências que exigem determinadas condições facilitadoras, como por exemplo, jornadas variáveis, horários flexíveis de trabalho e adequação do ambiente de trabalho às suas limitações, podendo ser incluído neste grupo o trabalho em tempo parcial¹⁴.

A seguir, a tabela 02 expõe a qualificação relatada pelos entrevistados, empregados formalmente, não sendo necessariamente relacionada à sua ocupação atual.

Tabela 02- *Qualificação profissional das PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110*

PROFISSÃO	n
NÍVEL SUPERIOR	
Administração de empresas	3
Arquitetura e urbanismo	1
Estatística	1
Sistemas de informações	1
Biologia	1
Educação física	1
Enfermagem	2
Farmácia	1
Fisioterapia	1
Odontologia	1
Psicologia	2
Serviço social	6
Pedagogia	1
Direito	2
TOTAL	24
NÍVEL TÉCNICO	
Eletricista	2
Enfermagem	7
Informática	1
Torneiro mecânico	3
Produção industrial	1
Segurança do trabalho	1
TOTAL	15
NÍVEL MÉDIO	
Agricultor	3
Doméstica	5
Empacotador	1
Pedreiro	3
Pintor	1
Porteiro	2
Soldador	1
Vendedor	1
TOTAL	17
TOTAL	56

De acordo com o Ministério do Trabalho e do Emprego, o art. 28, § 2º, do Decreto 3.298/99 estabelece que instituições públicas e privadas que ministram educação profissional devem oferecer cursos profissionais de nível básico para as pessoas com deficiência, o que possibilitaria mais ampla inserção no mercado de trabalho. Além disso, as empresas e instituições não devem ver somente a limitação do indivíduo com deficiência, mas também o potencial laborativo do mesmo¹⁷.

Com relação à amostra que se encontrava desempregada, a tabela 03 especifica os principais fatores que impossibilitaram ou dificultaram sua permanência no mercado formal de trabalho.

Tabela 03 – Fator causador do desemprego das PcDs entrevistadas no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110

FATOR CAUSADOR DO DESEMPREGO	n	%
Nunca conseguiu emprego	24	44,44
Pediu demissão	03	5,55
Foi demitido	08	14,81
Ocupação incompatível com sua limitação física	11	20,38
Não tem condições de trabalhar	08	14,82
TOTAL	54	100,00

Um estudo recente da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) mostrou que em 27 países, pessoas com deficiência em idade produtiva experimentavam desvantagens significativas e piores resultados no mercado de trabalho do que pessoas sem deficiência, também em idade produtiva. De forma geral, as pessoas com deficiência ocupavam apenas uma taxa de 25% do total do percentual de empregabilidade, entre pessoas com e sem deficiência. Pessoas com deficiência estão em desvantagens no mercado de trabalho provavelmente devido a falta de acesso à educação e treinamento, recursos de financiamento, natureza do ambiente de trabalho e percepção de seus empregadores acerca da deficiência¹⁸.

Análise fatorial da escala de Qualidade de vida no trabalho (QVT)

Quanto à estrutura do questionário de qualidade de vida no trabalho, a matriz de correlações entre seus itens revela a possibilidade de sua fatorialização [teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0,60 e teste de Esfericidade de Bartlett, $\chi^2 (190) = 490,44, p < 0,001$]. Então: quanto mais próximo de 1 (unidade) melhor será o resultado, ou seja, mais adequada é a amostra à aplicação da análise fatorial.

A análise de componentes principais revelou um componente com valores próprios superiores a 1 (critério de Kaiser), explicando 29,54% da variância total. No questionário aplicado, o índice de consistência interna (alfa de Crombach, α) se mostrou adequado aos propósitos da pesquisa ($\alpha = 0,85$).

As tabelas 04 e 05 exprimem a correlação entre os componentes do questionário da QVT, bem com os escores obtidos em relação à satisfação dos entrevistados, respectivamente.

Tabela 04 - Análise fatorial dos componentes principais do questionário de QVT

Itens resumidos*	Fator
Salário	0,74
Capacidade de ascensão profissional	0,73
Oportunidade de expressar suas opiniões	0,71
Carga horária	0,66
Quantidade de trabalho	0,66
Oportunidade de tomar decisões	0,63
Respeito aos direitos (trabalhador/deficiente físico)	0,62
Tratamento da empresa para com os funcionários	0,60
Auxílio saúde	0,56
Ambiente de trabalho: acessibilidade, adaptações à condição física, segurança, uso de EPI's	0,56
Cursos de capacitação e treinamento	0,54
Discriminação (social, religiosa, condição física, outras)	0,50
Recebe atenção especial quando solicitada (devido à condição física) pelos colegas de trabalho	0,48
Estabilidade / tranquilidade em relação ao emprego	0,45
Ter conhecimento do seu desempenho	0,43
Vale transporte	0,40
Alimentação	0,36
Relacionamento com colegas e superiores	0,28
Privacidade	0,21
Uso de equipamentos ou máquinas que facilitem o seu trabalho	0,18
Número de itens	17
<i>Eigenvalue</i>	5,90
% de variância explicada	29,54
Alfa de Crombach	0,85

Nota: *Itens ordenados de acordo com a magnitude de suas cargas fatoriais.

De acordo com a tabela, pode verificar que as variáveis que mais influenciam a qualidade de vida no trabalho dos entrevistados, pelo critério de Kaiser são, respectivamente, salário, capacidade de ascensão profissional, oportunidade de expressar suas opiniões, carga e quantidade de trabalho. De forma geral, os pontos fundamentais para se alcançar a qualidade de vida no trabalho são os indicadores econômicos (equidade salarial e no tratamento recebido), políticos (segurança no emprego, direito a trabalhar e não ser discriminado); psicológicos (conceito de autorrealização) e os sociológicos (conceito de participação ativa em decisões sobre o processo de trabalho)²¹.

Tabela 05 - Escore da escala QVT

Fator	n	Média	Frequência de participantes por intervalo			DP	Variação
			$x \leq 2$	$2 > x > 4$	$x \geq 4$		
			Insatisfatório	Intermediário	Satisfatório		
QVT	56	3,30	12 (21,43%)	38 (67,85%)	6 (10,72%)	0,25	1-5

Para categorizar os participantes quanto a sua pontuação no questionário de QVT, utilizaram-se os critérios sugeridos pelos autores de validação do instrumento⁸. Assim, a maioria dos participantes da pesquisa encontrou-se no grupo intermediário (67,85%), seguido do grupo insatisfatório, com apenas 21,43% dos entrevistados.

Foram realizadas correlações de Pearson com o fim de verificar associações da QVT com algumas variáveis socioeconômicas. Os resultados estão expostos na tabela 06 e mostram que a QVT se correlacionou positivamente e significativamente com grau de instrução ($r = 0.47$; $p \leq 0,01$) e renda ($r = 0.45$; $p \leq 0,01$). Complementarmente, a renda se correlacionou com o grau de instrução do indivíduo ($r = 0.71$; $p \leq 0,01$). Esta correlação motivou a realização de uma correlação parcial. Os resultados mostraram que, se controlada a variável renda, a correlação entre QVT e grau de instrução, mesmo perdendo força, continua significativa ($r = 0.27$; $p = 0,05$). No entanto, se controlada a variável grau de instrução, a correlação da QVT e renda passam a não ser mais significativa ($r = 0.16$; $p = 0,21$), sugerindo que a relação entre QVT e renda, em grande medida, se deve ao grau de instrução.

Em se tratando de qualidade de vida no trabalho, deve-se considerar que ela é uma avaliação de difícil definição, por se tratar de um estado subjetivo, podendo variar entre indivíduos, circunstâncias e ao longo de um determinado período. A satisfação no trabalho pode ser definida como um conjunto de sentimentos favoráveis ou desfavoráveis com os quais os trabalhadores percebem seu trabalho e está sujeita à influência de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato, podendo afetar a saúde do trabalhador. Ainda assim, alguns aspectos sempre são fundamentais para se alcançar um nível mínimo de satisfação no trabalho e um deles é a estabilidade financeira. É importante destacar que, ao se oferecer mais

estabilidade aos profissionais, a empresa pode estar aumentando a possibilidade de acúmulo de conhecimento e habilidade dos futuros trabalhadores^{1,15}.

Pode-se considerar que a remuneração é um fator gerador de insatisfação profissional, mas não é o principal fator determinante. Embora uma renda familiar média adequada seja de fundamental importância para uma boa qualidade de vida, observou-se pelos resultados que os indivíduos que referiram ter mais qualidade de vida no trabalho realmente possuíam uma renda mais elevada. Relata-se que, quanto maior o salário, maiores serão as chances de acesso a bens de consumo, o que pode ser considerado um fator que interfere positivamente na qualidade de vida de um indivíduo. Entretanto, na pesquisa, o nível de satisfação estava mais relacionado ao grau de instrução do que à renda propriamente dita, já que os indivíduos que alcançaram uma maior pontuação na avaliação de QVT eram aqueles que possuíam, no mínimo, o terceiro grau completo e foram aprovados em concursos públicos, adquirindo assim a tão almejada estabilidade financeira e profissional^{7,19}.

Tabela 06 - Correlação entre QVT e dados socioeconômicos

DADOS SOCIOECONÔMICOS	QVT
Grau de instrução	0,47
Renda	0,45
Idade	0,03

Quando questionados sobre quais dos fatores acima listados mais os influenciavam a permanecerem ou não em uma determinada ocupação, os entrevistados responderam de forma que suas declarações foram agrupadas em duas categorias principais: (01) respeito dos empregadores e tratamento da empresa e (02) queixas relacionadas ao trabalho.

Categoria 01 - Respeito dos empregadores e tratamento da empresa

“Acho que é o respeito. Lá eu sou igual a todo mundo “normal”, e isso faz eu me sentir bem” (ACJS, 22 anos)

“Eu sou respeitado no meu trabalho e não sofro preconceito por ser deficiente, é o que me segura lá” (IBS, 27 anos)

“Pra mim é o respeito da empresa e o tratamento dela com os funcionários; e também os benefícios que ela oferece para os empregados” (DSM 23 anos)

“Eu acho que o salário e a consideração que a empresa tem; o respeito com a gente que é deficiente, dando apoio quando a gente precisa” (FCB, 28 anos)

“O salário e também a empresa tem que dar condições da gente trabalhar: acessibilidade, respeito e direitos, tudo isso né?” (NAC 23 anos)

“O dinheiro é importante, mas também o jeito que a gente é tratado conta, se eles tratam a gente bem tudo bem, senão, num tem dinheiro que me segure” (RMGL, 23 anos)

“Acho que é a estabilidade que é importante. Porque eu posso me programar com o dinheiro e posso trabalhar com outras coisas” (LCV, 29 anos)

As relações interpessoais dentro de uma empresa são construídas pela ausência de preconceito e valores comunitários. A satisfação percebida pelos sujeitos da pesquisa em relação a esses aspectos mostra que a organização proporciona relações internas de trabalho adequadas, sem discriminação com relação aos seus colaboradores¹⁹.

Empregadores podem discriminar PcDs por causa de conceitos errôneos sobre suas capacidades, ou porque não desejam incluí-las em sua equipe de trabalho. Outros acabam seguindo o caminho oposto, superprotegendo os trabalhadores com algum tipo de limitação funcional. Seus códigos trabalhistas, por exemplo, diminuem os dias de trabalho, com mais períodos de descanso, mais períodos remunerados e maiores indenizações, independentemente da necessidade. Essas regulamentações podem, em alguns casos, levar os empregadores a ver os trabalhadores com deficiência como menos produtivos e mais onerosos¹³.

Embora não deva haver qualquer diferenciação, sendo o salário igual aos demais empregados na mesma função, muitas PcDs acabam recebendo valores menores em relação às pessoas sem deficiência. (...) As desvantagens encontradas acabam por condenar estas pessoas a condições de trabalho desfavoráveis e rendimentos particularmente baixos (...) ^{4,13,14}. No Brasil, do total das PcDs, 29,05% vivem em situação de miséria, com menos de um salário mínimo²¹.

Categoria 02 – Queixas relacionadas ao trabalho

“Pro meu momento é o tempo que eu passo fora de casa, queria ficar mais tempo em casa, trabalho muito” (MRP, 44 anos)

“Acho que é a quantidade de trabalho e o tratamento da empresa com os funcionários” (JFGS, 37 anos)

“Pra mim é a quantidade de trabalho, porque se for muito cansativo não consigo por causa da perna e também o tipo de trabalho, que pra mim tenho que fazer coisas sentado” (GGR, 41 anos)

“O tipo de trabalho que eu faço, não posso mais pintar; desse jeito vou ter que sair” (VBS, 43 anos)

Geralmente uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais favorece o cumprimento de um grande número de atividades. Entretanto, demanda muita dedicação, podendo afetar a vida familiar, pois as longas horas de permanência no trabalho podem impedir o trabalhador de dispensar maior tempo de dedicação à família. Além disso, serviços que demandem desgaste físico em excesso prejudicam ainda mais a saúde das pessoas que apresentam algum tipo de limitação funcional, aumentando assim os desconfortos físicos. De acordo com algumas pesquisas relacionadas ao tema, a burocratização, inflexibilidade no trabalho, quantidade/sobrecarga e modelo de assistência resultam em fatores causadores de insatisfação profissional^{3,19}.

Paralelamente, alguns entrevistados relataram que a carga horária e tipo de trabalho, embora excessivas, não eram suas principais queixas. Alguns fatores podem estar relacionados a este pensamento. Em alguns casos, as PcDs consideram-se menos capazes do que outros funcionários, deixando de lutar por seus direitos. Outros consideram a oportunidade de trabalho mais como uma concessão do que propriamente um contrato legal de compra e venda da força do trabalho e outros, ainda veem no trabalho, independente de sua carga horária ou tipo, uma oportunidade de inclusão social²².

Outra queixa comum está relacionada à atividade realizada, que não corresponde às qualificações dos entrevistados. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria de trabalhadores com deficiência desempenhava funções operacionais, raramente ocupando um cargo mais elevado, o que pode ser explicado pela falta

de investimento na capacitação funcional da organização, na descrença dos empregadores quanto à capacidade da PcD em assumir cargos de liderança aliada a acomodação dos indivíduos com deficiência na função. A qualificação/capacitação do profissional certamente é um dos caminhos e um dos desafios a enfrentar para que se alcance maior qualidade dos serviços^{9,23}.

Com relação às queixas físicas relatadas pelos entrevistados, 67,85% referiram algum tipo de desconforto no corpo. Destes, 71% associaram tais desconfortos à atividade realizada, como pode ser analisado nos depoimentos a seguir:

“Passo muito tempo em pé” (ARV, 22 anos)

“Subo e desço andaimes, e isso cansa demais” (MES, 35 anos)

“Tenho que ficar me abaixando direto”(TM, 26 anos)

“Eu ando muito no meu trabalho, queria ficar mais parada”(FRCN, 33 anos)

É importante salientar que, todos os depoimentos acima citados eram de pessoas com monoparesia, que pode ser definida como a perda parcial das funções motoras de um só membro, em um dos membros inferiores. Isto significa que estas pessoas estão trabalhando em áreas que não estão adequadas à sua condição/limitação física. Isto pode influenciar diretamente sua satisfação no ambiente laboral. Apesar da existência da Lei nº 8213/91, tão importante quanto o seu cumprimento é o fornecimento de condições estruturais, funcionais e sociais do ambiente que irá absorver as PcDs como funcionárias, para que não se corra o risco de admiti-las simplesmente por obrigatoriedade.

A tabela 07 mostra os locais onde mais foram referidos desconfortos físicos e que, segundo os entrevistados, provavelmente estariam relacionados à sua ocupação devido ao tipo de trabalho desenvolvido.

Tabela 07 – Principais regiões de desconforto das PcDs inseridas no mercado de trabalho no período de 2009 a 2011. Campina Grande, PB, Brasil, 2012 N = 110

REGIÃO/MEMBRO	n	%
coluna vertebral	17	44,73
membros inferiores	08	21,05
joelhos	04	10,52

pés	04	10,52
tornozelos	03	7,90
quadril	01	2,64
braços	01	2,64
TOTAL	38	100,00

Como observado, umas das queixas mais comuns de dor foi na região da coluna vertebral. A postura sentada provoca uma alteração na coluna que conduz a um aumento na pressão dos discos intervertebrais, sendo que as doenças dos discos intervertebrais são motivos frequentes de dores. Em uma pesquisa realizada por Pignati e Machado, encontrou-se alta prevalência de trabalhadores com deformidades da coluna vertebral (28%) e vícios posturais de quadril, ombro e membros (24,6%), assim como lombalgias (43%). Estas situações estavam relacionadas ao alto esforço e desgaste físico relacionado ao trabalho, classificado como pesado, além de condições ergonômicas inadequadas²⁴.

Considerações

Em se tratando de qualidade de vida no trabalho, fica claro que, além da questão financeira, estabilidade profissional e condições adequadas de trabalho, o respeito e tratamento devido da empresa/empregador para com os empregados que possuem necessidades e limitações são fundamentais para a permanência destes no ambiente de trabalho. Da amostra entrevistada o nível de satisfação profissional foi considerado muito baixo, principalmente devido à baixa remuneração, quantidade e carga de trabalho inadequadas. Isto repercute diretamente na saúde do empregado, que começa a sentir desconfortos em várias regiões do corpo, podendo afetar assim seu rendimento no local de trabalho. Este fator poderia ser evitado caso os empregadores sublocassem estas pessoas em cargos mais apropriados à sua limitação física. Para isso, além de qualificação profissional dos empregados, a acessibilidade por parte da empresa e orientações adequadas aos donos de empresas deve ser oferecida pelo governo, através de programas de treinamento e capacitação. Cumprir a Lei de cotas é importante. Porém, maior prioridade deverá ser dada à inserção correta das pessoas com deficiência em um ambiente de trabalho salutar.

Referências

1. Descanio D, Lunardelli MC. Saúde e qualidade de vida na empresa familiar. *Psicologia: Organizações e Trabalho* 2007; 7(1): 159-77.
2. Costa CSN, Freitas EG, Mendonça LCS, Alem MER, Coury HJCG. Capacidade para o trabalho e qualidade de vida de trabalhadores industriais. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 7(6):1635-42.
3. Figueiredo IM, Neves DS, Montanari D; Camelo SHH. Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família. *Rev. enferm. UERJ* 2009; 17(2):262-7.
4. França ISX, Pagliuca LMF; Baptista RS. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(1): 112-16.
5. Freitas ALP, Souza RGB. Um modelo para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho em universidades públicas [Internet]. *Sistemas & gestão* [acesso em 2011 abr 17]. Disponível em: http://www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg4/anais/T7_0049_0109.pdf.
6. Iorkorki CRB, Rissi V. Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho: Estudo de caso no setor público [Internet]. *Imed1*. [acesso em 2011 abr 17]. Disponível em: <http://www.imed.edu.br/files/publications/20.pdf>.
7. Bittencourt MS, Calvo MCM, Filho GIR. Qualidade de vida no trabalho em serviços públicos de saúde – um estudo de caso. *RFO UPF* 2007; 12(1):21-6.
8. Timossi LS, Pedroso B, Pilatti LA, Francisco ACD. Adaptação do modelo de Walton para avaliação da Qualidade de Vida no trabalho. *R. da Educação Física/UEM* 2009;20(3):395-405.
9. Leonardi M, Martinuzzi A, Meucci P, Sala M, Russo E, Buffoni M, Raggi A. A Population Survey in Italy Based on the ICF Classification: Recognizing Persons with Severe Disability. *Scientific World Journal* 2012:9p.
10. Fraga MNO; Souza AF. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil: o desafio da inclusão social [Internet]. *Rev. Eletr. Enf.* 11(2), 2009. [acesso em 2011 ago 27]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a25.htm>.
11. Vasconcelos FD. O trabalhador com deficiência e as práticas de inclusão no mercado de trabalho de Salvador, Bahia. *Rev. bras. saúde ocup* 2010; 35(121):41-52.
12. Glanzner H, Olschowsky A, Kantorsky LP. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(3): 716-21.
13. Souza JM, Carneiro M. Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com

deficiência. *Saúde Soc* 2007; 16(3):69-84.

14. Lino MV, Cunha ACB. Uma questão de cotas? Como pessoas com deficiência percebem sua inserção no mercado de trabalho com base em políticas públicas de inclusão. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 2008; 3(1):65-74.
15. Ribeiro RPD, Lima MEA. O trabalho do deficiente como fator de desenvolvimento. *Cad. psicol soc. trab.* 2010; 13(2):195-207.
16. Pires ABM, Bonfim D, Bianchi LCAP. Inclusão da pessoa com Síndrome de Down: uma questão de profissionalização. *Arquivos de Ciências e Saúde* 2007; 14(4):203-10.
17. Baptista AK; Silva FCM. Perfil demográfico e do emprego das pessoas com deficiência no município de Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil. *Rev Med Minas Gerais* 2010;20(1): 37-48.
18. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre a deficiência/World Report on disability.; 2012.334 p. ISBN 978-85-64047-02-0.
19. Siqueira VTA, Kurcgant, P. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* 2012;46(1): 151-7.
20. Brasil. Legislação relativa ao trabalho de pessoas portadoras de deficiência: coletânea. Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) - Brasília: MTE, SIT/ DSST, 2010.
21. Santos WR. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? *Ciênc. saude coletiva* 2011; 16(1):787-96.
22. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):99-105.
23. Pereira CS, Del Prette A, Del Prette ZAP. Habilidades sociais de trabalhadores com e sem deficiência física. *Psicol. teor. pesqui.* 2009; 25(3):339-46.
24. Picoloto D; Silveira E. Prevenção de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas-RS. *Ciênc Saude coletiva* 2008; 13(2):506-16.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas relacionadas às PcDs estão buscando cada vez mais a inserção deste grupo na sociedade. Porém, é claramente perceptível o amplo descumprimento das leis, quer seja na área de acessibilidade, saúde e em relação ao mercado de trabalho. Além de certas impunidades, a sociedade ainda, apesar de todas as campanhas existentes na mídia, considera as PcDs fisicamente incapazes em sua maioria, restringindo-os cada vez mais de tentarem manter uma vida normal, dentro de suas limitações físicas. Devido a estes fatores, o desemprego e, conseqüentemente, a qualidade de vida neste grupo é sensivelmente inferior. Ainda, a relação deficiência x pobreza tem uma ligação direta, onde se pode verificar que nos níveis mais baixos de renda a incidência de doenças perinatais é consideravelmente elevada, principalmente no sexo feminino, enquanto a população masculina é mais susceptível aos acidentes de trânsito e de trabalho.

Quando se fala de Qualidade de vida no ambiente de trabalho, fica claro que, além da questão financeira, as relações interpessoais empregado/empregador são fundamentais para a permanência das pessoas com deficiência no ambiente de trabalho. Aqui, não somente o respeito pelos direitos do empregado devem ser mantidos, como também a oferta de condições adequadas para cada funcionário, respeitando suas limitações e capacidades. A acessibilidade ainda é instrumento fundamental neste aspecto.

Com relação ao estudo em questão, a principal limitação encontrada foi a dificuldade de acesso aos entrevistados. Inicialmente, a pesquisa seria realizada nas cidades de Campina Grande e João Pessoa. Entretanto, tornou-se inviável a coleta de dados nas duas cidades, sendo então escolhida, por acessibilidade, apenas o município de Campina Grande. Além disso, o índice de pessoas empregadas encontrado na pesquisa foi superior ao de desempregados, divergindo da literatura pertinente, fenômeno explicado pelo fato de que a maioria dos indivíduos com algum tipo de deficiência que procuram os serviços da FUNAD dá entrada no laudo que comprova sua deficiência apenas quando já estão prestes a ser contratados por alguma empresa (e por exigência desta), o que era informado no início das entrevistas, de maneira informal.

REFERÊNCIAS

1. Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(8):1773-82.
2. Fraga MNO; Souza AF. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil: o desafio da inclusão social [Internet]. *Rev. Eletr. Enf.* 11(2), 2009. [acesso em 2011 ago 27]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a25.htm>.
3. Moreira ELM; Souza LFR; Donoso MTV. A questão do portador de necessidades especiais: uma reflexão. *Reme rev. min. enferm.* 2007; 11(4):35-44.
4. Maciel MRC. Portadores de Deficiência a Questão da Inclusão social. *Revista São Paulo em Perspectiva* 2008; 14(2):23-34.
5. França ISX; Pagliuca LMF; Baptista RS. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(1): 112-16
6. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3): 475-83.
7. Souza JM, Carneiro M. Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência. *Saúde Soc* 2007; 16(3):69-84.
8. Markezan R. O discurso da legislação sobre o sujeito deficiente. *Rev. bras. educ. espec.* 2008; 14(3):63-78
9. Brasil a, Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048 2000 e 10.098 [Internet]. Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. [acesso em 2012 mai 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm.
10. Bechtold PB, Weiss SLI. A Inclusão das Pessoas com Necessidades Educacionais Especiais no Mercado de Trabalho [Internet]. Instituto Catarinense de Pós-Graduação [acesso em 2011 set 22]. Disponível em: <http://www.icpg.com.br/artigos/rev03-03.pdf>.
11. Ribeiro RPD, Lima MEA. O trabalho do deficiente como fator de desenvolvimento. *Cad. psicol soc. trab.* 2010; 13(2):195-207.
12. Bernardes LCG, Maior IMML, Spezia CH, Araújo TCCF. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 14(1):31-8.
13. Martins JA; Barsaglini RA. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2011; 15(36):109-22.

14. Elias MP; Monteiro LMC, Chaves CR. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(3):1041-50.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo 2010 - População [acesso em 2012 mai 17]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
16. Pereira CS, Del Prette A, Del Prette ZAP. Habilidades sociais de trabalhadores com e sem deficiência física. *Psicol. teor. pesqui.* 2009; 25(3):339-46.
17. Brasil b. Lei de cotas [Internet]. Ministério do Trabalho e Emprego. 2005 out. 07 [acesso em 2012 set 4]. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/noticias/conteudo/9496.asp>.
18. Vasconcelos FD. O trabalhador com deficiência e as práticas de inclusão no mercado de trabalho de Salvador, Bahia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* 2010; 35(121):41-52.
19. Freitas ALP, Souza RGB. Um modelo para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho em universidades públicas [Internet]. *Sistemas & gestão* [acesso em 2011 abr 17]. Disponível em: http://www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg4/anais/T7_0049_0109.pdf.
20. Iorkorki CRB, Rissi V. Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho: Estudo de caso no setor público [Internet]. *Imed1*. [acesso em 2011 abr 17]. Disponível em: <http://www.imed.edu.br/files/publications/20.pdf>.
21. Tavares T. Superando limites [Internet]. A União. [acesso em 2011 mai 10]. Disponível em: http://www.auniao.pb.gov.br/v2/index.php?option=com_content&task=view&id=1155&Itemid=1.
22. Timossi LS, Pedroso B, Pilatti LA, Francisco ACD. Adaptação do modelo de Walton para avaliação da Qualidade de Vida no trabalho. *R. da Educação Física/UEM* 2009; 20(3):395-405.

APÊNDICES

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL E
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO**

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

QUESTÕES		1	2	3	4	5
1	Salário					
2	Alimentação					
3	Vale-transporte					
4	Auxílio-saúde					
5	Carga horária					
6	Quantidade de trabalho					
7	Uso de equipamentos ou máquinas que facilitem seu trabalho					
8	Ambiente de trabalho: acessibilidade, adaptações à condição física, segurança, uso de EPI's					
9	Oportunidade de tomar decisões					
10	Ter conhecimento do seu desempenho					
11	Cursos de capacitação / treinamento					
12	Capacidade de ascensão profissional					
13	Estabilidade/tranquilidade em relação ao emprego					
14	Discriminação (social, religiosa, condição física, outras)					
15	Relacionamento com colegas e superiores					
16	Recebe atenção especial quando solicitada (devido à condição física) pelos colegas de trabalho					
17	Respeito aos seus direitos (trabalhador / deficiente físico)					
18	Oportunidade de expressar suas opiniões					
19	Privacidade					
20	Tratamento da empresa para com os funcionários					

Adaptado de Walton *apud* Fernandes (1996, p.48)

LEGENDA:

1 – MUITO INSATISFEITO (MUITO RUIM)

2 – INSATISFEITO (RUIM)

3 – NEM INSATISFEITO NEM SATISFEITO (REGULAR)

4 – SATISFEITO (BOM)

5 – MUITO SATISFEITO (ÓTIMO)

1) QUAL(IS) DESTE(S) FATOR(ES) VOCÊ ACHA QUE É (SÃO) MAIS IMPORTANTE(S) PARA QUE VOCÊ PERMANEÇA TRABALHANDO AONDE ESTÁ ATUALMENTE? POR QUE?

SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL

1) VOCÊ ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE?

SIM NÃO (PASSE À QUESTÃO 09)

2) QUAL SEU TIPO DE EMPREGO?

AUTÔNOMO

CARTEIRA ASSINADA

CONCURSADO

INFORMAL

OUTRO _____

3) SEU ATUAL EMPREGO DEU-SE ATRAVÉS DAS LEIS DE COTAS?

SIM NÃO

4) CASO ESTEJA EMPREGADO, QUE FUNÇÃO VOCÊ EXERCE? _____

5) ESTA FUNÇÃO QUE VOCÊ DESEMPENHA ATUALMENTE CORRESPONDE À FUNÇÃO A QUAL VOCÊ ESTÁ OU FOI HABILITADO?

SIM NÃO

6) ATUALMENTE VOCÊ SENTE DESCONFORTO (DOR) EM ALGUMA REGIÃO DO CORPO?

SIM - AONDE? _____ NÃO

6.1) VOCÊ ACHA QUE ESTA DOR QUE VOCÊ SENTE ATUALMENTE ESTÁ RELACIONADA À SUA OCUPAÇÃO ATUAL?

SIM- POR QUE? _____

NÃO

7) POR QUE VOCÊ ESTÁ DESEMPREGADO?

NUNCA CONSEGUIU EMPREGO

PEDIU DEMISSÃO

FOI DEDITIDO

NÃO TINHA CONDIÇÕES FÍSICAS DE PERMANECER NOS EMPREGOS POR ONDE PASSOU

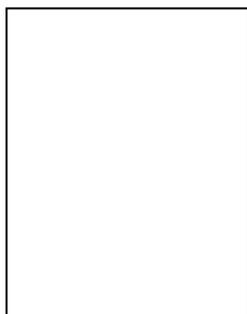
ESTÁ AFASTADO POR MOTIVOS DE SAÚDE (NÃO TEM CONDIÇÕES DE TRABALHAR)

ESTÁ TRABALHANDO INFORMALMENTE

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____, me disponho a participar da pesquisa intitulada “INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: FATORES RELACIONADOS À SUA PERMANÊNCIA NO MERCADO DE TRABALHO”, sob a responsabilidade do pesquisador Bertran Gonçalves Coutinho. O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informada(o) pelo pesquisador de que:

1. Investigar a permanência de pessoas com deficiência física no mercado de trabalho após avaliação realizada pela Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência;
2. Caso sinta a necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone 83 91168831;
3. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador;
4. Quanto aos riscos, fui informada(o) que a pesquisa proposta não oferece riscos à minha integridade, caso ocorra alguma intercorrência, serei encaminhada(o) imediatamente ao serviço médico;
5. Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais;
6. Eu estou de acordo com a participação no estudo de livre e espontânea vontade e entendo a relevância dele, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização. Julgo que é meu direito manter uma cópia dele.



Impressão datiloscópica

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Participante da pesquisa

Pesquisador

APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM
ARQUIVO

Título da pesquisa:

**INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: FATORES
RELACIONADOS À SUA PERMANÊNCIA NO MERCADO DE TRABALHO**

O pesquisador do projeto acima assume o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários ou arquivos;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Campina Grande, ____ de ____ de ____.

Pesquisador

APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por esse termo de responsabilidade, eu, abaixo-assinado, pesquisador da pesquisa intitulada “INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: FATORES RELACIONADOS À SUA PERMANÊNCIA NO MERCADO DE TRABALHO”, assumo cumprir fielmente as diretrizes reguladoras emanadas da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº.938333,24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade, aos sujeitos da pesquisa, ao Estado e à Resolução CEP/UEPB.

Reafirmo, igualmente, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a casa sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentarei sempre que solicitado pelo CEP/UEPB (Comitê de Ética em Pesquisa/Universidade Estadual da Paraíba), ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, ____ de _____ de _____ .

Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO PROPOSTA POR WALTON

CRITÉRIOS	INDICADORES DE QVT
1- COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA	Equidade interna e externa justiça na compensação partilha do ganhos de produtividade proporcionalidade entre salários
2- CONDIÇÕES DE TRABALHO	jornada de trabalho razoável ambiente físico seguro e saudável
3- USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES	autonomia autocontrole relativo qualidades múltiplas informações sobre o processo total do trabalho
4- OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA	possibilidade de carreira crescimento pessoal perspectiva de avanço salarial segurança de emprego
5- INTEGRAÇÃO SOCIAL NA ORGANIZAÇÃO	ausência de preconceitos igualdade mobilidade relacionamento senso comunitário
6- CONSTITUCIONALISMO	direitos de proteção do trabalhador privacidade pessoal liberdade de expressão tratamento imparcial direitos trabalhistas
7- O TRABALHO E O ESPAÇO TOTAL DE VIDA	papel balanceado no trabalho estabilidade de horários poucas mudanças geográficas tempo para lazer da família
8- RELEVÂNCIA SOCIAL DO TRABALHO NA VIDA	imagem da empresa responsabilidade social da empresa responsabilidade pelos produtos práticas de emprego

Fonte: Walton *apud* Fernandes (1996, p.48)

ANEXO B - FORMULÁRIO DE PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP - UEPB

CAAE: 0194.0.133.000-11

PARECER: APROVADO ()NÃO APROVADO ()PENDENTE ()

TÍTULO: Inclusão social da pessoa com deficiência: fatores que facilitam ou dificultam a sua permanência no mercado de trabalho.

PESQUISADOR JUNTO AO SISNEP: BERTRAN GONÇALVES COUTINHO

ORIENTADOR(A): PROF.^a Dra. INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA

ANÁLISE DOS ITENS:

Na apreciação deste projeto, inicialmente constatamos a Folha de Rosto (FR); Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável (TCPR); Termo de Autorização Institucional (TAI); e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estando tais documentos em conformidade com os padrões recomendados por este Comitê.

No corpo do trabalho verificamos introdução, justificativa, objetivos, hipótese, referencial teórico, material e métodos, cronograma e referências; havendo coerência e articulação científica entre esses elementos.

Outrossim, salientamos que as informações presentes no corpo do projeto atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS/196/96 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. De modo igual, destacamos a receptividade desse projeto com relação às recomendações complementares relacionadas com o sujeito de pesquisa, com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa, previstas, respectivamente, nos itens: IV.1.f, IV.2.d, III.1.z, V.3 e V.4, da Resolução acima mencionada.

Portanto, tendo por fundamento a Resolução supra, que disciplina a matéria em análise; bem como a partir da RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001, que rege este Comitê de Ética em Pesquisa, entendemos pela aprovação do presente projeto.

Campina Grande, 23 de maio de 2011.

RELATOR: 18

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.^a Dra. Dornília Pedrosa da Araújo
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa