

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA
COMUNICAÇÃO HUMANA
LINHA DE PESQUISA: INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDADO À
COMUNICAÇÃO HUMANA**

ALINE SARTURI PONTE

**TRABALHADORES COM DEFICIÊNCIA E PARTICIPAÇÃO NO MERCADO DE
TRABALHO: UM ESTUDO EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE GAÚCHO**

Santa Maria, RS
2019

Aline Sarturi Ponte

**TRABALHADORES COM DEFICIÊNCIA E PARTICIPAÇÃO NO MERCADO DE
TRABALHO: UM ESTUDO EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE GAÚCHO**

Tese apresentada ao curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área Ciência da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor(a) em **Distúrbios da Comunicação Humana.**

Orientadora: Profa. Dra. Elenir Fedosse

Santa Maria, RS
2019

Ponte, Aline Sarturi

Trabalhadores com Deficiência e Participação no Mercado de Trabalho: um estudo em município de médio porte gaúcho / Aline Sarturi Ponte.- 2019.

235 p.; 30 cm

Orientadora: Elenir Fedosse

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2019

1. Pessoas com deficiência 2. Defesa das pessoas com deficiência 3. Saúde da Pessoa com Deficiência 4. Trabalho, Mercado de Trabalho I. Fedosse, Elenir II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

© 2019

Todos os direitos autorais reservados a Aline Sarturi Ponte. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Aline Sarturi Ponte

**TRABALHADORES COM DEFICIÊNCIA E PARTICIPAÇÃO NO MERCADO DE
TRABALHO: UM ESTUDO EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE GAÚCHO**

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Distúrbios da Comunicação Humana.

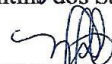
Aprovado em 06 de junho de 2019 .



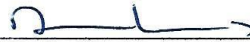
Elenir Fedosse, Dra. (UFSM) -
(Presidente/Orientadora)



Valdete Alves Valentim dos Santos Filha, Dra. (UFSM)



Miriam Cabrera Corvelo Delboni, Dra. (UFSM)



Jadir Camargo Lemos, Dr. (UFSM)



Silvia Virginia Coutinho Areosa, Dra. (UNISC)

Santa Maria, RS
2019

AGRADECIMENTOS

Gratidão é a palavra que resume este momento, agradeço a **Deus** por ter colocado pessoas tão especiais no meu caminho.

Aos meus **pais (Marcos e Marinês)** e ao meu **irmão (Victor)**, por todo o apoio que me deram durante este período. Por estarem sempre me incentivando a acreditar e seguir os meus sonhos. Obrigada pela confiança e pelo amor incondicional!

Ao namorado, amigo e companheiro, **Alan**, pelo carinho, apoio e por sempre acreditar que tudo iria dar certo. Obrigada por tudo, amo tu!

À Profa. Dra. **Elenir Fedosse** por compartilhar comigo a caminhada para construção, execução e conclusão desta tese. Obrigada por estes seis anos de parceria!

Às Profas. Dra. **Miriam Cabrera Corvelo Delboni**, Dra. **Valdete Alves Valentins dos Santos Filha** e Dra. **Silvia Virginia Coutinho Aerosa** e ao Prof. Dr. **Jadir Camargo Lemos** membros da banca examinadora da tese e Dra. **Ana Luiza Ferrer**, membro da banca examinadora de qualificação da tese, pelas valiosas contribuições.

Aos **Trabalhadores com e sem deficiência, aos Gestores e as Empresas/Instituições** pelo tempo disponibilizado para contribuir com este estudo. Vocês merecem meu eterno e mais especial agradecimento!

A prima **Liana** e as amigas **Andreisi** e **Mithielle** que sempre estiveram por perto durante este processo, me aconselhando e incentivando, tornando esta caminhada mais leve. Obrigada pelo carinho!

Ao **Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana** por abrirem as portas para que eu pudesse realizar este sonho.

RESUMO

TRABALHADORES COM DEFICIÊNCIA E PARTICIPAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: UM ESTUDO EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE GAÚCHO

AUTORA: Aline Sarturi Ponte

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Elenir Fedosse

Objetivo: analisar a participação de pessoas com deficiência no mercado de trabalho do município de Santa Maria (RS). **Materiais e Métodos:** estudo transversal, descritivo e quali-quantitativo. Os dados foram coletados entre outubro de 2017 e dezembro de 2018. Os trabalhadores com deficiência foram entrevistados (entrevista semiestruturada) e responderam a um questionário sociodemográfico, ao de Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), ao *World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II)* e ao *World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL – Bref)*. Os trabalhadores sem deficiência, gestores e servidor de um órgão legal foram entrevistados por meio de uma entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados de modo descritivo, pelos Testes Qui-Quadrado e Kruskal Wallis (nível de significância de 5% [$p < 0,05$]) e, ainda, realizou-se a triangulação de dados. **Resultados:** participaram deste estudo 192 trabalhadores com deficiência, 77 gestores, 192 trabalhadores sem deficiência e um servidor de um órgão legal. Os resultados estão apresentados e discutidos em dois artigos; o primeiro – *Trabalhadores com deficiência: análise sociodemográfica das condições de vida e saúde* – analisou as condições sociodemográficas, de saúde e funcionalidade, de trabalho e da qualidade de vida dos trabalhadores com deficiências inseridos no mercado de trabalho. Constatou-se média de idade de 39,7 anos e prevalências do sexo masculino, das deficiências físicas, formação básica e classe média como condição econômica. A maioria conquistou o primeiro emprego por distribuição de currículos, assim como tinham cargos em setores administrativos e em empresas privadas. Os trabalhadores mais novos exerciam funções de venda e os mais velhos de educação; os das empresas públicas apresentaram maior participação em movimentos sociais. A média da avaliação de funcionalidade foi de 10,7 e a da qualidade de vida de 69,4. O segundo artigo – *Percepção dos trabalhadores, empregadores e órgão legal sobre a participação de pessoas com deficiência no mercado de trabalho* – objetivou compreender a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho a partir da percepção de trabalhadores com e sem deficiência e gestores, bem como compreender a atuação de órgão legal implicado neste processo. Constatou-se prevalência do sexo masculino entre os trabalhadores com e sem deficiência e do sexo feminino entre os gestores. A maioria dos trabalhadores, de ambos os grupos, tinha Ensino Médio Completo; a maioria dos gestores tinha Ensino Superior Completo e não recebeu, durante a graduação, formação sobre inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. A maioria dos trabalhadores com e sem deficiência ocupava postos de trabalho em setores administrativos e a dos gestores estavam em instituições educacionais. A maioria não participou de discussões/capacitações institucionais referentes à inclusão. Dos 192 trabalhadores sem deficiência, 22,3% trabalhavam no mesmo setor dos com deficiência. Foram identificadas barreiras arquitetônicas, atitudinais e de comunicação, mas também foram

evidenciados facilitadores – a maioria dos participantes apresentou percepção favorável sobre o processo de inclusão. O órgão legal revelou-se voltado à fiscalização. **Conclusão:** Os fatores socioeconômicos dos trabalhadores com deficiência refletem suas condições laborais e de vida/saúde; gestores e trabalhadores sem deficiência não foram preparados para a inclusão de trabalhadores com deficiência, respondendo, pois, às obrigações legais, de modo que barreiras e facilitadores do processo de inclusão ocorrem por organização intuitiva/sem educação formalizada dos envolvidos.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência, Defesa das pessoas com deficiência, Saúde da Pessoa com Deficiência, Trabalho, Mercado de Trabalho.

ABSTRACT

WORKERS WITH DISABILITIES AND PARTICIPATION IN THE LABOR MARKET: A STUDY IN A MEDIUM-SIZED CITY IN RIO GRANDE DO SUL

AUTHOR: Aline Sarturi Ponte
SUPERVISOR: Dr. Elenir Fedosse

Objective: to analyze the participation of people with disabilities in the labor market in the city of Santa Maria, state of Rio Grande do Sul (RS). **Materials and Methods:** this is a cross-sectional, descriptive and qualitative-quantitative study. Data were collected between October 2017 and December 2018. Workers with disabilities were interviewed (through semi-structured interview) and answered a sociodemographic questionnaire, besides the Brazilian Economic Classification Criteria (CCEB), the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) and the World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref). Non-disabled workers, managers and one server of a legal sector were interviewed through a semi-structured interview. Data were analyzed in a descriptive way by the Chi-Square and Kruskal Wallis tests (significance level of 5% [$p < 0.05$]), and data triangulation was also performed. **Results:** 192 workers with disabilities, 77 managers, 192 workers without disabilities and one server of a legal sector participated in this study. The results are presented and discussed into two academic papers. The first one – *Workers with disabilities: sociodemographic analysis of living and health conditions* – focused on analyzing sociodemographic, health, functional, working and living conditions of workers with disabilities in the labor market. It was observed that the mean age was 39.7 years, with prevalence of males, physical disabilities, elementary education and middle class. Most have earned their first job through the distribution of resumes, as well as hold positions in management and private companies. Occupations are associated with gender, schooling and type of disability; socioeconomic conditions are associated with occupations. The younger workers are in the sales functions and the older workers in the education functions; those of public enterprises are more participatory in social movements. The mean value of the functional assessment was 10.7 and the quality of life was 69.4. The second paper – *Perception of workers, employers and legal sector on the participation of people with disabilities in the labor market* – aimed to understand the inclusion of people with disabilities in the labor market from the perception of managers and workers with and without disabilities, as well as to comprehend the legal sector action in this process. It was verified the prevalence of males among workers with and without disabilities and female among managers; the majority of workers in both groups had completed Higher Education, while most managers had completed Higher Education (Area of Education) and did not participate during professional training in discussions on the inclusion of people with disabilities in the market of work. The majority of workers with and without disabilities occupied jobs in administrative sectors and those of managers were from educational institutions. Most did not participate in institutional discussions regarding inclusion. Of the 192 workers without disabilities, 22.3% worked in the same sector of the disabled. Architectural, attitudinal and communication barriers were identified in the inclusion process; facilitators were also evidenced - the majority presented a favorable perception about the process. It was verified that the legal body is subject to supervision. **Conclusion:** the socioeconomic factors of workers with disabilities reflect their working, living and health conditions; managers and workers without disabilities were not prepared for the inclusion of workers with disabilities, responding, thus, to the legal obligations, so that barriers and

facilitators for the inclusion process occur through intuitive organization without formal education of those involved.

Keywords: People with Disabilities, Disabled People's Health, Disability Health, Labor, Labor Market.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Organizações Internacionais de e para Pessoas com Deficiência.	46
Quadro 2 – Primeiras Instituições criadas para alienados no Brasil.	48
Quadro 3 – Primeiros Centros de Reabilitação do Brasil.	50
Quadro 4 – Movimentos Sociais das Pessoas com Deficiência e acometidas pela Hanseníase no Brasil.....	54
Quadro 5 – Classificação das Deficiências Físicas conforme o Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004.....	55
Quadro 6 – Classificação das Deficiências Visuais conforme o Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004.....	56
Quadro 7 – Barreiras segundo a Lei nº 13.146/2015.	60
Quadro 8 – NASF - Área estratégica de reabilitação.	63
Quadro 9 – Dispositivos Intersetoriais – Plano Viver sem Limites.	66
Quadro 10 – Artigo 93 da Lei 8.213/91 – “Lei de Cotas”.	70
Quadro 11 – Legislação nacional que trata da inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho.	70
Quadro 12 – Cortes do Critério de Classificação Econômica Brasil.	82
Quadro 13 – Relação direta dos itens do WHODAS 2.0 com a CIF.	83
Quadro 14 – Domínios do WHOQOL – BREF e suas Facetas.....	84
Quadro 15 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor de Educação – Instituições de Ensino Superior – IES (IES – n=5, Trabalhadores com deficiência – n=59)...	94
Quadro 16 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor de Educação – Instituições de Educação Básica – IEB (Infantil, Ensino Fundamental e Médio) (IEB – n=18, Trabalhadores com Deficiência – n=29).	95
Quadro 17 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor de Educação – Instituições de Ensino Técnico e Profissionalizantes (IETP) e de Instituição de Formação Religiosa (IFR) (IETP – n=3, IFR – n=1, Trabalhadores com Deficiência – n=4).....	97
Quadro 18 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor do Comércio (C) (Comércio – n=4, Trabalhadores com deficiência – n=16).....	98
Quadro 19 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor de Transporte (ET) (Empresas de Transporte – n=2, Trabalhadores com Deficiência – n =23).	99
Quadro 20 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor de Saúde – Hospitais (H), Empresa de Administração em Saúde (EAS) e Serviços de Saúde (SS) (Hospitais – n=3, Serviços de Saúde – n=3, Trabalhadores com Deficiência – n=28).....	99

Quadro 21 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor Industrial (I) (Indústrias – n=5, Trabalhadores com Deficiência – n=17).....	100
Quadro 22 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor de Recreação e Lazer (ERL) (Empresa de Recreação e Lazer – n=1, Trabalhadores com Deficiência – n=10).....	101
Quadro 23 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência em Órgão Público Estadual (OPE), Órgão Público Municipal (OPM) Empresa Financeira Pública (EFP) e Instituição Filantrópica (IF) (OPE – n=2, OPM n=1, EF – n=1, IF – n=1, Trabalhadores com Deficiência – n=6).	102
Quadro 24 – Distribuição dos Gestores do Setor de Ensino quanto a ocupação – Instituição de Ensino Superior (IES), Instituições de Ensino Básico (IEB), Instituições de Ensino Técnico e Profissionalizante (IETP), Instituição de Formação Religiosa (IFR) (IES – n=5, IEB – n=18, IETP – n=3, IFR – n=1, Gestores – n=41).	102
Quadro 25 – Distribuição dos Gestores do Setor da Saúde quanto a ocupação – Hospitais (H), Empresa de Administração em Saúde (EAS) e Serviços de Saúde (SS) (Hospitais – n=3, Serviços de Saúde – n=3, Gestores – n=13).	103
Quadro 26 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com deficiência nas Instituições de Ensino Superior (IES) (IES – n=5, Trabalhadores sem Deficiência – n=59).	104
Quadro 27 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com deficiência das Instituições de Ensino Básico (IEB) (IEB – n= 18, Trabalhador sem Deficiência – n=29).	104
Quadro 28 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com deficiência do setor da educação – Instituições de Ensino Técnico e Profissionalizante (IETP), Instituição de Formação Religiosa (IFR) (IETP – n=3, IFR – n=1, Trabalhador sem Deficiência – n=4).	105
Quadro 29 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com deficiência do setor do Comércio (C) (Comércio – n=4, Trabalhadores sem Deficiência – n=16).	105
Quadro 30 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com deficiência do setor da saúde – Hospitais (H), Empresa de Administração em Saúde (EAS) e Serviços de Saúde (SS) (Hospitais – n=3, Serviços de Saúde – n=3, Trabalhadores com Deficiência – n=28).	106
Quadro 31 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com deficiência do setor industrial (I) (Indústrias – n=5, Trabalhadores com Deficiência – n=17).....	106

Quadro 32 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com Deficiência de Órgão Público Estadual (OPE), Órgão Público Municipal (OPM) Empresa Financeira Pública (EFP) e Instituição Filantrópica (IF) (OPE – n=2, OPM n=1, EF – n=1, IF – n=1, Trabalhadores com Deficiência – n=6). 107

Artigo 2 – Percepção dos trabalhadores, empregadores e órgão legal sobre a participação de pessoas com deficiência no mercado de trabalho

Quadro 1 – Questões selecionadas das entrevistas semiestruturadas dos trabalhadores com e sem deficiência e dos gestores..... 140

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das Empresas/Postos de Trabalho do município a partir de dados da CDL e da ADESM (n=1145)..... 90

Artigo 1 – Trabalhadores com deficiência: análise sociodemográfica das condições de vida e saúde

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos Trabalhadores com Deficiência (n=192).....116

Tabela 2 – Condições de Trabalho (n=192).....118

Tabela 3 – Associação entre a ocupação e o sexo (n=192).....120

Tabela 4 – Associação entre as ocupações e as deficiências (n=192).....121

Tabela 5 – Alterações no cotidiano e significado do trabalho na vida dos trabalhadores com deficiência (n=85).....122

Artigo 2 – Percepção dos trabalhadores, empregadores e órgão legal sobre a participação de pessoas com deficiência no mercado de trabalho

Tabela 1 – Caracterização do Trabalhadores com deficiência (n=192), Gestores (n=77) e Trabalhadores sem deficiência (n=192).....142

Tabela 2 – Caracterização das Questões selecionadas: Trabalhadores com deficiência (n=82), Gestores (n=77) e Trabalhadores sem deficiência (n=43).....143

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABBR	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABRADEF	Associação Brasileira de Deficientes Físicos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADESM	Agência de Desenvolvimento de Santa Maria
AFR	Associação Fluminense de Reabilitação
AGU	Advocacia Geral da União
AIPD	Ano Internacional das Pessoas Deficientes
APAE	Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
AVD	Atividade de Vida Diária
BPC	Benefício da Prestação Continuada
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CBEC	Conselho Brasileiro para o Bem-Estar dos Cegos
CCEA	Critério de Classificação Econômica Brasil
CDL	Câmara de Dirigentes e Lojistas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro de Especialidades em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal brasileira
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
dB	Decibéis
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DISM	Distrito Industrial de Santa Maria
DP	Departamento de Pessoal
DPI	<i>Disabled People International</i>

DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EUA	Estado Unidos da América
FADISMA	Faculdade de Direito de Santa Maria
FAMES	Faculdade Metodista de Santa Maria
FAPAS	Faculdade Palotina de Santa Maria
FCDD	Fraternidade Cristã de Deficientes
FEDEC	Federação Brasileira de Entidades de e para Cegos
FENAPAES	Federação Nacional das APAEs
FENASP	Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi
FENEIS	Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos
FISMA	Faculdade Integrada de Santa Maria
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
HCAA	Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo
HGeSM	Hospital de Geral de Santa Maria
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBC	Instituto Benjamin Constant
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBR	Instituto Bahiano de Reabilitação
IES	Instituição de Ensino Superior
IFF	Instituto Federal Farroupilha
INAR	Instituto Nacional de Reabilitação
INES	Instituto Nacional da Educação de Surdos
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social – Previdência Social
IR	Instituto de Reabilitação
LBD	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LEA	Lesão Encefálica Adquirida
LIBRAS	Língua Brasileiras de Sinais
MDPD	Movimento pelos Direitos da Pessoa Deficiente
MORHAN	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego

MTP	Ministério Público do Trabalho
MVI	Movimento de Vida Independente
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NID	Núcleo de Integração de Deficientes
OIT	Organização Internacional do Trabalho.
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONCB	Organização Nacional dos Cegos do Brasil
ONEDEF	Organização Nacional das Entidades de Deficientes Físicos
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PQT	Poliquimioterapia
QV	Qualidade de Vida
RAIS	Relação Anual de informações Sociais
RH	Recursos Humanos
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SEST/SENAT	Serviço Social de Transporte/Serviço Nacional de Aprendizagem de Transporte
SINE	Sistema Nacional de Emprego
SPL	Sociedades de Profissionais Liberais
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TA	Termo de Assentimento
TAI	Termo de Autorização Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Trabalho Final de Graduação
TILS	Tradutor Intérprete de Língua de Sinais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFN	Universidade Franciscana
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPIAS	<i>Union of the Physically Impaired Against Segregation</i>
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

VAB Valor Adicionado Bruto

WBU *World Blind Union*

WFD *World Federation of the Deaf*

WHO-DAS II World Health Organization Disability Assessment Schedule II

WHOQOL – BREF World Health Organization Quality of Life – Bref

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	26
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	33
2.1 O Ser Humano – sua práxis cotidiana e laboral	33
2.2 Processo de reconhecimento social e técnico-científico da Pessoa com Deficiência	39
2.2.1 Movimento Mundial	39
2.2.2 Movimento Brasileiro.....	47
2.2.3 Dos avanços em saúde: do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial	58
2.3 Direitos à Educação e ao Trabalho das Pessoas com Deficiência no Brasil	67
3. MATERIAIS E MÉTODOS	75
3.1 Desenho do Estudo	75
3.2 Marco teórico-metodológico	76
3.3 Aspectos Éticos.....	77
3.4 Cenário onde ocorreu o estudo.....	78
3.5 Fases do Estudo.....	78
3.5.1 Fase I – Levantamento de Informações Secundárias	78
3.5.2 Fase II – Levantamento de Informações Primárias	79
3.5.2.1 Critérios de inclusão e exclusão das Empresas/Instituições santa-mariense	79
3.5.2.2 Critério de inclusão e de exclusão dos trabalhadores do Grupo 1	80
3.5.2.3 Critério de inclusão e de exclusão dos trabalhadores do Grupo 2.....	80
3.5.2.3 Critério de inclusão e de exclusão dos trabalhadores do Grupo 3.....	80
3.5.2.4 Critério de inclusão e de exclusão do servidor do órgão legal.....	80
3.6 Período e Instrumentos de Coleta de Dados	81
3.7 Análise dos dados.....	85
4. RESULTADOS	87
4.1 Identificação do Cenário do Estudo.....	87

4.1.1 Identificação das Empresas/Instituições e Demais Participantes deste Estudo	93
4.1.1.1 Sobre os Trabalhadores com Deficiência deste Estudo	94
4.1.1.2 Sobre os Gestores deste Estudo	102
4.1.1.3 Sobre os Trabalhadores sem Deficiência deste Estudo	104
4.1.1.4 Formação dos Trabalhadores quanto à Inclusão de Pessoas com Deficiência	107
4.1.1.5 Trabalhador do Órgão Público	109
4.2 Artigo 1 – Trabalhadores com deficiência: análise sociodemográfica das condições de vida e saúde	111
Resumo	112
Introdução	113
Metodologia	114
Resultados	116
Discussões	123
Conclusão	131
Referências	132
4.3 Artigo 2 – Percepção dos trabalhadores, empregadores e órgão legal sobre a participação de pessoas com deficiência no mercado de trabalho	137
Resumo	138
Introdução	139
Metodologia	140
Resultados	141
Discussões	151
Conclusões	155
Referências	156
5. DISCUSSÃO GERAL	159
6. CONCLUSÃO	171

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos	199
Anexo B – Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB	201
Anexo C – <i>World Health Organization Disability Assessment Schedule II – WHO-DAS II</i>	203
Anexo D – <i>World Health Organization Quality of Life – WHOQOL – BREF</i>	205
Anexo E – Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva.....	207
Anexo F – Norma da Revista Saúde e Sociedade	217
9. APÊNDICES	223
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	223
Apêndice B – Termo de Assentimento	225
Apêndice C – Questionário Sociodemográfico – Trabalhadores com deficiência.	227
Apêndice D – Entrevista Semiestruturada – Trabalhadores com deficiência.....	229
Apêndice E – Entrevista Semiestruturada: Trabalhadores sem deficiência.	231
Apêndice F – Entrevista Semiestruturada – Empregador/Responsável pelo Setor.	233
Apêndice G – Entrevista Semiestruturada – Trabalhador do órgão legal do município de Santa Maria, RS.....	235

1 INTRODUÇÃO

A atividade laboral tem papel significativo na vida das pessoas e das sociedades; é considerada como a matriz da integração social (MORIN, 2001; TOLFO; PUCCININI, 2007) e constitutiva da identidade do sujeito/trabalhador (LANCMAN, 2004). Sendo assim, o trabalho na vida do homem vai além de suprir as suas necessidades fisiológicas e/ou de auto realizações, ele oportuniza a construção de sua identidade pessoal e social (RIBEIRO; LÉDA, 2004), tornando-o integrante e participante de uma dada sociedade (MORIN, 2001).

Marx (1985, p. 211) ressalta que “o trabalho é um processo entre homem e natureza” diferente do ato mecânico ou instintivo realizado pelos outros animais. O processo do trabalho humano é complexo; ao realizá-lo, o homem, transforma a natureza, aprende e desenvolve novas habilidades, técnicas e tecnologias que julga necessárias para a sua sobrevivência. Ou seja, o homem age sobre e constitui a natureza, ao executar uma ação sobre ela, também se modifica (MARX, 1985). Se o trabalho constitui o homem – psíquica, cognitiva e fisicamente (porque modifica o corpo) – ele influencia todas as esferas de sua vida humana (LANCMAN, 2004).

As transformações do processo de trabalho intensificaram-se no mundo contemporâneo; na atualidade, tem-se passado por intensas mudanças tecnológicas, sociais, políticas, organizacionais e econômicas (LANCMAN, 2004; SENNA NETO, 2010; TOLDRÁ, et al., 2010). Tais mudanças têm refletido no perfil da classe trabalhadora: observa-se uma diminuição da classe operária e uma expansão do trabalho no setor de serviços (LANCMAN, 2004). Sendo assim, pode-se considerar o processo e o mercado de trabalho como dinâmico, fato que exige de todos que o compõem (trabalhadores formais e informais; empresas e indústrias, por exemplo) uma constante adaptação (LANCMAN, 2004; SENNA NETO, 2010; TOLDRÁ, et al., 2010).

A relação capital e trabalho tem tornado o mercado de trabalho cada dia mais concorrido, exigindo que os trabalhadores convivam cotidianamente com situações de competitividade e desemprego. Assim, têm-se impactos que atingem diretamente as relações de trabalho-emprego e as contratações dos trabalhadores acontecem de forma variada, como, por exemplos, a terceirização e o trabalho autônomo. Tais condições abrem espaço para o desemprego, o subemprego e o trabalho informal, fatos que causam grande mobilidade no mercado e fragilizam as relações de trabalho (LANCMAN, 2004).

Esta realidade torna-se mais preocupante quando se trata da inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, pois além dos fatores citados, tais pessoas encontram-se

cercadas de diversas barreiras: estigmas, estereótipos, preconceitos e discriminações construídos por séculos. Segundo Pessotti (1984, p. 1), essas concepções apresentam-se “como raízes, por vezes seculares, de cuja seiva nutrem os preconceitos e os conceitos de hoje neste campo”. Carregam particularidades (crenças, mitos, valores) das diferentes fases enfrentadas pela população com deficiência ao longo do tempo, do extermínio e da alienação/segregação de períodos remotos para a integração e as conquistas atuais de inclusão social (PESSOTTI, 1984).

Vale destacar que as pessoas com deficiência integraram o conjunto de preocupações da Organização das Nações Unidas (ONU) por ocasião da Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH (ONU, 1948). De lá para cá, muita coisa mudou, mas tais pessoas continuam enfrentando importantes dificuldades, visto que os olhares das sociedades ainda são primeiramente voltados para suas deficiências/limitações e, raramente, para suas habilidades e/ou capacidades. Matos (2017) reafirma que as expressões – anormal, retardado mental, inválido, atrasado intelectualmente, excepcional, especial, *etc.*¹ –, utilizadas para denominar as pessoas com deficiência, são construídas historicamente em suas palavras, “(...) a sociedade logo incorpora o termo no seu conjunto de normas e valores, e o que se observará é que, seja qual for o termo utilizado, significa sempre atraso, falha, exclusão” (MATOS, 2017, p. 35). Bartalotti (2006) ressalta que a visão direcionada para as deficiências/limitações, excludente na maioria das vezes, provém de uma ordem social, legitimada por valores e ideologias, que privilegia a regularidade, não havendo espaço para a diferença. Sendo assim, pode-se dizer que os avanços científicos e sociais do homem contemporâneo ainda são insuficientes para superar a realidade da discriminação enfrentada pelas pessoas com deficiência (RAMALHO; SOUZA, 2005).

¹ A propósito da terminologia usada, tem-se que do início do século XX até meados dele (anos 1960), o termo mais comumente utilizado era “incapacitados” - “indivíduos sem capacidade”. No período entre 1960 e 1980, os termos eram quase que leigos - pessoas com deficiências físicas eram chamadas de “defeituosas”; pessoas com deficiência mental eram “os excepcionais” e pessoas com deficiências sensoriais eram “os deficientes”. De 1981 até 1987, com a atribuição de direitos e dignidades às pessoas com deficiência, estas passaram a ser chamadas de “pessoas deficientes”. Tal termo foi contestado, pois sinalizava que as pessoas “inteiras” eram deficientes, sendo substituído por “pessoas portadoras de deficiência”. No início da década de 1990, essa população passou a ser referida como “pessoas com necessidades especiais”, “portadoras de direitos especiais” ou “pessoas especiais”. O termo “pessoas com deficiência” é o mais empregado atualmente (SASSAKI, 2003) por recomendação da Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015a). Em seu art. 2º está definido que pessoas com deficiências são aquelas que apresentam algum impedimento de natureza física, sensorial, mental e intelectual (BRASIL, 2015a). Pode dizer que tal denominação reconhece que as pessoas com deficiência têm capacidades, ou seja, são “indivíduos com capacidade residual (SASSAKI, 2003).”

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, existiam no país aproximadamente 45,6 milhões de pessoas com deficiência, correspondendo a 23,9% da população total. Dados do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), de 2011, revelaram 325.300 vínculos empregatícios de pessoas com deficiência no país, representando apenas 0,70% do total de vínculos gerais (MTE, 2012). Estudo realizado por Garcia e Maia (2014), ocupado da inserção no mercado de trabalho brasileiro de pessoas com deficiência e com base nos resultados do Censo Demográfico de 2010, revelou que a taxa de participação das pessoas com deficiência era de 37%; um percentual inferior ao de pessoas com limitação funcional (pessoas que declararam ter apenas alguma dificuldade permanente para enxergar, ouvir e/ou andar/subir escadas) que foi de 58,1% e de pessoas que se declaram sem deficiência ou limitação (70,4%).

A legislação nacional, art. 6º da Constituição Federal Brasileira (CF), estabelece o trabalho como um direito social (BRASIL, 1988) e garante às pessoas com deficiência o direito à cidadania, à igualdade e à dignidade. Por outro lado, o documento do MTE sobre a inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho (MTE, 2009), reconhece a fragilidade dos direitos das pessoas com deficiência; revela que é sabido que as maiorias, nem sempre, garantiram a proteção às peculiaridades e respeito das minorias, afirmando “eis aí o fundamento primeiro das políticas em favor de quaisquer minorias” (MTE, 2009, p. 11).

Note-se a importância das políticas públicas de inclusão para as pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Segundo o MTE (2009, p.1),

O direito de ir e vir, de trabalhar e de estudar é a mola-mestra da inclusão de qualquer cidadão e, para que se concretize em face das pessoas com deficiência, há que se exigir do Estado a construção de uma sociedade livre, justa e solidária (art. 3º, Constituição Federal), por meio da implantação de políticas públicas compensatórias e eficazes.

Para Zola (2005), a efetividade das políticas de emprego voltadas para as pessoas com deficiência depende de uma mudança atitudinal da sociedade como um todo. Deste modo, há que se possibilitar pertencimento das pessoas com deficiência em grupos sociais para além do grupo familiar, por meio de relações com o outro (construídas a partir da atividade laboral) com sentimento de cidadão produtivo (proporcionado pela participação das pessoas com deficiência no mercado) (CROCHÍK, 2006; BAHIA; SCHOMMER, 2010; SOUZA-SILVA; DIEGUES; CARVALHO, 2012).

Sabe-se que a conquista de um emprego para a pessoa com deficiência adquire significado de auto realização, sensação de aceitação, possibilidade de conviver com outras

pessoas, ampliação da autoestima, de independência, prazer, autonomia e maior participação política (ABREU, 2012; TEIXEIRA, 2014; PONTE, FEDOSSE; 2016a; 2016b). O processo de inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho pode ser produtivo para todos os envolvidos, à medida que permite trocas de experiências e ressignificação de (pré)conceitos estabelecidos ao longo da história (CROCHÍK, 2006; BAHIA; SCHOMMER, 2010; SOUZA-SILVA; DIEGUES; CARVALHO, 2012). Convém dizer que o levantamento bibliográfico, realizado neste estudo, possibilitou identificar que as discussões acerca deste tema têm problematizado e priorizado os aspectos clínico/terapêuticos, os da legislação e os dos direitos da pessoa com deficiência, destacando que a inclusão destas deveria estar veiculada com a responsabilidade social da empresa² *etc.* Mas, pouco se tem discutido sobre a dinâmica da inclusão, incluindo o ambiente de trabalho e as relações interpessoais próprias deste, ou seja, as barreiras ou facilitadores encontrados no ambiente e no cotidiano de trabalho de pessoas com deficiência ainda têm sido pouco exploradas no nível técnico-científico³. Em outras palavras, pouco se tem discutido como tem sido a participação das pessoas com deficiência que trabalham.

Portanto, constata-se a importância da discussão sobre a temática da inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho de um município de médio porte do interior gaúcho, já que os estudos anteriores (realizados pela autora), também ocorreram neste município e evidenciaram uma realidade de pouco acesso ao mercado de trabalho. A hipótese levantada neste estudo é, portanto, a de que a inclusão de trabalhadores com deficiência é restrita porque os postos de trabalho carecem de qualificação para a efetivarem em seu sentido amplo, pois “incluir não é apenas colocar junto e, principalmente, não é negar a diferença, mas respeitá-la como constitutiva do humano” (BARTALOTTI, 2004 p.170) A crença em uma sociedade para todos é o alicerce do paradigma da inclusão, pois “não cabe somente aos indivíduos se integrar

² Responsabilidade social de uma empresa está associada as posturas, comportamentos e ações que promovam o bem-estar dos seus públicos interno e externo. É uma prática voluntária pois não deve ser confundida exclusivamente por ações compulsórias impostas pelo governo ou por quaisquer incentivos externos (como fiscais, por exemplo). O conceito, nessa visão, envolve o benefício da coletividade, seja ela relativa ao público interno (funcionários, acionistas *etc.*) ou atores externos (comunidade, parceiros, meio ambiente *etc.*) (EON, 2014, p.1).

³ Convém dizer que tal constatação, por esta autora, não é de agora. Já em sua primeira produção científica – Trabalho Final de Graduação (TFG) – houve preocupação quanto às barreiras atitudinais presentes no cotidiano das pessoas com deficiência e o quanto tais barreiras interferiam e causavam situações desconfortáveis a estas. Na Dissertação, com temática voltada a adultos com lesão cerebral adquirida e seu cotidiano familiar, buscou-se evidenciar se os sujeitos, em idade laboral, voltaram a trabalhar após o episódio neurológico e o quanto o afastamento da atividade laboral interferia no cotidiano deste e de sua família. Obteve-se o dado de que de 48 participantes, apenas três retornaram ao trabalho e, dos 45 que não retornaram, todos tinham o desejo de retornar.

à sociedade: é preciso que ela também se transforme para acolher todos os seus cidadãos. A inclusão é, portanto, uma proposta de construção de cidadania” (BARTALOTTI, 2004 p. 173).

Neste sentido, este estudo objetivou analisar a participação de pessoas com deficiência no mercado de trabalho do município de Santa Maria (RS), preocupando-se em identificar os postos de trabalho disponíveis no município e, acima de tudo, compreender a percepção dos trabalhadores com deficiência incluídos no mercado de trabalho, bem como a de seus gestores e colegas de trabalho. Ainda, buscou-se identificar a atuação de órgãos legais implicados no processo de inclusão.

Com o intuito de suprir os múltiplos aspectos envolvidos neste estudo, o mesmo está organizado, em seis capítulos. Este introdutório, seguido do – Referencial Teórico – que aborda temas fundamentais, a saber: as reflexões teóricas sobre o ser humano e a importância do trabalho no cotidiano das pessoas, o contexto histórico-social vivenciado pelas pessoas com deficiência ao longo da história e suas implicações, destacando os preceitos de uma visão ampliada do cuidado – a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) – que revelam avanços técnico-científicos em saúde e, ainda, os marcos legais sobre a inclusão laboral de pessoas com deficiência no Brasil.

O terceiro capítulo – Materiais e Métodos – ocupa-se em descrever a natureza do estudo, os procedimentos de coleta e de análise dos dados obtidos. No quarto capítulo – Resultados da Pesquisa – são apresentadas as características gerais dos postos de trabalho e da inclusão de pessoas com deficiência no município, seguidas de dois artigos científicos. O primeiro apresenta uma análise sociodemográfica e das condições de vida e saúde de trabalhadores com deficiência. O segundo abordou a percepção de trabalhadores com e sem deficiência, empregadores e um trabalhador de um órgão legal sobre a participação de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. No quinto capítulo, faz-se a Discussão Geral dos resultados buscando-se aglutinar os dados do cenário encontrado e dos artigos produzidos; por fim, no sexto apresenta-se a Conclusão da pesquisa, seus limites e a indicação de perspectivas futuras.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Ser Humano – sua práxis cotidiana e laboral

O ser humano é um ser natural e social; único/individual e histórico, com corpo e mente interligados (MARX, 2010 e 1985; MARX; ENGELS, 1981). Mesmo se constituindo social, é único/singular; é um ser que convive em sociedade, mas que constrói e mantém a sua identidade individualmente; “(...) a significação humana da natureza só existe para o homem social, porque só neste caso a natureza é um laço com outros homens, a base de sua existência para outros e da existência destes para ele.” (MARX, 1985, p. 118)

O homem constitui-se também como ser histórico, visto que é a partir da sua consciência, conduta e natureza que se define a história (MARX; ENGELS, 1981). Neste movimento, desenvolve-se na vida cotidiana, na qual se situa o núcleo racional, o centro real das práxis: “a produção da própria vida pelo ser humano” (LEFEBVRE, 1991, p. 39). Esta produção – do cotidiano – dá-se, pois, por meio das atividades – subjetivo, mutável, diverso e plural (COSTA; ALMEIDA, 2004). Ou seja, o homem transforma-se à medida que a vida vai construindo-se e novas experiências vão acontecendo gerando novas necessidades, estruturando-se e reestruturando-se em razão de projetos específicos individuais e coletivos (CASTRO, LIMA, BRUNELLO, 2001; COSTA; ALMEIDA, 2004; LIMA, OKUMA; PASTORE, 2013).

Sendo assim, as “atividades humanas são constituídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demandam capacidades, materialidade e estabelecem mecanismos internos para sua realização” (CASTRO, LIMA, BRUNELLO, 2001, p. 47). Podem estar relacionadas às crenças/elementos culturais de uma pessoa ou de um grupo, apresentando-se, pois, como um fator ativo de organização social (CASTRO, LIMA, BRUNELLO, 2001).

As atividades humanas envolvem fenômenos orgânicos, lingüísticos e socioculturais, abrindo como isso um caminho de humanização (CASTRO, LIMA, BRUNELLO, 2001). Pedral e Bastos (2008, p. 9) afirmam que

(...) A atividade é algo fundamental na vida do homem e, na sua realização, tanto o processo de execução como o seu resultado final têm diferentes graus e valores. A atividade é o princípio que rege tanto a vida corporal como a mental, dado que o homem nunca permanece sem fazer nada. A vida humana é essencialmente ação. (...) O pensamento é condicionado pela ação. Pensando o Homem faz, planeja, transforma, busca sentido para sua existência. A atividade é uma ferramenta que compõe um processo de aprendizagem, formador da consciência, da capacidade, da competência, da estima e do autocontrole.

Sendo assim, pode-se compreender que atividade é vida; é ação de um pensamento envolvido pela liberdade, pela intenção e pela vontade de ser (PEDRAL; BASTOS, 2008). Em outros termos, compreende-se a atividade como um “(...) instrumento capaz de promover a construção do cotidiano em função de uma participação social.” (BENETTON; TEDESCO; FERRARI, 2003, p. 28).

Observa-se então, que é a partir das diversas atividades que o homem executa é que se constrói o seu cotidiano (PEDRAL; BASTOS, 2008). Deste modo, a vida cotidiana é a vida dos mesmos gestos, ritmos, hábitos e ritos de todos os dias: é sair da cama, tomar café, realizar os cuidados da casa, trabalhar e/ou estudar, levar as crianças para a escola, levar o cachorro para passear, assistir televisão, sair com o(a) namorado(a) e/ou com a(o)s amiga(o)s, ir ao cinema, almoçar, jantar, praticar ou não esportes, dormir, entre muitas outras atividades possíveis de serem realizadas por uma pessoa (NETTO; CARVALHO, 2005) que vive em uma sociedade urbana e de produção e consumo monetário.

Pode-se dizer que o cotidiano é organizado por um conjunto de atividades executadas tanto individual quanto socialmente (BENETTON; TEDESCO; FERRARI, 2003). Há estreita relação do cotidiano com fatores sociais e individuais/subjetivos, pois, conforme dito anteriormente, o homem o constrói, a partir de suas necessidades, valores, crenças e afetos particulares.

Heller (1972) apresenta o cotidiano como heterogêneo e também hierárquico. Isto é, a vida é caracterizada por um conjunto de ações e relações heterogêneas que contêm uma hierarquia. Sendo assim, o cotidiano não é rígido nem imutável, este se altera seja em função dos valores de uma dada época histórica, seja em função das particularidades e interesses de cada sujeito e nas diferentes etapas da sua vida. O autor acrescenta mais um fator às discussões relacionadas ao cotidiano – o genérico – que constitui todos os homens (HELLER, 2000). Galheigo (2003, p. 106) esclarece que toda a atividade tem um caráter genérico, apesar de os motivos serem pessoais. Assim, o homem individual se transforma em “coletivo, seja através da atividade artística, laborativa ou científica, nas atividades de cuidado do outro (das crianças, dos doentes e necessitados), ou nas atividades relativas à participação social e política”.

A vida cotidiana é por excelência o lugar onde se desenvolve a vida humana (GUIMARÃES, 2002). A relação é mútua - o cotidiano constitui a vida de uma pessoa e está se compõe por meio do cotidiano; a pessoa e o cotidiano inter-relacionam-se porque se constituem entre si (SALLES; MATSUKURA, 2013). Para Heller (2000, p. 17), “a vida cotidiana é a vida do homem inteiro”, onde coloca “seus sentidos, todas as suas capacidades

intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias, ideologias.” É no cotidiano que a pessoa vive sua própria história e a de seu grupo social, compartilhando aspectos sociais e culturais (TAKATORI, 2001; SALLES; MATSUKURA, 2013; BENETTON; TEDESCO; FERRARI, 2003; PELLEGRINI, 2007). Heller (1972, p. 20), ensina, ainda, que

A vida cotidiana não está ‘fora’ da história, mas no ‘centro’ do acontecer histórico: é a verdadeira ‘essência’ da substância social. (...) As grandes ações não-cotidianas que são contadas nos livros de história partem da vida cotidiana e a ela retornam. Toda grande façanha histórica concreta torna-se particular e histórica precisamente graças a seu posterior efeito na cotidianidade. O que assimila a cotidianidade de sua época assimila também, com isso, o passado da humanidade, embora tal assimilação possa não ser consciente, mas apenas ‘em si’.”

Reitera-se que a vida cotidiana se funde na história que se transforma e transforma as relações sociais. “Mas a direção desta modificação depende estritamente da consciência que os homens portam de sua “essência” e dos valores presentes ou não ao seu desenvolvimento” (NETTO; CARVALHO, 2005, p.29). Assim o cotidiano caracteriza-se como uma interação dialética que permite a realização da totalidade dos possíveis, ou seja, de fatos que se influenciam mutuamente de modo a constituírem-se em atividades que movimentam a vida do ser (LEFEBVRE, 1991).

Para Galheigo (2003, p. 108), “a vida cotidiana [...] se revela no entroncamento da realidade exterior e da realidade psíquica, na rede de suas relações sociais, nas atividades costumeiras de autocuidado e automanutenção, nas manifestações de solidariedade.” O cotidiano é tudo o que o homem vive a cada dia (CERTAU, 1998); é um caminho pelo qual o mesmo pode se orientar (CASTRO, LIMA, BRUNELLO, 2001). Portanto, ao nascer, o homem já está inserido em uma vida cotidiana que é apreendida e aprendida no núcleo familiar – de onde retira os princípios relacionais e os valores do grupo social de que participa (HELLER, 1972). Nesta linha de reflexão pode-se considerar que o cotidiano é a

essência da substância social. Isso só se constitui porque ela se apresenta como um mundo intersubjetivo, um universo cuja participação ocorre com outros homens. A vida é uma rede de trocas e de relações humanas, portanto aí o cotidiano se forma e é produzido (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001, p. 49).

Sabe-se que na vida contemporânea uma das atividades que ocupa maior parte do tempo do homem é o trabalho (LANCMAN, 2004; SENNA NETO, 2010; TOLDRÁ, et al., 2010; FARIAS; ARAUJO, 2010). Para Guimarães (2002), o cotidiano origina-se do trabalho e da

linguagem, pois estas atividades distanciam o homem do estágio natural e animal. Nos termos de Marx (1985, p.142)

o trabalho é o elemento transformador da natureza, protagonizando as relações do homem com o mundo físico e social. É falso afirmar que o trabalho, enquanto produtor de valores de uso, seja a única fonte de riqueza produzido por ele, isto é, da riqueza material [...] como atividade que visa, de uma forma ou de outra, a apropriação do que é natural, o trabalho é condição do metabolismo entre o homem e a natureza, independentemente de qualquer forma social.

Ao se compreender a relação entre o homem e o trabalho, pode-se afirmar que a atividade laboral é o diferencial do homem em relação às demais espécies de animais e, isto acontece porque o trabalho exige planejamento prévio à sua execução (MARX, 1985; WATANABE; NICOLAU, 2001). Portanto, pode-se reafirmar que o homem, ao modificar a natureza tem sua própria natureza modificada. É nesse contexto que Marx explica:

(...) no fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade (MARX, 1985, p.212).

Engels afirma que:

O trabalho é fonte de toda a riqueza afirmam os economistas. Assim é, com efeito, ao lado da natureza, encarregada de fornecer os materiais que ele converte em riqueza. O trabalho, porém, é muitíssimo mais do que isto. É a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau que, até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem (ENGELS, 1986, p.63).

Segundo Engels (1986), a sociabilidade, a atividade, a comunicação e o trabalho são importantes para a evolução ou hominização⁴ dos humanos. A propósito, a partir das construções teóricas de Marx e Engels, Vygotsky elabora sua teoria sobre o desenvolvimento humano, afirmando que: “(...) O controle da natureza e o controle do comportamento humano estão mutuamente ligados, assim como a alteração provocada pelo homem sobre a natureza altera a própria natureza do homem” (VYGOTSKY, 1998, p. 41). Ao sofrer alterações na sua natureza, o homem altera a sua identidade; deste modo, o trabalho coloca-se como um fator gerador de integração social, ou seja, é agente formador de identidade social e pessoal (DEJOURS; DESSORS; MOLINIER, 1994; LANCMAN, 2004).

⁴ Hominização: o processo de evolução biológica que resulta na espécie humana. A humanização é resultado da cultura material e intelectual historicamente acumulada. Este processo inicia-se quando o ser humano começa a lidar com os primeiros instrumentos, com as formas rudimentares de trabalho na sociedade (DUARTE, 1999).

A identidade caracteriza-se como um processo de afinidade e de distinções em relação ao outro; desenvolve-se ao longo de toda a vida de uma pessoa (DEJOURS; DESSORS; MOLINIER, 1994; LANCMAN, 2004). Por isso, pode-se dizer que a identidade do homem está sempre inacabada, constituindo personalidade, por uma história e por registros afetivos sempre em transformação a partir de suas necessidades (LANCMAN, 2004); é dessa dinâmica que o homem se faz ser singular e original (DEJOURS; DESSORS; MOLINIER, 1994).

Se o trabalho é uma atividade que ocupa boa parte da vida adulta, pode-se dizer que a atividade laboral age como mediadora central na construção da identidade e este processo dá-se no confronto de cada um com o mundo externo, isso é, dá-se pela história singular de cada pessoa em contato com os valores, regras, desafios e lógicas que compõe o mundo exterior (LANCMAN, 2004).

Pelas reflexões apresentadas até o momento, pode-se afirmar que o trabalho é parte fundamental da vida do homem contemporâneo, mas esta concepção, nem sempre foi aceita. Segundo Ribeiro e Léda (2004), relatos da história antiga e média dizem respeito à atividade de trabalho realizada apenas por escravos, de modo a ser considerada uma tarefa árdua e humilhante. Tal concepção perdurou ainda nos primeiros séculos da Idade Moderna. Sabe-se que estes séculos foram marcados pela expansão marítima, revolução comercial e mercantilismo e colonialismo europeu nas Américas. As primeiras mudanças na compreensão sobre o trabalho iniciaram apenas no período renascentista; foi a partir dele que o trabalho passou a ser compreendido com a identidade e autorrealização humana. Assim, tem-se repensado, inclusive, as relações de trabalho existentes nos períodos anteriores – Idades Antiga e Média.

O grande marco da Idade Contemporânea é a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra em 1760 e na França em 1789, e caracterizada por um conjunto de mudanças no processo de produção: da manufatura à indústria mecânica. Portanto, novas relações de trabalho foram construídas a partir do advento da industrialização e fortalecida com o capitalismo industrial que tem como alicerce a produção de mercadorias em série. Este novo modelo exigiu do homem uma reorganização do processo produtivo para garantir sua sobrevivência. Começaram a existir as especialidades na execução das tarefas e o processo de trabalho passou a ser ditado por métodos específicos, pelas máquinas, pelo ganho de tempo e posto de trabalho

etc. Está se falando dos modelos taylorista e fordista ou, simplesmente, do taylorismo⁵ e fordismo⁶ (WATANABE; NICOLAU, 2001).

Os novos métodos de trabalho vigentes tornaram o homem uma extensão da máquina e, deste modo, não se considera a singularidade (objetivos e desejos) dos trabalhadores; retira-se do homem/do trabalhador o controle sobre o processo de trabalho e sobre os destinos das mercadorias⁷. Pode-se dizer, que a atividade laboral se tornou empobrecida e mecanizada (WATANABE; NICOLAU, 2001).

Sabe-se que, na década de 1970, passou-se a presenciar uma crise do sistema de produção capitalista. As novas tecnologias da gestão da produção e da gestão do trabalhador exigiram uma reestruturação dos processos de produção (FARIAS; KREMER, 2004). Esta nova realidade e a necessidade de diminuir ainda mais os custos da produção demandou novo modelo, surgindo, então, o Modelo Japonês de Administração ou Sistema Toyota de Produção⁸ (WATANABE; NICOLAU, 2001). Na década de 1990, o trabalho em grupo ressurgiu propondo “redução dos níveis hierárquicos, arranjos celulares de produção, programas de melhorias dos processos de comunicação, aumento da autonomia e polivalência” (WATANABE; NICOLAU, 2001, p. 158).

Note-se como os métodos de produção têm passado por transformações ao longo dos séculos; elas são impulsionadas pela lógica do capital e que conduziram a globalização da economia. Nesta perspectiva, o trabalhador é responsável pela produção e por manter a

⁵ O Método Taylorista ou Sistema da Administração Científica estrutura-se sobre quatro pilares: i) planejamento – que implica substituição do critério do operário pelo desenvolvimento de uma ciência que especifica como as tarefas devem ser realizadas; ii) seleção que se refere à escolha do trabalhador para determinada atividade laboral (biotipo ideal, o “homem do tipo bovino”); iii) controle - efetivado por constante supervisão para que as tarefas sejam desenvolvidas com base nas leis científicas do trabalho (surgimento da figura do instrutor) e iv) cooperação – cumprindo a função de dividir equilibradamente as responsabilidades. Neste sentido, o taylorismo enfatiza a tarefa e sua racionalização, conseqüentemente, a redução do tempo necessário para desenvolvê-la, de modo que a realização de uma tarefa em menor tempo significa fonte de eficácia. Do ponto de vista estrutural, uma empresa associada ao taylorismo tem padrão de estrutura rígida e hierarquizada (SOUZA; SANTOS, 2017).

⁶ O Fordismo foi implementado por Henry Ford que propôs um modelo de produção capaz de acelerado e com reduzidos custos dos veículos fabricados pela *Ford Motor Company*. Também se implementava a administração científica do trabalho, tornando-se um marco para as fábricas de *Highland Park*, introduzindo-se, em 1913, a linha de montagem móvel e o complexo de *Rouge*, implementando um modelo de produção padronizado e verticalizado, conhecido como Modelo de Produção Fordista (SOUZA; SANTOS, 2017).

⁷ Mercadoria é o nome atribuído aos produtos do trabalho no capitalismo, tanto a produção na fábrica como a na terra (não mais dedicada à subsistência, mas para ser vendida e produzir riquezas aos donos dos meios de produção). As mercadorias possuem um valor de uso e um valor de troca. O valor de uso refere-se a sua utilidade e o valor de troca refere-se ao que a mercadoria vale em comparação com outras mercadorias (WATANABE; NICOLAU, 2001).

⁸ O Modelo Japonês de Administração oferece maior autonomia aos trabalhadores, mas estes necessitam ser qualificados para compreenderem e se responsabilizarem pelos processos produtivos, os quais assentam-se nos avanços tecnológicos advindos da automação, da robótica e da microeletrônica. Portanto, a produção reflexiva requer uma racionalidade sistêmica (é preciso conhecer o todo) que se materializa em grupos autônomos de produção (WATANABE; NICOLAU, 2001).

competitividade das empresas no mercado, assim, tem sido a abertura de mercados nos moldes neoliberais (WATANABE; NICOLAU, 2001). A realidade, vivenciada pelos trabalhadores, é paradoxal à medida que eles precisam ser, por um lado, cooperativos, investindo suas habilidades físicas e cognitivas na empresa e tem que trabalhar em grupo e, por outro, têm que competir com os demais trabalhadores/colegas para garantirem seus empregos. Tal condição, dá-se pela intensa inovação tecnológica, que a cada dia tem ganhado espaços antes ocupados por trabalhadores (WATANABE; NICOLAU, 2001).

Concolato, Rodrigues e Oltramari (2017) contrapõem-se a esta conclusão de Watanabe e Nicolau (2001); os primeiros autores consideram o trabalho não apenas como uma forma de garantir a subsistência, mas, sobretudo, uma fonte de reconhecimento e de autonomia. Concordam com Schnapper (1998, p. 19) que afirma que “é na medida em que o indivíduo é autônomo graças ao seu trabalho que pode, ao mesmo tempo, ser autônomo na sua prática de cidadão” e com Santos (1987, p. 8) que, por sua vez, afirma que ao praticar a sua condição de cidadão o homem torna-se “consciente, se apropria dos direitos conquistados e luta coletivamente pela ampliação desses direitos, na busca de valores como a dignidade e a liberdade”.

A partir das reflexões apresentadas ao longo deste capítulo, pode-se apreender que a atividade de trabalho ocupa um espaço significativo no cotidiano do homem, sendo o que o diferencia das demais espécies e com capacidade de o constituir enquanto ser autônomo e cidadão. Sendo assim, esta discussão sobre a temática do trabalho convém ser associada às pessoas com deficiência, principalmente, à inclusão, ou seja, à participação dessas pessoas no mundo do trabalho – um direito garantido pela Constituição Federal (1988) a toda população brasileira, o que se aplica, por conseguinte, à população com deficiências. Como, então, dá-se tal participação? Por isso, na próxima seção, discute-se o percurso histórico sobre deficiência e a legislação nacional referente ao tema inclusão laboral de pessoas com deficiências.

2.2 Processo de reconhecimento social e técnico-científico da Pessoa com Deficiência

2.2.1 Movimento Mundial

Sabe-se que as formas como que as pessoas com deficiência são tratadas têm a ver com os valores sociais, morais, filosóficos, éticos e religiosos adotados pelas diferentes culturas e

nos diferentes períodos históricos (PACHECO; ALVES, 2007). Matos (2017, p. 35) ressalta que,

a história de pessoas com deficiência está atrelada às ideias de cada época, demonstrando que a concepção de mundo, de homem e de moralidade, vivida por uma sociedade em determinado momento histórico, determina o grau de marginalização que essa mesma sociedade impõe àqueles que rompem com seus padrões considerados normais.

Segundo Fonseca (2000, p. 482), os povos primitivos apresentavam duas posturas frente as estas pessoas, “alguns os exterminavam por considerá-los grave empecilho à sobrevivência do grupo e, outros, os protegiam e sustentavam para buscar a simpatia dos deuses, ou como gratidão pelos esforços dos que se mutilavam na guerra.”

As eras – Antiga e Medieval – concebiam as pessoas que nasciam com deficiência como seres inferiores, subumanos e, por isso, eram rejeitadas ou eliminadas logo após o nascimento. Esta realidade respeitava a cultura da época: “corpo são, mente sã”; deste modo não se admitiam corpos imperfeitos para o desenvolvimento de uma vida (MATOS, 2017).

Para os médicos do Antigo Egito, as doenças graves e as deficiências físicas e mentais eram consequências de pecados cometido em vidas passadas ou eram causadas por demônios e maus espíritos. O povo hebreu associava as pessoas acometidas por alguma deficiência física ou intelectual à impureza, fruto do pecado; assim, um homem com alguma deformidade não deveria servir a Deus (SILVA; HENRIQUE; ROCHA, 2015; FIGUEIRA, 2015). No caso das pessoas com deficiências auditivas e visuais, Moisés, no antigo testamento bíblico, pregava para que estas fossem respeitadas. Aos cegos era garantido a proteção e o bom tratamento; mas, apesar desta norma, o cego viveu por séculos em degradação social, conduta que só começou a mudar com o início do reinado do príncipe Judah-ha-Nasin (135 a 217) (FIGUEIRA, 2015).

As doenças crônicas também eram condenadas; Levítico, no terceiro livro do Antigo Testamento, ressalta que pessoas com hanseníase, chamada à época de lepra, eram imundas. A hanseníase era comparada a uma praga enviada por Deus para repreender o povo desobediente. O ritual de tratamento determinado pelos sacerdotes era conforme a gravidade da doença, sendo o mais comum, o isolamento. Sendo assim, estas pessoas eram proibidas de se aproximar das pessoas saudáveis e condenadas a viver a margem da sociedade (FIGUEIRA, 2015). E esta conduta manteve-se por séculos adentrando diversos períodos históricos.

Segundo Mendonça (2010), ocorria o mesmo em Esparta: as crianças com deficiência e as pessoas que adquiriam alguma deficiência eram projetadas, em cerimônia religiosa, do alto do Taigeto (abismo de mais de 2.400 metros de profundidade, próximo à região) ou eram

lançadas ao mar (PESSOTI, 1984). Na cidade “havia uma Lei que não apenas defendia como também fomentava o genocídio de crianças com deficiência” (BEYER, 2006, p. 14).

Na Roma Antiga, os nobres e também os plebeus tinham permissão para sacrificar os filhos que nasciam com algum tipo de deficiência. A Lei das XII Tábuas, elaborada em 450 e 449 a. C., é considerada o primeiro documento legislativo romano que “[...] autorizava expressamente, aos *pater familias* que eliminassem os filhos com deficiências” (MENDONÇA, 2010, p. 24). Algumas crianças eram abandonadas às margens do Rio Tibre e eram usadas (por escravos e pessoas empobrecidas) como fonte de renda, sendo, então, obrigadas a pedir esmolas (SILVA; HENRIQUE; ROCHA, 2015).

O povo grego cultuava o corpo belo e forte e, no caso das pessoas com deficiência, classificavam-nas em três categorias: i) mutilado em guerra; ii) prisioneiros mutilados por castigos ou pagamentos de penas e iii) deficientes civis por doenças congênitas, adquiridas ou por acidentes diversos. Para este povo as pessoas que apresentassem alguma deformidade eram marginalizadas, consideradas monstruosidades, exceto aquelas mutiladas em guerras, consideradas como heróis (SILVA; HENRIQUE; ROCHA, 2015). Em Atenas, começa a haver mudanças nessa concepção, influenciadas por Aristóteles que defendia a premissa jurídica (até hoje aceita) de que era injustiça tratar os desiguais de maneira igual. Desta forma, na Atenas do século IV a.C., as pessoas com deficiência começaram a ser amparadas e protegidas pela sociedade (MAGALHÃES, 2009).

Com a propagação do cristianismo (responsável pelo paradigma da compaixão e da proteção), as pessoas com deficiência alcançam *status* de “ser humano”, passam a ser considerados “filhos de Deus”, possuidoras de alma (MENDONÇA, 2010; MATOS, 2017). Esta nova concepção possibilitou às pessoas com deficiência o convívio em sociedade, sendo ora vistas como protegidas de Deus e ora como endemoniadas (MATOS, 2017). “(...) a ética cristã, ladeada pelo castigo, culpa e perdão, via nelas uma maneira de expiar seus pecados por meio da caridade” (MATOS, 2017, p. 36).

Já no período feudal, os senhores feudais adotaram, na maioria das vezes, um tratamento de amparo aos doentes e deficientes. Gradativamente, foi sendo percebido que essas pessoas poderiam realizar atividades de trabalho e produção, ainda que para isso fosse exigida uma contribuição da sociedade (MENDONÇA, 2010). Detalhe: quando as pessoas com deficiência eram consideradas incapazes de realizar alguma tarefa ou de conviver em sociedade, eram levadas para asilos ou hospitais, locais mantidos, na maioria das vezes, pelos senhores feudais. À elas eram dado abrigo e alimentação, constituindo-se como espaços de alienação/segregação, uma das formas mais sutis de abandono (MENDONÇA, 2010; MATOS, 2017).

Em outros termos, tais abrigos funcionavam como um depósito/prisão para as pessoas com deficiência à medida que as instituições tinham o objetivo de manter a “ideia da perfeita ordem divina”, afastando o “diferente” do convívio social. Nos asilos não viviam somente as pessoas acometidas por algum tipo de deficiência, mas abrigavam outros excluídos socialmente – bêbados, indigentes, prostitutas, loucos e quaisquer outros sujeitos desviantes – (SILVA; HENRIQUE; ROCHA, 2015; MATOS, 2017). “Com a segregação continuava sendo negado a essas pessoas o acesso e as relações com o conhecimento, sendo infantilizadas e desvinculadas do cotidiano da sociedade” (MATOS, 2017, p. 37).

O Renascimento/Era Moderna trouxe mudanças significativas nas ciências física e natural. Um dos ramos muito explorado foi o das ciências biológicas, que procurava compreender a natureza humana e o papel do homem no mundo. A comunidade científica, os educadores, os médicos e outros estudiosos da época começaram mudar a suas visões sobre o “diferente.” As discussões da época resultaram no fortalecimento de uma visão antropocêntrica e no enfraquecimento da visão teocêntrica (MATOS, 2017).

No século XVI, Paracelso (médico e alquimista) e Cardano (filósofo, médico e matemático) ocupados em estudar a deficiência “mental”, ressaltaram seu cunho patológico, sendo, estes os primeiros estudiosos da área médica a relacionar a deficiência com a ciência (PACHECO; ALVES, 2007; MATOS, 2017). Cardano acrescentava em seus estudos uma preocupação pedagógica – a instrução das pessoas com deficiência. Sendo assim, ambos defendiam a ideia de que as pessoas com deficiência deveriam receber tratamento médico e defendiam que caberia aos médicos, e não aos líderes religiosos, a decisão sobre a vida e o destino dessas pessoas (MATOS, 2017). Pessotti (1984, p. 15), ressalta que “pela primeira vez uma autoridade da medicina, reconhecida por numerosas universidades, considera médico um problema que até então fora teológico e moral.”

No final do século XVIII, mais precisamente no início do século XIX, as deficiências passam a existir como categoria científica (SANTOS, 1987). Esta mudança ocorreu devido ao advento do “patológico” na medicina e nas ciências sociais:

(...) a deficiência passa a ser também compreendida como uma patologia; na lógica científica da época, torna-se passível de estudos, classificações e objeto de intervenções específicas, quanto aos principais problemas de ordem médica. É quando adquire nova expressão de sua negatividade: pertence ao universo de “anomalia da natureza”. Esse novo enquadramento na negatividade social, por sua vez requer soluções por meio de intervenções normatizadoras, previstas pelas instituições científicas (ROCHA, 2006, p. 19).

A partir das reflexões aqui apresentadas, pode-se dizer que as deficiências estiveram sempre associadas a aspectos místicos, religiosos ou de ameaças sociais. Os primeiros avanços relacionados a saúde das pessoas com deficiência surgiram durante a Revolução Industrial, à medida que os trabalhadores se depararam com a precariedade nas condições de trabalho e com a falta de habilidade para o manuseio das novas máquinas; dessa forma geraram-se problemas de saúde nos trabalhadores, como, por exemplo, acidentes mutiladores e doenças profissionais. Sendo assim, as malformações congênitas e as doenças deixaram de ser as únicas causas visíveis de deficiência; esta nova realidade impulsionou os primeiros passos para a habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência congênita e adquirida no e para o trabalho (PACHECO; ALVES, 2005; BOTELHO, 2011). Neste período os registros de trabalho de pessoas com deficiência tornaram-se mais frequentes. Para isso, foi fundamental avanços nas áreas da Educação (será discutido no próximo capítulo) e da Reabilitação (PACHECO; ALVES, 2005).

Os primeiros passos na área da Reabilitação foram dados no final da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), os quais também estimularam o processo de desinstitucionalização, contribuindo para o surgimento da ideia de integração das pessoas com deficiência na sociedade (SASSAKI, 2006; WALBER; SILVA, 2006), “[...] desde que elas pudessem se adaptar às normas estabelecidas socialmente” (WALBER; SILVA, 2006, p. 34). Foram, então, criados os primeiros centros de reabilitação, a saber: i) Comissão Central da Grã-Bretanha para Cuidar do Deficiente, na Europa e ii) *Rehabilitation and Research Center*, nos Estados Unidos da América. Estes espaços tinham como objetivos a recuperação da população mutilada, o treinamento e a assistência dos soldados para o retorno ao trabalho e a reinserção desta população na sociedade. Nos EUA foram criados atos constitucionais para garantir suporte financeiro para estas instituições (ARANHA, 1995; SALIMENE, 1996). Estes avanços resultaram em desenvolvimento de equipamentos como as cadeiras-de-rodas, bengalas e próteses e na criação e aperfeiçoamento do código Braille (desenvolvido pelo francês *Louis Braille*) permitindo o acesso de cegos à linguagem escrita (BOTELHO, 2011).

O século XX ainda foi marcado pela Segunda Guerra Mundial (1939-1945) que envolveu grandes potências. O início deste conflito suscitou uma diminuição do número de homens nas indústrias, pois estes estavam nas *front* de guerra, levando as mulheres e as pessoas com deficiência a assumirem os postos ociosos. Nos EUA, o presidente Roosevelt, paraplégico por poliomielite, foi um dos exemplos da atuação das pessoas com deficiência no trabalho. Esta nova realidade mostrou ao mundo a potencialidade das pessoas com deficiência, a importância da reabilitação das sequelas que acometiam combatentes e ex-combatentes, considerando que

as sequelas de guerra limitavam a plena reinserção social (SILVA, 1986; PACHECO; ALVES, 2007).

Outra situação que ocorreu no pós-guerra foi a necessidade de mão-de-obra para a reconstrução dos países atingidos pelos confrontos (ALVES, 2001). Se nos períodos anteriores não existiam preocupações com as pessoas com deficiência, o contexto pós-guerra fez eclodir na sociedade estas inquietações, sendo assim, a partir deste momento iniciam as buscas por alternativas que oportunizassem as pessoas com deficiência, sejam congênicas ou adquiridas, condições para a integração na sociedade impulsionou o avanço da tecnologia e da ciência e dos direitos do humano (SALIMENE, 1996; PACHECO; ALVES, 2007).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 10 de dezembro de 1948, foi a primeira diretriz política que destacou a condição de que todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos, independentemente da raça, cor, sexo, religião, opinião política e origem social (ONU, 1948). Assim, as pessoas com deficiência tornam-se foco constante de leis específicas que visavam a garantia de direitos básicos de cidadania, tais como os civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e linguísticos (PIOVESAN, 2004).

Mas, sabe-se que não bastam leis, há que existir mobilização social. Nos EUA, por exemplo, para conquistar o direito da reintegração social, os soldados iniciaram um movimento do qual surgiu as primeiras organizações de deficientes; tais organizações eram formadas por pessoas que tinham adquirido uma deficiência pro prestarem serviços a pátria; é pois a partir da mobilização social que começava a busca por integração de pessoas com deficiência na sociedade (ROCHA, 2006).

Além dos movimentos de responsabilidade social, iniciados nos EUA, outros foram constatados na Inglaterra, França e Alemanha e estes se aproximaram da Medicina, Pedagogia, Engenharias, Psicologia, Sociologia, por exemplos. A formação de equipes multiprofissionais teve como objetivo promover a reabilitação das pessoas com deficiência (SALIMENE, 1996; PACHECO; ALVES, 2007). Os processos de reabilitação eram fundamentados sobre o modelo biomédico. Tal modelo começou a receber críticas a partir das décadas de 1970 e 1980, sendo rejeitado pela comunidade internacional de pesquisadores que estudam questões relacionadas às pessoas com deficiência e pelas próprias pessoas com deficiência e, foi substituído pelo modelo social da deficiência (MATOS, 2017).

As ideias deste modelo foram articuladas pela primeira vez pelo *Union of the Physically Impaired Against Segregation* – UPIAS –, um grupo de usuários de uma instituição de reabilitação da Grã-Bretanha. Este publica em 1976 um documento com os Princípios Fundamentais da Deficiência, reformulando o entendimento sobre deficiência e incapacidade

(MATOS, 2017). Segundo o UPIAS (1976, p. 14) “a incapacidade é algo que se sobrepõe às nossas deficiências pela forma como somos desnecessariamente isolados e excluídos de uma participação na sociedade.” Ainda apresenta distinção entre deficiência e incapacidade,

Definimos deficiência (*impairment*) como a falta de parte ou de todo um membro ou a disfunção de um membro, órgão ou mecanismo do corpo; e a incapacidade (*disability*) como a desvantagem ou restrição à atividade causada por formas contemporâneas de organização social, que tronam pouco ou nada em consideração as pessoas que tem incapacidades físicas e portanto as excluem de participar em atividades sociais (UPIAS, 1976, p. 14).

Este movimento ganha força e na Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1976, proclamou, oficialmente, por meio da Resolução 31/123, o ano de 1981 como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes – AIPD (ONU, 1976). Note-se que a convocação publicada ocorreu após um período de 28 anos da DUDH. A partir deste momento, declarações e tratados mundiais passaram a defender os direitos das pessoas com deficiência. Destaca-se que, no ano seguinte, ocorreu a Assembleia Geral das Nações Unidas, que lançou o Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência, aprovado pela Resolução 37/52 (ONU, 1982, p. 1), cujo objetivo era

[...] promover medidas eficazes para a prevenção da deficiência, reabilitação e a realização dos objetivos de igualdade e de participação plena das pessoas com deficiência na vida social e no desenvolvimento, atribuindo o meio como fator determinante do efeito de uma deficiência ou de uma incapacidade sobre a vida cotidiana da pessoa.

Vindo ao encontro destes movimentos, em 1983, Michael Oliver conceitua o modelo social, contribuindo para o entendimento de que o problema da deficiência também está na sociedade e não apenas na pessoa com deficiência (PICCOLO; MENDES, 2013; DINIZ, 2013; MATOS, 2017). Passou-se a compreender que as barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência não eram mais justificadas com base nas limitações ou patologias que as acometiam, mas pelas limitações/incapacidades que as sociedades têm para responder às necessidades e características destas pessoas (MATOS, 2017). Em outras palavras, assim como as questões relacionadas à classe social, gênero e/ou etnia, a experiência da deficiência foi reinterpretada como realidade estrutural dada por forças sociais e materiais historicamente situadas (MATOS, 2017).

A ampliação destas organizações e o fortalecimento dos documentos internacionais aproximaram os que viviam excluídos da sociedade em decorrência de uma doença, de sequelas por um acidente de trânsito ou de trabalho (ROCHA, 2006). No Quadro 1 apresenta-se a

sistematização de Rocha (2006), realizada no início deste século XXI, acerca das organizações sociais que se destacaram no envolvimento com as questões das deficiências.

Quadro 1 – Organizações Internacionais de e para Pessoas com Deficiência.

Centro de Vida Independente – CVI – Estados Unidos	É uma organização que busca empoderar as pessoas com deficiência, acreditando que todos tem capacidade para gerir a própria vida, assumir responsabilidades, tomar decisões e realizar seus desejos, mesmo que tenham uma deficiência severa.
<i>Disabled People International</i> – DPI – Ottawa	Defende junto à ONU a participação plena e igual das pessoas com deficiência em todo o mundo.
IMPACT – Genebra	Iniciativa lançada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, OMS e Unicef, para buscar forças junto a governos, instituições, meios de comunicação de massa, para fundações que ajudam a iniciar medidas de baixo custo para combater a deficiência.
<i>Inclusion International (International League of Societies of People with Mental Handicap)</i> – Londres	É a única organização que representa pessoas com deficiência mental no mundo, seus familiares e profissionais que trabalham com estes. Esta auxilia os seus membros a atingir os respectivos objetivos, em respostas as necessidades locais.
<i>Rehabilitation International</i> – Nova York	Desenvolve programas destinados a ajudar pessoas com deficiência e todos aqueles que trabalham na prevenção, reabilitação e integração.
<i>World Blind Union</i> – WBU – Toronto	É uma organização que busca a equiparação de oportunidades e a participação social plena das pessoas com deficiência visual.
<i>World Federation for the Deaf</i> – WFD – Finlândia	Dedica-se à participação plena e igualdade de direitos das pessoas com deficiência auditiva.

Fonte: Rocha (2006).

Estas organizações influenciaram significativamente órgãos das Nações Unidas, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), de modo que auxiliaram na regulamentação de leis referentes aos direitos das pessoas com deficiência, na organização e construção de propostas pra garantir a inclusão das pessoas com deficiência na escola e/ou no trabalho, o acesso destas aos serviços de reabilitação em todos os países, a eliminação de barreiras arquitetônicas e o desenvolvimento na área de tecnologia assistiva (SASSAKI, 1996).

A partir das reflexões apresentadas neste texto pode-se dizer que os movimentos sociais, juntamente com as organizações e a disseminação do modelo social, contribuíram para a

construção de uma identidade coletiva da população com deficiência em diversos países. Convém, aqui, destacar como esse movimento mundialmente dado foi vivenciado no Brasil – do seu descobrimento aos dias atuais.

2.2.2 Movimento Brasileiro

Sabe-se que por ocasião do descobrimento do Brasil foi iniciado um processo de colonização que impôs aos povos indígenas, de diferentes grupos étnicos, rápidas transformações, ao ponto de praticamente dizimar as sociedades indígenas. Segundo Lima et al. (2017), os diferentes grupos étnicos habitantes originais do Brasil, adotavam, diante de uma criança que nascia com alguma deficiência, condutas parecidas com as dos povos antigos; neste sentido, crianças com deficiências eram sacrificadas logo após o nascimento.

A respeito do infanticídio indígena, Alves e Vilas Boas (2010, p. 4) relatam que a prática era tradicional e que consistia

(...) desde a morte de recém-nascidos portadores de deficiências físicas e mentais até a morte de gêmeos, filhos de mães solteiras, dependendo dos costumes da tribo. [...] sendo que muitas delas são enterradas vivas, estranguladas, sufocadas, ou simplesmente deixadas no meio da mata para morrer.

Os referidos autores ressaltam que, mesmo com as práticas de catequizar os povos indígenas - buscando impor o conhecimento de que todo ser humano é dotado de alma, as suas práticas culturais de extermínio das pessoas com deficiência se mantiveram. Não existem registros oficiais, mas sabe-se que ainda no século XIX existiam casos de infanticídio indígena e que a intervenção da Fundação Nacional do Índio – FUNAI – foi importante para evitar estas práticas (LIMA et al., 2017).

Durante o período colonial (séculos XVI a XIX), as práticas voltadas para as pessoas com deficiência seguiam as que aconteciam no restante do mundo - isolamento e exclusão. Neste período, o Brasil não dispunha de instituições para a internação das pessoas com deficiência, sendo assim eram mantidas reclusas em suas casas por seus familiares ou recolhidas às Santas Casas ou às prisões (casos de desordem pública) (LANNA JÚNIOR, 2010).

A chegada da Corte Portuguesa ao Brasil (período imperial – 1822-1889) resultou na primeira constituição, a Carta Magna de 1824, que descrevia as pessoas com deficiência como incapazes e, deste modo, não tinham direitos (BRASIL, 1824). Assim, discussões que envolviam as pessoas com deficiência praticamente não estiveram incluídas nas preocupações do império brasileiro (LANNA JÚNIOR, 2010). Apesar disso, houve iniciativas como a

criação, pelo Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, da primeira instituição nacional – o Hospício de Alienados Pedro II, em 1952, vinculado à Santa Casa de Misericórdia (ODA; DALGALARRONDO, 2005). No Quadro 2, estão discriminadas outras Instituições criadas no Brasil durante o Segundo Reinado:

Quadro 2 – Primeiras Instituições criadas para alienados no Brasil.

Província	Ano	Instituições
São Paulo	1852	Hospício Provisório de Alienados de São Paulo
Pernambuco	1864	Hospício de Alienados de Recife-Olinda
Pará	1873	Hospício Provisório de Alienados
Bahia	1874	Asilo de Alienados São João de Deus
Rio Grande do Sul	1884	Hospício de Alienados São Pedro
Ceará	1886	Asilo de Alienados São Vicente de Paulo

Fonte: Oda e Dalgalarondo (2005).

Também se tem notícias da fundação do Imperial Instituto de Meninos Cegos (atual Instituto Benjamin Constant – IBC), em 1854, e do Imperial Institutos de Surdos-Mudos⁹ (atual Instituto Nacional da Educação de Surdos – INES), em 1856. Com a criação desses dois Institutos, o Brasil foi pioneiro na América Latina no atendimento às pessoas com deficiências sensoriais. Destacam-se que essas instituições: i) mantinham o conceito das instituições europeias; ii) funcionavam em regime de internato; iii) ofertavam número restrito de vagas (durante o período imperial); iv) concentravam-se na capital do Império; v) somente as pessoas com deficiências visuais e auditivas eram contempladas com ações educacionais; , pois, ao contrário das instituições de referência que eram normalmente considerada entidades de caridade ou assistenciais, tais Institutos vi) eram alocados na estrutura administrativa do Império, na área de instrução pública, sendo portanto classificados como instituição de ensino (LANNA JÚNIOR, 2010).

O início da República no Brasil (1889) trouxe modesta expansão dos Institutos de Cegos e Surdos para outras cidades. O início do processo de industrialização e da urbanização brasileira, iniciados na década de 1920 e ampliado nas décadas de 1940 e 1950, deram início a novas organizações voltadas as pessoas com deficiência. Passou-se a ofertar serviços de assistência nas áreas da saúde e educação oriundos de iniciavas da sociedade civil, devido aos descasos do Estado (LANNA JÚNIOR, 2010).

⁹ Termo utilizado na época. Não se utiliza o termo mudo como complemento da identificação de uma pessoa surda, já que na maioria das vezes, o fato da pessoa não falar está relacionado com o fato da pessoa não conhecer os sons, o que causa uma impossibilidade de expressa-los, e não uma limitação que o impeça de falar (LANNA JÚNIOR, 2010).

Se até o referido momento histórico, o Estado brasileiro só dispunha de ações educacionais para pessoas com deficiências auditiva e visual, a partir das iniciativas civis as pessoas com deficiências intelectuais também passaram a ser contempladas. A primeira foi a criação, em 1926, do Instituto Pestalozzi de Canoas, no Rio Grande do Sul e, anos mais tarde, a criação da Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi – FENASP (1970). O Movimento Pestalozziano marcou consideravelmente o campo da educação e da institucionalização das pessoas com deficiência intelectual no Brasil - atualmente existem aproximadamente 150 Sociedades Pestalozzi filiadas à FENASP (LANNA JÚNIOR, 2010).

O Movimento Internacional de Reabilitação surgiu, no Brasil, em 1940, sendo impulsionado pelas entidades governamentais e não-governamentais como a ONU, IOT e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – Unesco. Assim, expandiram-se as leis protecionistas junto às pessoas com deficiências, apoiando-se a implantação de programas especiais para estas (DE CARLO; BARTALOTTI 2001).

A década de 50 foi marcada pelo surgimento do Movimento Apaeano; em 1954 foi fundada a primeira Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, na cidade do Rio de Janeiro. Durante o 1º Encontro Nacional de Dirigentes Apaeanos, decidiu-se pela criação da Federação Nacional das APAE – FENAPAES (fundada em 10 de novembro de 1962) que reúne 23 federações estaduais e mais de duas mil APAE distribuídas em todo o território brasileiro. As APAE consistem em uma rede de serviços de educação, saúde e assistência social às pessoas com deficiência (LANNA JÚNIOR, 2010; FENAPAES, 2019).

A década de 1950, também foi marcada pelo surgimento dos os primeiros centros de reabilitação física. A criação desses centros decorreu do incentivo da ONU, que em 1951 enviou para a América Latina representantes para buscar local adequado para a implantação de um Centro de Reabilitação (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001) Mesmo com o surto de Poliomielite (desde 1907) e seu agravamento, as primeiras organizações filantrópicas (envolvidas com o contexto da epidemia da Poliomielite) como a Associação de Assistência à Criança Defeituosa – AACD (atual Associação de Assistência à Criança Deficiente), foi fundada em 1950, iniciando atendimento ao público, somente em 1963. (LANNA JÚNIOR, 2010). No Quadro 3 apresentam-se os primeiros Centros de Reabilitação Física:

Quadro 3 – Primeiros Centros de Reabilitação do Brasil.

Cidades	Ano	Centros
São Paulo	1953	Clínica de Ortopedia e Traumatologia, junto ao Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP.
São Paulo	1956	Instituto Nacional de Reabilitação – INAR, implantado pela ONU, na Clínica de Ortopedia e Traumatologia no Hospital de Clínicas da FMUSP, mais tarde seria renomeado como Instituto de Reabilitação – IR, este tinha como proposta a prestação de assistência em saúde e ensino.
Salvador	1956	Instituto Bahiano de Reabilitação – IBR.
Rio de Janeiro	1957	Centro de Reabilitação da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR.
Niterói	1958	Associação Fluminense de Reabilitação – AFR.

Fonte: De Carlo e Bartalotti (2001).

Além dos centros, o Hospital da Baleia e o Hospital Arapiara, ambos em Belo Horizonte (MG), eram referência no acompanhamento de pessoas com sequelas da Poliomielite. Os profissionais que atuavam nos Centros e nos Hospitais tinham recebido capacitação nos EUA; assim, os métodos e os modelos de reabilitação eram baseados no pós-guerra, o qual tinham como objetivo o retorno do “paciente” à vida em sociedade e

[...] o problema era atribuído apenas ao indivíduo. Nesse sentido, as dificuldades que tinham origem na deficiência poderiam ser superadas pela intervenção dos especialistas (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e outros). No modelo médico, o saber está nos profissionais, que são os principais protagonistas do tratamento, cabendo aos pacientes cooperarem com as prescrições que lhes são estabelecidas. Embora esse modelo representasse avanço no atendimento às pessoas com deficiência, ele se baseia em uma perspectiva exclusivamente clínico patológica da deficiência. Ou seja, a deficiência é vista como a causa primordial da desigualdade e das desvantagens vivenciadas pelas pessoas. O modelo médico ignora o papel das estruturas sociais na opressão e exclusão das pessoas com deficiência, bem como desconhece as articulações entre deficiência e fatores sociais, políticos e econômicos (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 28-29).

A década de 1960 trouxe uma mudança significativa no perfil dos usuários dos Centros de Reabilitação, devido ao êxito das campanhas de vacinação (principalmente as da Poliomielite – diminuição dos casos e a erradicação em 1989) e da consolidação do processo de urbanização – gerando aumento dos casos de deficiência associados a causas violentas, principalmente acidentes automobilísticos, de mergulho, ferimentos por armas de fogo – (LANNA JÚNIOR, 2010) e de industrialização – que aumentaram os acidentes de trabalho (ROCHA, 2006).

Apenas nos meados do século XX é que começam a surgir as primeiras organizações criadas e geridas pelas próprias pessoas com deficiência, geralmente locais, sem sede própria,

estatuto ou qualquer outro documento formal. As ações dessas organizações sociais raramente ultrapassavam o bairro ou o município onde estavam, tendo como objetivo o auxílio mútuo e à sobrevivência, não tendo objetivos políticos prioritariamente definidos (LANNA JÚNIOR, 2010). Exceção foi a população surda que iniciou sua organização ainda no final do século XIX, no Congresso Internacional de Professores Surdos (1880). Neste evento foi escolhida a oralização como melhor forma de educação para surdos, tendo com justificativa que a língua de sinais destruía as habilidades de fala da pessoa surda. Surgiu, então, o Movimento dos Surdos: Língua Brasileira de Sinais, Cultura e Identidade Surda com intuito de resistência às práticas “ouvintistas”¹⁰. Este movimento adentrou o século XX e se fortaleceu dando origem a várias associações, ao Movimento Internacional do Surdos e a criação, em 1951, da Federação Mundial de Surdos (*World Federation of the Deaf* – WFD¹¹) (LANNA JÚNIOR, 2010).

No que se refere à cegueira, tem-se, em 1950, o Movimento Associativista dos Cegos

[...] contra a Campanha Nacional de Educação dos Cegos, e sobre o internamento de cegos em instituições. Essa prática era questionada, considerada fator de exclusão e de reforço à discriminação. O debate contribuiu para o crescimento do número de associações criadas por pessoas com deficiência visual. Essas novas associações se diferenciavam de suas precedentes, surgidas na década de 1950, pois defendiam interesses amplos da pessoa com deficiência muito além da questão econômica: lutavam por educação, profissionalização, cultura e lazer (LANNA JÚNIOR, 2010. p. 32).

As ações do associativismo local construíram um movimento nacional que resultou na criação do Conselho Brasileiro para o Bem-Estar dos Cegos – CBEC, em 1954. Este fortaleceu-se e uniu-se a outras entidades mundiais, fundando-se a União Mundial dos Cegos (*World Blind Union* – WBU), em 1984, com a fusão do Conselho Mundial e da Federação Internacional dos Cegos (LANNA JÚNIOR, 2010).

As pessoas com deficiências físicas também iniciaram as organizações dos deficientes físicos, sem objetivos políticos definidos, mas como espaços de discussões sobre as realidades vivenciadas por esta população. Somaram-se a este movimento as Associações Esportivas de Deficientes Físicos¹², de modo que

¹⁰ Segundo Skliar (1999, p. 7), os termos ouvintista, ouvintismo são “uma forma particular e específica de colonização dos ouvintes sobre os surdos. Supõe representações práticas de significação, dispositivos pedagógicos etc. em que os surdos são vistos como sujeitos inferiores.”

¹¹ A WFD teve influência decisiva nas recomendações da UNESCO, em 1984, no reconhecimento formal da Língua de Sinais como língua natural das pessoas surdas, garantindo que crianças surdas tivessem acesso a ela o mais precocemente possível (LANNA JÚNIOR, 2010. p. 35).

¹² “No Brasil, os primeiros clubes foram fundados em 1958: Clube dos Paraplégicos de São Paulo e Clube do Otimismo do Rio de Janeiro. Ambos os clubes foram fundados por atletas que ficaram com lesão medular em certo momento da vida e que tiveram a oportunidade de se tratar nos Estados Unidos, onde conheceram o esporte adaptado” (LANNA JÚNIOR, 2010. p. 35).

essas iniciativas tiveram como efeito secundário o início da percepção, pelas pessoas com deficiência, da necessidade de discutirem sua inserção política na sociedade. As próprias dificuldades enfrentadas tanto para a prática do esporte quanto no trabalho precário, como a venda de mercadorias de pequeno valor estimularam o início de reivindicações, sobretudo no que se refere à mobilidade. Com o passar do tempo, assumiram cunho cada vez mais político (LANNA JÚNIOR, 2010. p. 35).

Pode-se dizer que, no período entre 1950 e 1970, as ações das organizações populares de pessoas com deficiência no Brasil ainda eram muito tímidas. Apenas no final da década de 1970 é que as organizações das pessoas com deficiência física conseguiram dar cunho político ao movimento, com o objetivo de conquistar espaço na sociedade, direitos e autonomia para conduzirem a própria vida (LANNA JÚNIOR, 2010). Juntaram-se a outros movimentos que aconteciam no Brasil, por exemplo, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica.

Ao final da década de 1970, com o firme propósito de serem protagonistas políticos, as pessoas com deficiência organizaram uma mobilização nacional, impulsionada por movimentos internacionais como, por exemplo, Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes – FCDD (originado na França em 1942 e que chegou ao Brasil em 1976). Após este surgiu o Movimento pelos Diretos da Pessoa Deficiente – MDPD e o Núcleo de Integração de Deficientes – NID, ambos criados em 1979 (ROCHA, 2006). O movimento político das pessoas com deficiência começava a ganhar visibilidade, e estas pessoas tornaram-se agentes ativos e políticos na luta por uma transformação da sociedade brasileira (LANNA JÚNIOR, 2010).

Note-se que, apesar de uma estreita abertura política – em 1970 a população brasileira ainda viva sob o Regime Militar – as pessoas com deficiências saíram do anonimato e articularam-se nacionalmente para criar estratégias que reivindicavam igualdade de oportunidades e garantias de direitos (LANNA JÚNIOR, 2010). Estes movimentos foram fortalecidos após o AIPD, promovido pela ONU em 1981 (ROCHA, 2006; LANNA JÚNIOR, 2010) e pela redemocratização do Brasil (LANNA JÚNIOR, 2010).

Compete observar que,

no Brasil as organizações populares não só nasceram, em sua maioria, nesse período, como cresceram muito, associando suas “bandeiras de lutas” as demais existentes nesse momento da sociedade brasileira, também levantadas por movimentos populares: por serviços de saúde, por escolas, pelo fim da discriminação social e jurídica, pelo transporte, pelo acesso aos espaços públicos, políticas públicas para as pessoas deficientes. Cabe ressaltar a dupla luta enfrentada pelos deficientes então, ao pleitear a incorporação de suas demandas a luta dos demais movimentos – buscando o reconhecimento de suas propostas como universais – e, mesmo tempo, junto a sociedade como um todo e ao poder hegemônico, pelas conquistas da condição de cidadão (ROCHA, 2006, p. 14).

Mesmo com as restrições no espaço político, as pessoas com deficiência organizaram-se e realizaram encontros nacionais, entre 1980 e 1983, para a criação da Coalizão Pro-Federação Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes. Esta tinha como objetivo fortalecer e organizar o movimento nacional frente as demandas da população (LANNA JÚNIOR, 2010). A Coalizão realizou três Encontros Nacionais de Entidades de Pessoas Deficientes, sendo o primeiro em 1980, ocorrendo simultaneamente a manifestações regionais e ao 2º Congresso Brasileiro de Reintegração Social. Neste, a discussão entre as pessoas com deficiência e os profissionais da área da reabilitação era destacar importância da “participação da pessoa com deficiência no trabalho, educação, lazer e em todas as atividades da sociedade, mas sem paternalismos” (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 39).

O 1º Encontro a Associação Brasileira de Deficientes Físicos (ABRADEF), promoveu na Praça da Sé (Capital/SP) um ato contra a discriminação das pessoas com deficiência. Durante este ato, o Núcleo de Integração de Deficientes – NID distribuiu uma carta aberta à população, expondo o principal objetivo do movimento: a busca pela igualdade (LANNA JÚNIOR, 2010).

O 2º Encontro ocorreu em 1981, simultaneamente ao 1º Congresso Brasileiro de Pessoas Deficientes, discutindo-se a realidade vivenciada pelas pessoas com deficiência na época. O 3º Encontro ocorreu em 1983, discutindo-se a organização nacional das pessoas com deficiência e decidindo-se por extinguir a Coalizão, de modo que cada grupo de pessoas com deficiência deveria se organizar dentro dos seus núcleos – organizados e articulados pelas pessoas com deficiência (LANNA JÚNIOR, 2010).

Juntaram-se às pessoas com deficiência as que eram acometidas pela hanseníase (LANNA JÚNIOR, 2010). Pois, até este momento, estavam mantidas isoladas da sociedade/ e proibidas de contato com pessoas que vivessem fora da colônia, afastadas de suas famílias. Estava claro que esta prática de tratamento não foi capaz de controlar a endemia da doença. A reconstrução do Ministério da Saúde (MS), em 1974, as novas ações da política de tratamento ambulatorial da hanseníase e o seguimento das orientações da OMS, por exemplo, uso da Poliquimioterapia (PQT), levaram ao controle da doença. Mesmo com o controle da endemia e a cura da Hanseníase, contribuíram para a manutenção de estigmas e preconceitos, os quais eram enfrentados pelas pessoas acometidas pela hanseníase ao saírem das colônias (QUEIROZ; PUNTEL, 1997). Veja-se, no Quadro 4, os movimentos sociais das pessoas com hanseníase em busca de direitos e igualdade social.

Quadro 4 – Movimentos Sociais das Pessoas com Deficiência e acometidas pela Hanseníase no Brasil.

Ano	Movimento
1981	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN
1984	Organização Nacional das Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF
1984	Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos – FENEIS
1984	Federação Brasileira de Entidades de e para Cegos – FEBEC, desde 2008 Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB ¹³ .
1988	Movimento de Vida Independente – MVI

Fonte: Rocha (2006).

A divisão das pessoas com deficiência em organizações por grupo de deficiência não significou um rompimento dos movimentos, mas uma alteração que buscou ampliar as discussões, e assim, expôs a diversidade e um melhor entendimento das especificidades e necessidade de cada grupo. Porém, não se exclui as ações conjuntas para as questões de âmbito geral da população com deficiência; prova disso foi a articulação nacional empreendida pelas pessoas com deficiência em 1987 e 1988, por ocasião das discussões da nova CF (LANNA JÚNIOR, 2010).

Note-se que foram necessários mais de 100 anos, desde a primeira Constituição brasileira – Carta Magna (1824), para que se produzisse, no Brasil, o que já vinha sendo definido em outras partes do mundo. É somente com a publicação da CF, em 05 de outubro de 1988, que o Brasil deixa o modelo assistencialista e passa a assegurar a igualdade de oportunidade entre os homens (SCHEUERMANN, 2012). O direito fundamental de igualdade de oportunidade é assegurado pelo Art. 5º da CF (BRASIL, 1988, p. 352), a saber:

“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição; [...].

XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer; [...].”

Em 1989, surge a Lei nº 7.853, de 24 de outubro, que garante às pessoas com deficiência o direito à integração social (BRASIL, 1989). Atualmente, o conceito de inclusão é defendido

¹³ Em 27 de julho de 2008, em João Pessoa, em uma assembleia conjunta, a Federação Brasileira de Entidades *de* e *para* Cegos (Febec) e a União Brasileira de Cegos (UBC) decidiram por sua extinção e pela fundação de uma nova entidade unificada, a ONCB (LANNA JÚNIOR, 2010. p. 62).

pela Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, em seu Art. 2º define pessoa com deficiência como:

“[...] aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2015a, p. 20).

Anteriormente à Lei 13.146, contava-se com a Lei 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que em seu art. 4º considerava pessoas com deficiência aquelas que apresentavam: i) deficiência física; ii) deficiência auditiva; iii) deficiência visual; iv) deficiência intelectual; v) deficiência mental e; vi) deficiências múltiplas (BRASIL, 1999). As deficiências físicas são quaisquer comprometimentos (congenito ou adquirido) que acometem as funções físicas; podem ser completas ou parciais (em um ou mais segmentos corporais) e não estão incluídas as deformidades estéticas e as que não trazem limitações para o desempenho funcional (BRASIL, 1999; BRASIL, 2004a). No Quadro 5 estão descritas as Deficiências Físicas.

Quadro 5 – Classificação das Deficiências Físicas conforme o Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004.

Deficiência	Descrição
Paraplegia	Comprometimento total das funções motoras dos membros inferiores do corpo ¹ .
Monoplegia	Limitação completa das funções motoras de um só membro (inferior ou superior) ¹ .
Triplegia	Paralisia total de três membros do corpo ¹ .
Tetraplegia	Paralisia dos 4 membros ¹ .
Hemiplegia	Comprometimento que afeta um hemicorpo do sujeito lesionado ¹ .
Ostomia	“É uma cirurgia para construção de um novo trajeto para saída de fezes e urina” ² .
Amputação	Remoção total ou parcial de uma extremidade do corpo em razão de uma cirurgia, traumatismo ou doença ¹ .
Paralisia Cerebral	Ocorre pela lesão de uma ou mais áreas do SNC, causando alterações psicomotoras e em alguns casos podendo causar deficiência mental ¹ .
Nanismo	Deficiência acentuada no crescimento ¹ .
	Proporcionado – é causado por uma deficiência completa ou parcial das hormonas de crescimento, caracteriza-se pela baixa estatura do indivíduo ainda que o tamanho dos membros mantenha a mesma proporção ³ .
	Desproporcionado – frequentemente são de natureza cromossômica e endócrina e podem, ou não, ser hereditárias, caracterizam-se pelas reduzidas dimensões dos membros, que contrastam com o normal (ou quase normal) desenvolvimento do tronco ³ .
Paraparesia	Paralisia incompleta de nervo ou músculo dos membros inferiores ¹ .
Monoparesia	Paralisia incompleta de nervo ou músculo de uma só extremidade do corpo ¹ .
Triparésia	Paralisia incompleta de nervo ou músculo de três membros ¹ .
Tetraparesia	Paralisia incompleta de nervo ou músculo dos membros inferiores e superiores ¹ .
Hemiparesia	Diminuição da mobilidade de um dos hemicorpos ¹ .

Fonte: ¹MTE (2009); ²INCA (2003, p. 2); ³Tomé (2014).

As deficiências auditivas caracterizam-se pela perda auditiva bilateral de quarenta e um decibéis (dB), seja ela parcial ou total, sendo esta aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz (BRASIL, 1999, BRASIL 2004, MTE, 2009). Enquanto nas deficiências visuais encontram-se - a cegueira, baixa visão e outros casos (quando a soma da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60° ou quando há ocorrência simultânea das restrições apresentadas anteriormente) (BRASIL, 1999; BRASIL 2004). No Quadro 6 estão descritas as Deficiências Visuais.

Quadro 6 – Classificação das Deficiências Visuais conforme o Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004.

Deficiência	Descrição
Cegueira	É uma restrição na acuidade visual, esta pode ser adquirida ou congênita. A pessoa cega pode apresentar uma acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, utilizando a melhor correção óptica.
Baixa visão ou visão subnormal	É uma alteração da capacidade funcional decorrente de fatores como rebaixamento significativo da acuidade visual, redução importante do campo visual e da sensibilidade aos contrastes e limitação de outras capacidades. As pessoas com baixa visão têm uma acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho (utilizando a melhor correção óptica).

Fonte: Brasil (2004).

A legislação brasileira não garante a reserva de vagas para pessoas com visão monocular¹⁴, mas o Superior Tribunal de Justiça (STJ), em 2009, editou a Sumula 377¹⁵, que garante as pessoas com visão monocular os mesmos direitos das pessoas com deficiência, sendo assim, estas têm direito de concorrer as vagas destinadas a esta população. Neste documento são consideradas pessoas com visão monocular as que apresentam a perda da visão de um olho e no outro tem a visão total ou parcial com redução do campo de visão periférico (STJ, 2009).

A Advocacia Geral da União (AGU), pela sumula nº 45, de 15 de setembro de 2009, garante às pessoas com visão monocular os benefícios inerentes à Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (AGU, 2009). Pelo Parecer/Conjur/MTE nº 444/2011, a visão monocular é considerada deficiência para fins de preenchimento de vagas prevista no art. 93 da Lei n.º 8.213, de 1991 (MTE, 2011).

¹⁴ A visão monocular é reconhecida como deficiência visual em praticamente todos os estados brasileiros. O pioneiro foi o estado do Espírito Santo com a Lei nº 8.775, de 18 de dezembro de 2007 visando à proteção de tais cidadãos. Existem Projetos de Lei que visam garantir os direitos a esta população a nível Federal.

¹⁵ A Sumula 377 justifica a garantia de direitos as pessoas com visão monocular iguais aos das pessoas com deficiência visual, pois entende-se que visão monocular acarreta para as pessoas severa restrição em sua capacidade sensorial, com a alteração das noções de profundidade e distância, além da vulnerabilidade do lado do olho cego (STJ, 2009).

Portanto, além do entendimento da análise médica especializada em consonância com a OMS, o STJ, o Supremo Tribunal Federal (STF), a AGU e o MTE consideram a visão monocular como cegueira legal para vários assuntos: concursos públicos, isenções de impostos, isenção em transporte coletivo, inserção na iniciativa privada, aquisição de próteses oculares e outros. Por exemplo, a isenção de Imposto de Renda sobre os proventos de aposentadorias para pessoas com visão monocular já é uma realidade (MTE, 2011).

Por fim, convém discutir a deficiência intelectual. Por muito tempo, as deficiências mental e intelectual foram tratadas como sinônimos. Mas, em 1995, durante o simpósio *Intellectual Disability: programs, policies, and planning for the future*, da ONU, a expressão deficiência intelectual, passou a ser usada oficialmente, distinguindo-se do termo deficiência mental (SASSAKI, 2005; PERUZZOLO; COSTA, 2015). No ano de 2004, a OMS e a OPAS, aprovam a Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual (SMITH, 2008). Segundo Sasaki (2005, p. 2) esta declaração sustenta-se em duas razões, são elas:

A primeira razão tem a ver com o fenômeno propriamente dito. Ou seja, é mais apropriado o termo intelectual por referir-se ao funcionamento da mente como um todo. A segunda razão consiste em podermos melhor distinguir entre “deficiência mental” e “doença mental”, dois termos que têm gerado muita confusão há décadas, principalmente na mídia. Os dois fenômenos trazem o adjetivo “mental” e muita gente pensa que “deficiência mental” e “doença mental” são a mesma coisa.

As deficiências intelectuais são especificadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V como: leve, moderada, grave, profunda, de Atraso Global do Desenvolvimento, Deficiência Intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual) e não especificada (DSM V, 2014). Segundo este manual, a deficiência intelectual

caracteriza-se por déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência. Os déficits resultam em prejuízos no funcionamento adaptativo, de modo que o indivíduo não consegue atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspectos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade. [...]. A deficiência intelectual pode ser consequência de uma lesão adquirida no período do desenvolvimento, decorrente, por exemplo, de traumatismo craniano grave, situação na qual um transtorno (DSM V, 2014, p. 31).

As deficiências mentais caracterizam-se por,

atributo que interage com o seu meio ambiente físico e humano, que por sua vez deve adaptar-se às necessidades especiais dessa pessoa, provendo-lhe o apoio intermitente, limitado, extensivo ou permanente de que ela necessita para funcionar em 10 áreas de habilidades adaptativas: comunicação, autocuidado, habilidades sociais, vida familiar,

[...], autonomia, saúde e segurança, funcionalidade acadêmica, lazer e trabalho (SASSAKI, 2011, p. s/n).

As deficiências múltiplas caracterizam-se pela associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 1999; MTE, 2009). Ou seja, é a deficiência auditiva ou a deficiência visual associada a outras deficiências (mental e/ou física), como também a distúrbios neurológicos, emocionais, linguagem e desenvolvimento educacional, social e emocional, dificultando a sua autossuficiência (TECNEP, 2008).

A partir desta revisão, procurou-se demonstrar como tem sido lento processo de respeito e igualdade das pessoas com deficiência. A partir de luta constante tais pessoas buscam desmistificar crenças e mitos, estigmas e estereótipos criados pela sociedade no decorrer da história sob a condição de diferentes. As lutas resultaram em uma evolução legislativa que garante às pessoas com deficiência o direito de conviver em sociedade, mas é bem verdade que obstáculos ainda deverão ser ultrapassados, pois as sociedades ainda têm que ultrapassar “deficiências” para que ocorra efetiva inclusão e respeito social.

2.2.3 Dos avanços em saúde: do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial

Até o presente momento desta revisão de literatura, destacaram-se os comprometimentos orgânicos e os processos de organização social das pessoas com deficiência; mas sabe-se que estes não são os únicos aspectos que merecem ser abordados. A OMS tem, desde a década de 80 do século XX, produzido discussões relacionadas às condições de saúde das pessoas. A noção de barreiras, facilitadores e de qualidade de vida tem resultado na estruturação de classificações e protocolos para entender as demandas da população. Este movimento, segundo Farias e Buchalla (2005, p. 188), origina-se da necessidade de se “conhecer as causas de morte e as doenças mais frequentes, em época que a expectativa de vida aumenta e a tecnologia ajuda a medicina a prolongar a vida humana, [...]”.

Em 1980, a OMS traçou os primeiros esboços da Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagens – CIDID. O modelo apresentado pela CIDID baseava-se em três pilares: i) *impairment* (deficiência) – são as anormalidades em órgãos, sistemas e estruturas apresentadas pelas pessoas; ii) *disability* (incapacidade) – refere-se ao comprometimento causado pela deficiência sobre a funcionalidade e; iii) *handicap* (desvantagem) – diz respeito às questões adaptativas do sujeito frente aos ambientes, resultante da deficiência e incapacidade. Observa-se que este modelo descreve as condições de saúde em

uma sequência linear, não relacionando os fatores ambientais e sociais, entre outros (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Frente às fragilidades apresentadas pela CIDID, a OMS lançou, em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. A CIF tem como base um modelo em que as condições funcionais do sujeito não se restringem às limitações trazidas pela doença; englobam-se fatores, como o ambiente físico e social, as diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, a disponibilidade de serviços e a legislação (FARIA; BUCHALLA, 2005). Cabe ressaltar que na CIF o foco deixa de ser a doença e passa a ser o sujeito, sendo assim, ela pode ser aplicada a qualquer pessoa, deixando de ser unicamente voltada para pessoas com deficiência, como era a CIDID (OMS, 2003).

Na CIF, o detalhamento dos constructos funcionalidade e incapacidade se organizam em domínios, conjuntos conceituais práticos e significativos utilizados na classificação. Os domínios são relacionados ao corpo e as ações, tarefas e áreas da vida. Os domínios relacionados ao corpo, apreendidos pelo conhecimento do funcionamento e das estruturas anatômicas, são facilmente identificados por qualquer profissional da saúde por similaridade conceitual com o aprendizado tradicional de fisiologia e morfologia. Os domínios relacionados às ações, tarefas e áreas da vida são os grandes desafios impostos pela classificação que, em última análise, modifica o processo de compreensão dos impactos dessas alterações do corpo em atividades e participação como conceito de saúde (DRUMMOND; REZENDE, 2008).

Os domínios são apresentados em oito funções e oito estruturas do corpo humano, dispostas em correspondência direta complementados em domínios de nove grupos de atividades e contextos de participação voltados a perspectivas individuais e sociais, finalizando sua organização integrando cinco domínios ambientais (DRUMMOND; REZENDE, 2008). Pelo conceito da CIF, participação é compreendido como o envolvimento em uma situação real de vida diária, ou seja, é a interação com o meio e com outras pessoas; é o sentido que cada atividade em na integração pessoal (OPAS, 2003).

Nas discussões da CIF referentes aos domínios ambientais, aponta que as pessoas podem encontrar facilitadores ou barreiras para realizar suas atividades cotidianas. Os facilitadores são fatores ambientais que contribuem para a melhora da funcionalidade e auxiliam as pessoas a executar as suas tarefas, como por exemplo, um ambiente acessível, atitude das pessoas, entre outros. As barreiras são fatores que limitam/restringem a funcionalidade de uma pessoa (WHO, 2001). No Quadro 7 estão descritas as barreiras segundo legislação brasileira.

Quadro 7 – Barreiras segundo a Lei nº 13.146/2015.

Barreiras	Descrição
Urbanísticas	Existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo.
Arquitetônicas	Existentes nos edifícios públicos e privados.
Transportes	Existentes nos sistemas e meios de transportes.
Comunicações e na informação	Qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação.
Atitudinais	Atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.
Tecnológicas	Dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias.

Fonte: Brasil (2015a).

Destacam-se como inovação da CIF, para o conceito de saúde, as dimensões psicossociais e de cidadania, como as atitudes e a realidade político-social entre os fatores ambientais e de participação (OPAS, 2003). Mesmo sendo abrangente, a CIF não é um instrumento de avaliação e mensuração de incapacidades nas atividades diárias (WHO, 2010).

O modelo apresentado pela CIF adequa a definição de saúde apresentada pela Constituição da OMS, de 1946: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doenças ou de enfermidades” (OMS, 1946, p. 1). Esta definição é considerada supostamente inatingível, pois sua fundamentação não se limita apenas nos determinantes biológicos (agentes agressores do organismo como vírus, bactérias, fungos, *etc.*) e genéticos (doenças, síndromes, *etc.*). Estes são associado aos Determinantes Sociais da Saúde – DSS, que são condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma população, que estão relacionadas com as condições de vida e trabalho das pessoas, tais como: habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, somam-se a estas as redes sociais e comunitárias (BUSS; FILHO, 2007; OLIVEIRA, SANTOS, 2013).

Deste modo, a “saúde torna-se uma expressão da questão social, quando reconhece que a saúde é produto de um conjunto de fatores determinantes e condicionantes [...]” (OLIVEIRA, SANTOS, 2013, p. 18-19). A partir deste entendimento, percebe-se que a saúde é resultado de um processo social, influenciada pelas condições de vida, isto é, pela produção de serviços e bens. Sendo assim, o valor da saúde passa a ser mais da comunidade do que da pessoa (OLIVEIRA, SANTOS, 2013).

Diante dos comprometimentos orgânicos apresentados no capítulo anterior e da complexidade que envolve o conceito de saúde, compreende-se que o acompanhamento de uma pessoa com deficiência fica limitado quando este se mantém apenas com uma

especialidade/profissional. Deste modo, ressalta-se a importância do acompanhamento multiprofissional de natureza interdisciplinar ou transdisciplinar, ou seja, com profissionais que tenham uma visão integral de homem e saúde (além dos comprometimentos orgânicos), mas, que também considerem o contexto social, político e histórico que constitui esta pessoa (PONTE; FEDOSSE; 2016a; 2016b).

Outro ponto relevante a ser considerado no contexto de acompanhamento é a família, pois, muitas vezes, este é o contexto de maior convivência da pessoa com deficiência. O envolvimento da família no processo de acompanhamento pode evitar adoecimento dos familiares/cuidadores e contribuir para a potencialização das habilidades destas pessoas no cotidiano (PONTE; FEDOSSE, 2016b).

O cuidado integral organiza-se a partir de ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; sua proposta visa a articulação entre todos os níveis de atenção para que se evite a fragmentação do cuidado (SILVA; RAMOS, 2010; SANTOS et al., 2015). O cuidado multiprofissional caracteriza-se por ser um trabalho dinâmico, coletivo e mútuo, neste os profissionais de diferentes áreas aplicam os seus saberes e técnicas a uma mesma pessoa (PEDUZZI, 2001; FERREIRA; VARGAS; SILVA, 2009; LUZ, 2009). Para Peduzzi (2001), a dinâmica da intervenção multiprofissional ocorre através da comunicação, da articulação entre as ações e da cooperação.

A aproximação da interdisciplinaridade com a área da saúde ocorreu quando o modelo biomédico passou a ser insuficiente para suprir as demandas da população, pois estas, geralmente, não estão relacionadas exclusivamente a fatores orgânicos, podendo, também, envolver fatores sociais e econômicos (GATTÁS, 2005; FURLAN et al., 2014). A interdisciplinaridade enriquece as ações de cuidado através “partilha do saber em disciplinas e de suas inter-relações” (JAPIASSU, 1976, p.42). Ressalta-se que está não deve ser confundida com uma simples troca de informações, a interdisciplinaridade propõe a compreensão sob a complexidade do ser humano e o seu meio e a partir desta busca articular possíveis ações de transformação do contexto (TRINDADE, 2013; FURLAN et al., 2014).

A transdisciplinaridade irá trazer para a discussão de cuidado, conceitos que vão para além dos conceitos das ciências da saúde e humanas. Com isso, a transdisciplinaridade avança, no sentido de enfatizar a importância da cooperação entre os envolvidos, em que faz desaparecer os limites entre as diversas disciplinas, desenvolvendo no campo da saúde, condições claras e possíveis para implementação de uma assistência integrativa, visualizada a partir da prática social, com o desenvolvimento da autonomia teórica e metodológica para o pensamento complexo que envolve os sujeitos em lidar com o processo saúde-doença. Ressalta-

se que, a unidade do conhecimento proporcionado pela educação em saúde, qualifica o planejamento de intervenções, com saberes produzidos a partir da problematização das reais necessidades apresentadas pela população (ALMEIDA FILHO, 2005; LUZ, 2009).

No Brasil, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, tem como objetivo a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012a).

Esta rede é organizada com os seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação e Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012a). Na Atenção Básica (AB) (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011) a pessoa com deficiência dispõe o suporte das Unidade Básica de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Atenção Odontológica (BRASIL, 2011a).

A Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência prioriza ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à esta população, a saber: i) a identificação precoce das deficiências por meio do pré-natal e atenção na primeira infância com acompanhamento de crianças de alto risco até dois anos de idade e suporte a família; ii) educação em saúde, criação de linhas de cuidado voltada as pessoas com deficiência, incentivo e desenvolvimento de programas dentro da própria comunidade, que visem a inclusão e qualidade de vida das pessoas com deficiência, implantação de estratégias de acolhimento e de análise de riscos de vulnerabilidade; iii) acompanhamento desta população na atenção domiciliar, orientação dos familiares e acompanhantes; iv) apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência e v) publicações referentes às deficiências nos Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

No que se refere ao papel da Atenção Básica quanto ao cuidado de pessoas com deficiência, destaca-se o do NASF (equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atua com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade). No Quadro 8, pode-se observar as estratégias do NASF referentes a reabilitação (BRASIL, 2014).

Quadro 8 – NASF - Área estratégica de reabilitação.

Ações propostas para o NASF
Levantamento de pessoas com deficiências residentes na área sob responsabilidade do NASF e equipes vinculadas.
Avaliação funcional para definição do serviço em que será realizado o processo de reabilitação (AB ou serviços especializados).
Acompanhamento longitudinal de casos, em conjunto com as equipes de AB.
Atendimento ambulatorial em reabilitação na Unidade Básica de Saúde – UBS.
Atividades coletivas: grupo de estimulação cognitiva para adultos/prevenção de problemas de memória, práticas corporais, orientações para famílias de pessoas com deficiência, tratamento de dores posturais, entre outros temas.
Assistência domiciliar aos usuários restritos ao leito ou ao domicílio.
Orientação e informação às pessoas com deficiência, cuidadores e Agente Comunitária em Saúde (ACS) sobre manuseio, posicionamento, Atividades de Vida Diária (AVD), recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional.
Encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses e/ou próteses realizadas por outro nível de atenção à saúde.
Ações de reabilitação baseadas no saber da comunidade, valorizando seu potencial e considerando que todos os envolvidos são agentes do processo de reabilitação e inclusão social.
Campanhas de mobilização visando à prevenção de deficiências por meio de sensibilização de gestantes para a realização do teste do pezinho e da triagem auditiva neonatal, campanhas de prevenção de acidentes domésticos e acidentes no trânsito, ações para prevenção de quedas em idoso, entre outras.

Fonte: Brasil (2014).

A atenção odontológica junto a pessoas com deficiência é prevista nos seguintes termos: as intervenções odontológicas devem acontecer de forma pertinente ao quadro de cada usuário. A Atenção Odontológica, no nível da AB, deve realizar as ações de prevenção de doenças, promoção de saúde e tratamento, mas também deve coordenar o cuidado odontológico realizado em outros níveis de atenção à saúde (CALDAS JÚNIOR; MACHIAVELLI, 2015).

O componente da Atenção Especializada em Reabilitação é formado por ações de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências. Esse componente conta com os seguintes pontos de atenção: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de Reabilitação (Ambulatórios Especializados), Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2012a).

São exemplos de estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação: Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade, Serviço de Reabilitação Visual e Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas (BRASIL, 2012a). Os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade são organizados pela Portaria nº 597, de 7 de outubro de 2004, esse serviço oferece atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos

adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional e oferece triagem e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares, diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças a partir de 3 anos de idade, de jovens, de adultos, incluindo os trabalhadores e de idosos, respeitando as especificidades da avaliação e reabilitação exigidas para cada um desses segmentos (BRASIL, 2004b).

O Serviço de Reabilitação Visual é garantido pela Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008, este realiza diagnóstico, terapêutica especializada e acompanhamento com equipe multiprofissional, constituindo-se como referência em habilitação/reabilitação de pessoas com deficiência visual (BRASIL, 2008).

O Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas é classificado em I e II. O Serviço I, voltado à média complexidade, é definido pela Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Esse serviço presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados à estrutura física de policlínicas, ambulatórios de hospital geral e especializado, unidades ambulatoriais de especialidades, unidades de reabilitação física. O serviço classificado em Atenção às Pessoas Ostomizadas II deverá realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e capacitação de profissionais (BRASIL, 2009a).

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. O atendimento no CER deverá ser realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, por meio de Projeto Terapêutico Singular. Os CER devem se organizar em três modalidades, são elas: CER II – atende pessoas com deficiência em pelo menos duas modalidades de reabilitação; CER III – atende pessoas com deficiência em pelo menos três modalidades de reabilitação e; CER IV – atende pessoas com deficiência nas quatro modalidades de reabilitação (BRASIL, 2012a).

A Oficina Ortopédica deverá estar articulada e vinculada a estabelecimento de saúde habilitado como serviço de reabilitação física ou ao CER com serviço de reabilitação física, visando ampliar o acesso e a oferta de tecnologia assistiva. A Oficina Ortopédica constitui-se

em serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (BRASIL, 2012a).

Os Centros de Especialidades Odontológicas são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, conforme estabelecido na Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006 (BRASIL, 2006). Esses deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEO (BRASIL, 2012a).

A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é composta por Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Hospitais de Emergência, a qual é responsável por: i) acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; ii) instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência; iii) ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; iv) ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação e v) ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim (BRASIL, 2012a).

Note-se que na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência estão incluídos serviços dos três níveis de Atenção à Saúde – Atenção Primária, Secundária e Terciária. Porém, há que se chamar a atenção sobre uma ausência dos serviços especializados na saúde do trabalhador, por exemplo, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), os quais integram, ao lado dos Centros Estaduais, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Tal rede responde pela execução de ações curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação à saúde do trabalhador brasileiro (BRASIL, 2005). Os CEREST promovem ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. Entre as atribuições dos CEREST estão: capacitar a rede de serviços de saúde, apoiar as investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, apoiar a estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender os acidentes de trabalho e agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM/MS nº 777 de 28 de abril de 2004 (BRASIL, 2005).

Afora os cuidados em saúde, tem-se estabelecido o Plano Viver sem Limites que pressupõe porá existência de dispositivos intersetoriais, descritos no Quadro 9.

Quadro 9 – Dispositivos Intersetoriais – Plano Viver sem Limites.

Dispositivos	Descrição
Residências Inclusivas	Destinada a jovens e adultos com deficiência em situação de dependência. Modalidade de Serviço de Acolhimento do Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Organiza-se em pequenos grupos de até dez pessoas por residência, a acolhida e convivência promovem o desenvolvimento de capacidades adaptativas à vida diária, autonomia e participação social. ¹
Centro-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência	Unidade de serviço do SUAS referenciada ao CREAS. Objetivo: ofertar, durante o dia, cuidados pessoais a jovens e adultos com deficiência em situação de dependência em apoio aos cuidadores familiares. Oferece atividades de convivência na comunidade e no domicílio com o objetivo de ampliar as relações sociais e evitar o isolamento social. ¹
Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)	É uma unidade descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e ofertas de serviços da proteção social básica do SUAS. É a principal porta de entrada do SUAS. Objetivo: prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e riscos sociais no território e ampliação do acesso aos direitos de cidadania. ²
Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)	Oferta de trabalho social especializado no SUAS a famílias e pessoas em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. Objetivo: ofertar serviços especializados de caráter continuado para essas famílias e indivíduos, conforme dispõe a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. ³

Fonte: ¹Brasil, (2013a); ²Brasil, (2009b); ³Brasil, (2011b).

Diante do exposto nesta seção, constata-se a importância dos serviços especializados em saúde e do suporte social à vida de pessoas com deficiência. O início precoce do acompanhamento dessas pessoas, no que se refere aos determinantes biológicos e condicionantes sociais, são indispensáveis para minimizar os comprometimentos físicos, cognitivos e/ou sensoriais, causados pela deficiência e maximizar as potencialidades e habilidades destas pessoas. Assim, como se considera importante o acompanhamento dos trabalhadores com deficiência por serviços especializados em saúde do trabalhador, destacando-se as peculiaridades dos contextos de trabalho e dos referidos trabalhadores. Pode-se, então, concluir que, apesar de existir a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, tem-se carência no que se refere à relação entre saúde, cidadania e atividade laboral das pessoas com deficiência (a ausência do CEREST na Rede é um exemplo).

2.3 Direitos à Educação e ao Trabalho das Pessoas com Deficiência no Brasil

A qualificação profissional é uma exigência do mundo capitalista, o que acaba dificultando ainda mais o ingresso das pessoas com deficiência na atividade laboral (SOUZA; KAMIMURA, 2010). A qualificação profissional tem sido umas das diversas barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência para ingressar no mercado de trabalho, visto que geralmente apresentam um baixo nível escolar e pouca qualificação profissional (SOUZA; KAMIMURA, 2010; BITTENCOURT; FONSECA, 2011; VELTRONE, ALMEIDA, 2010).

A preocupação com a capacitação/educação das pessoas com deficiência, para o trabalho, iniciou-se durante a Revolução Industrial (PACHECO; ALVES, 2005), sendo que os países europeus e os Estados Unidos da América (EUA) foram os pioneiros. Tais experiências influenciaram o mesmo movimento no Brasil, que começou ainda no século XIX, mas foi no final da década de 1950 que houve a inclusão da educação para deficientes na política educacional brasileira (MAZZOTTA, 1999). Estas políticas resultaram no surgimento das classes especiais; na época, uma importante conquista para as pessoas com deficiência, à medida que propiciava a escolarização desta população (OMOTE, 1995). Mas o direito à educação não correspondia, de fato, às expectativas e necessidades das pessoas com deficiência; é apenas no ano de 1994, a partir da Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), que se incorpora legalmente o conceito de inclusão no Brasil (ROGALSKI, 2010). Nesta Declaração fica claro que

a tendência da política social durante as duas últimas décadas foi a de fomentar a integração e a participação e de lutar contra a exclusão. A integração e a participação fazem parte essencial da dignidade da pessoa humana e do gozo e exercício dos direitos humanos. No campo da educação, essa situação se reflete no desenvolvimento de estratégias que possibilitem uma autêntica igualdade de oportunidades (Unesco, 1994, p. 23).

Deste modo, a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994) tem o objetivo de fornecer diretrizes básicas para a formulação e reforma de políticas e sistemas educacionais de acordo com o movimento de inclusão social. Tal declaração é um dos principais documentos mundiais que visam a inclusão social, juntamente com a Convenção de Direitos da Criança, Resolução 44/25 de 1988, da Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU, 1988) e de outra declaração da UNESCO – a Declaração sobre Educação para Todos, de 1990 (UNESCO, 1990). Para Rech (2010, p. 103-104), a Declaração de Salamanca “é o resultado de uma tendência mundial que

consolidou a educação inclusiva, e cuja origem tem sido atribuída aos movimentos de direitos humanos e de desinstitucionalização manicomial que surgiram a partir das décadas de 60 e 70.”

Em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, passou a garantir no seu Art. nº 59, o direito ao acesso aos sistemas de ensino e que estes devem assegurar aos alunos currículo, métodos, recursos e organização específicos para atender suas necessidades (BRASIL, 1996). Desta forma, considera-se a necessidade de mudanças que,

(...) vão desde a ampliação arquitetônica, atitudinal e conceitual para as crianças com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nos contextos escolares, até a implantação de políticas públicas que visam à construção de práticas que permitam a efetiva participação desses alunos nos processos de ensino e de aprendizagem.” (DECHICHI, 2011, p.7).

Frente a esta reflexão, entende-se que o processo de inclusão vai muito além de inserir uma criança com deficiência no espaço escolar, este implica torná-lo parte do processo de aprendizagem, reconhecendo as suas diferentes formas de aprender (STRIEDER; MENDES; ZIMMERMANN, 2013). Mas, sabe-se que mesmo com todo o efetivo jurídico-institucional de políticas que garantem as pessoas com deficiência o acesso à educação básica, estas ainda enfrentam dificuldades, são elas, classes regulares infladas, escolas inacessíveis, a falta de materiais didáticos, a falta de tecnologia nas salas de aula, o preconceito e a discriminação também se apresentam neste meio. Os estudantes também sofrem com os reflexos de alguns fatores que atingem aos professores, são eles: falta de reconhecimento, a baixa remuneração, que gera a necessidade frequente de trabalhar em mais de uma escola (BARROS; SILVA; COSTA, 2015).

Pode-se dizer que os percalços relacionados ao ensino fundamental e médio resultam em dificuldades para as pessoas com deficiência chegar às Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras. Mendes (2016) ressalta que as IES têm disponibilizado às pessoas com deficiência ações para a efetivação do acesso do estudante ao ensino superior, são estas: bancas especializadas, Tradutores Intérpretes de Língua de Sinais (TILS), *Software* para leitura, provas ampliadas para pessoas com baixa visão e outros atendimentos especializados, para atender as pessoas com deficiência. Pouco diferente do encontrado no estudo de Costa (2012), que revelou barreiras como, por exemplo, obstáculos estruturais (pouca ou inexistência de acessibilidade) e barreiras atitudinais, seja através do desinteresse ou insuficiência de informações presente nas estruturas curriculares dos cursos, ou pelo despreparo dos docentes das IES (COSTA, 2012).

O Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, em seu Art. 27 institui que as IES “deverão oferecer adaptações de provas e os apoios necessários, previamente solicitados pelo aluno [...]” com deficiência. Este artigo, no inciso I, abrange o sistema geral do processo seletivo para ingresso em cursos superiores e, no inciso II, institui que o Ministério da Educação “no âmbito da sua competência, expedirá instruções para que os programas de educação superior incluam nos seus currículos conteúdos, itens ou disciplinas relacionados à pessoa [...]” com deficiência (BRASIL, 2013b, p. 249).

Outro fator relacionado a esse problema é a falta de acesso da população com deficiência às políticas públicas de inclusão e aos programas de treinamento e capacitação profissional (SOUZA-SILVA; DIEGUES; CARVALHO, 2012). Apesar de que o acesso ao mercado de trabalho é direito garantido na CF brasileira de 1988, conhecida como a Constituição cidadã. A CF assegura, em seu Art. 193, do Título VIII – Da Ordem Social – Capítulo I, que a ordem social tem como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça social (BRASIL, 1988). Nestes termos, pode-se dizer que as pessoas com deficiência estão em condições de igualdade com outras – a elas também está reservado o direito fundamental ao trabalho. Conforme anunciado anteriormente, apenas em 1988, acaba-se legalmente com o modelo assistencialista voltado às pessoas com deficiência, até então vigente no Brasil, pois, embora já houvesse sido aprovado na Convenção 159, em 1983, da OIT, o Brasil ainda não havia organizado uma estrutura jurídica capaz de integrar as pessoas com deficiência no ambiente de trabalho (SCHEUERMANN, 2012).

Vale destacar que o Capítulo VII (da Administração Pública) da CF, em sua seção I (Disposições Gerais), Art. 37 e inciso VIII reserva um percentual de cargos públicos destinados a esta população (BRASIL, 1988). A legislação sobre o acesso de pessoas com deficiência ao trabalho entrou em vigor há mais de 25 anos, mais precisamente, por meio das Leis nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, também conhecida como Lei de Cotas, que definiu em até 20% o percentual de vagas em concursos públicos (BRASIL, 1990) e da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que garantiu vagas para as pessoas com deficiência nas empresas privadas com mais de 100 funcionários, neste caso o percentual varia de 2 a 5% (BRASIL, 1991) (vide Quadro 10).

Quadro 10 – Artigo 93 da Lei 8.213/91 – “Lei de Cotas”.

Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

I - até 200 empregados.....2%;
II - de 201 a 500.....3%;
III - de 501 a 1.000.....4%;
IV - de 1.001 em diante.5%.

§ 1º A dispensa de trabalhador reabilitado ou de deficiente habilitado ao final de contrato por prazo determinado de mais de 90 (noventa) dias, e a imotivada, no contrato por prazo indeterminado, só poderá ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante.

§ 2º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social deverá gerar estatísticas sobre o total de empregados e as vagas preenchidas por reabilitados e deficientes habilitados, fornecendo-as, quando solicitadas, aos sindicatos ou entidades representativas dos empregados.

Fonte: Lei n. 8.213/91 (BRASIL, 1991).

Convém, neste ponto desta revisão, apresentar uma sistematização dos documentos oficiais, de acesso público (Quadro 11), visando afirmar que podem ser usados amplamente, por todos os envolvidos, no processo de inclusão/da garantia de acesso e manutenção do trabalhador com deficiência ao mercado de trabalho.

Quadro 11 – Legislação nacional que trata da inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

Legislação	Pontos Relevantes
Decreto n. 5.452, de 1º de maio de 1943 ¹	Discorre em seus art. 428 e 433 recomendações para a contratação de jovens aprendizes, incluindo jovens aprendizes com deficiência. E o art. 611-B considera ilícito de convenção coletiva ou de acordo coletivo de trabalho qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador com deficiência.
Constituição da República Federativa do Brasil (1988) ²	Este documento em seu art. 7º proíbe de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador com deficiência. Ressalta no art. 24, que compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal a proteção e integração social das pessoas com deficiência. Garante no art. 37 a reserva de um percentual dos cargos e empregos públicos para esta população. No art. 227 ressalta que o Estado promoverá a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação.

Lei n. 8.112, de dezembro de 1990 ³	Este documento em seu art. 5º garante a reserva de 20% das vagas de concursos públicos para pessoas com deficiência, no art. 97 garante o horário especial para o servidor com deficiência e estas são extensivas a servidores que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência.
Lei n. 8.213, de 24 de junho de 1991 ⁴	Ressalta no art. 93 que toda a empresa com 100 ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência. O desligamento imotivado destes profissionais poderá ocorrer após a contratação de outro. Ao MTE incumbe estabelecer a sistemática de fiscalização, bem como gerar dados e estatísticas sobre o total de empregados e as vagas preenchidas por pessoas com deficiência e por beneficiários reabilitados da Previdência Social. Para a reserva de cargos será considerada somente a contratação direta de pessoa com deficiência, excluído o aprendiz com deficiência de que trata a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)
Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999 ⁵	Regulamenta a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, ressalta que cabe ao Estado garantir as pessoas com deficiência acesso aos direitos básicos, sendo o trabalho um destes. Esta garante a reserva de vagas e a oferta de formação profissional e qualificação para o trabalho.
Lei n. 13.146 de 06 de julho de 2015 ⁶	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, garante as pessoas com deficiência o acesso ao trabalho, tendo a pessoa com deficiência o direito ao trabalho de sua livre escolha e aceitação, em ambiente acessível e inclusivo, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. O poder público deve implementar serviços e programas completos de habilitação profissional e de reabilitação profissional. Constitui modo de inclusão da pessoa com deficiência no trabalho a colocação competitiva, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, nos termos da legislação do trabalho e previdenciária, na qual devem ser atendidas as regras de acessibilidade, o fornecimento de recursos de tecnologia assistiva e a adaptação razoável no ambiente de trabalho.

Fonte: ¹Brasil (1943); ²Brasil (1988), ³Brasil (1990), ⁴Brasil (1991), ⁵Brasil (1999), ⁶Brasil (2015).

As Leis, criadas no Brasil, para garantir o acesso das pessoas com deficiência ao contexto laboral, vem adquirindo crescente difusão, mas, segundo Tanaka e Manzini (2005, p. 274),

mesmo com a promulgação dessas leis, a oportunidade para a pessoa deficiente, de ter acesso ao mercado de trabalho, ainda caminhou em passos lentos durante muito tempo e começou a tomar impulso com a fiscalização mais rigorosa pelo Ministério Público do Trabalho – MPT, mediante punições às empresas que não vinham cumprindo com a lei.

Pode-se observar que a legislação tem funcionado como uma válvula impulsionadora para a abertura de vagas nas empresas (TANAKA; MAZINI, 2005) e instigado estudiosos a debater sobre esta temática. A importância da legislação para a inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho são abordadas, partir da percepção de trabalhadores com deficiência, nos estudos de Lino e Cunha (2008) e Toldrá (2009). Segundo Toldrá (2009), a legislação contribuiu para uma maior visibilidade social das necessidades das pessoas com deficiência. No entanto, a manutenção das leis deve estar atrelada as mudanças de valores e de atitudes da sociedade e a disponibilização de condições para a inclusão laboral desta população. As políticas públicas incorporaram conceitos relacionados à inclusão e à capacitação para o trabalho das pessoas com deficiência e, assim, têm estimulado a realização de projetos, em parceria com instituições especializadas e com o setor privado, voltados para a formação, o encaminhamento e manutenção de tais pessoas no mercado de trabalho. O Programa de Empregabilidade de Pessoas Portadoras de Deficiência da Serasa (Centralização de Serviços dos Bancos S/A) é um exemplo (ETHOS, 2002).

Mesmo com a contribuição da legislação e algumas iniciativas empresariais, o número de pessoas com deficiência no mercado de trabalho ainda estava muito aquém do que previsto em lei (TANAKA; MAZINI, 2005). Pode-se atribuir este fato a alguns aspectos, são eles: a situação socioeconômica do Brasil, o preconceito, as dificuldades encontradas para a inclusão destas pessoas no mercado de trabalho e qualificação profissional.

A situação socioeconômica brasileira passa por um momento delicado; os indicadores do mercado de trabalho evoluíram de forma preocupante, no passado recente, e o destaque negativo fica por conta da taxa de desemprego (IPEA, 2015). Este novo cenário da econômica e do mercado de trabalho brasileiro pode estar refletindo negativamente na inclusão de pessoas com deficiência neste mercado.

Vianna, Tardelli e Almeida (2012) ressaltam em seu estudo que além do preconceito, a intolerância, o tratamento desigual e o desrespeito ainda são características predominantes no contexto empresarial. Neves-Silva, Prais e Silveira (2015) acrescentam mais algumas dificuldades das pessoas com deficiência encontradas no processo de inclusão, são elas: discriminação, a relação familiar, o Benefício da Prestação Continuada – BPC, a baixa qualificação das pessoas com deficiência, o despreparo das empresas e a falta de acessibilidade, este último é citado juntamente com o preconceito no estudo de Leal, Mattos e Fontana (2013).

Segundo Crochík (2006, p.13), “aquilo que leva o indivíduo a ser ou não preconceituoso pode ser encontrado no seu processo de socialização.” No mercado de trabalho, essa situação

não é diferente. Muitas vezes, as pessoas com deficiência “apresentam desvantagem frente aos demais indivíduos não somente pela incapacidade gerada pela deficiência, mas pelo preconceito, e pela falta de informações das suas potencialidades” (SOUZA-SILVA; DIEGUES; CARVALHO, 2012, p. 31). Em um estudo que discutiu prazer e sofrimento de pessoas com deficiência inclusas no mercado de trabalho, revelou associação de sofrimento com as imposições e apropriações das exigências organizacionais, individualismo, desvalorização e falta de reconhecimento (COELHO; SAMPAIO; MANCINI, 2014).

“As ironias da desigualdade”, termo utilizado por Vasconcelos (2010) para denominar situações, como, por exemplo, a ameaça de chefes a empregados, obrigando-os a tratar os trabalhadores com deficiência como “normais”, a visão da deficiência como virtude, por facilitar o acesso ao emprego e a utilização do deficiente como exemplo de “bom trabalhador” e fator de disciplinamento, em razão da sua superação de limites, também acompanha a problemática da inclusão de pessoas com deficiência no trabalho (VASCONCELOS, 2010).

Pelas considerações anteriores, pode-se dizer que a existência de leis, por si só, não se constitui medida segura para garantir o acesso e a permanência da pessoa com deficiência no trabalho. Mesmo que o esse direito esteja assegurado por lei, na prática, a jornada ainda é bastante longa, pois existem fatores que precisam ser cuidadosamente analisados, especialmente pelos profissionais da saúde dedicados à reabilitação e à saúde ocupacional, por exemplo, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, no que tange à inserção efetiva e eficiente desta população no mercado de trabalho, entre eles: o preparo profissional e a participação social das pessoas com deficiência que buscam trabalho, as condições estruturais, funcionais e sociais do ambiente que as recebem. Convém aprofundar estudos e práticas para que não se corra o risco de admissões por benevolência ou obrigatoriedade legal. Em outras palavras, há muito a se pesquisar e a se discutir sobre as diferentes realidades; estudos focais, como este – análise da realidade da inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho de um município de médio porte, na perspectiva destas pessoas, de seus empregadores e de colegas, bem como de órgão legais –, pode contribuir para aprimorar a compreensão dos fatos envolvidos na inclusão de pessoas com deficiência, bem como influenciar no funcionamento laboral e social ampliado.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Desenho do Estudo

Frente as questões abordadas neste estudo, este se constitui como um censo, realizado transversalmente, de modo descritivo e misto – qualitativo e quantitativo.

Realizou-se um censo no que tange aos trabalhadores com deficiência, gestores e órgão legal voltado à inclusão de pessoas com deficiência. Estudos censitários são usados com o objetivo de descobrir algo sobre um determinado grupo populacional (OLIVEIRA, 2011). A amostra dos trabalhadores sem deficiência foi intencional. Segundo Cooper e Schindler (2003), a amostragem intencional caracteriza-se por ser composta por uma população selecionada intencionalmente pelo investigador, porque este considera que esses elementos possuem características típicas ou representativas da população. Assim, a amostra dos trabalhadores sem deficiência foi composta por um conjunto de pessoas selecionadas intencionalmente pela pesquisadora, que buscou evitar enviesamento caso fossem entrevistados apenas trabalhadores que tinham contato direto com os com deficiências. Neste sentido, a pesquisadora, de posse da listagem enumerada dos trabalhadores sem deficiência, fornecida pelo responsável do RH ou DH da Empresa/Instituição, escolhia aleatoriamente os trabalhadores a serem convidados a participarem da pesquisa.

Quanto aos estudos transversais, sabe-se que descrevem uma situação ou fenômeno em um momento aleatório. São estudos em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo do tempo/período analisado. Aplicam-se às investigações dos efeitos por causas que são permanentes, ou por fatores dependentes de características permanentes dos indivíduos sobre determinada particularidade (PEREIRA, 2001).

Estudos descritivos, por sua vez, exigem do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, caracteriza-se por descrever determinadas populações ou fenômenos (TRIVIÑOS, 1987; GIL, 2008). Utilizam-se de dados ou fatos colhidos da própria realidade; uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2008).

Um estudo qualitativo preocupa-se com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, *etc* (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Este método “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser

reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 22). Pode-se dizer que a metodologia qualitativa possibilita compreender o significado que uma dada situação tem para o sujeito ou grupos de sujeitos, bem como sua importância na vivência cotidiana deste sujeito. Os estudos qualitativos privilegiam a singularidade do sujeito, pois a atitude de escuta e o interesse por parte do pesquisador desperta no outro o impulso de revelar-se mediante a narrativa oral, por exemplo, sendo possível caminhar na direção do resgate das experiências de vida (familiar, profissional e social) de uma pessoa (BRISOLA; MARCONDES, 2014).

Um estudo quantitativo, por sua vez, tem como objetivo trazer à luz dados, frequências, intensidade de comportamentos, indicadores e tendências observáveis (SERAPIONI, 2000). Este método considera que tudo pode ser quantificável, ou seja, consegue-se explicar em números, opiniões e informações, para classificá-las e analisá-las. Para tal, faz-se necessário o uso de recursos e técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão *etc.*) (SILVA; MENEZES, 2005).

Segundo Fonseca (2002, p. 20), “a utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente.” Nesta perspectiva, Ingham-Broomfield (2016) afirma que métodos mistos, organizados a partir da aplicação de metodologias distintas e ocupados em responder um mesmo problema de pesquisa, favorecem uma interpretação mais completa e abrangente do fenômeno investigado.

3.2 Marco teórico-metodológico

Este estudo tem suas bases no conceito da dialética, ou seja, no movimento entre o mundo exterior e o pensamento humano (MARX, 2010). Portanto, só existe dialética se houver movimento e, sabe-se que somente há movimento se existir processo histórico (LOMBARDI; SAVIANI, 2008). Assim, Marx (2010) enfatiza o caráter material e procura evidenciar que a realidade dos homens deve ser compreendida através de sua organização social, por meio da produção e reprodução da vida, por meio da História.

O método dialético baseia-se na argumentação, discussão, confronto de ideias. Segundo este método, tudo o que existe se relaciona, ou seja, há uma ação recíproca. De igual modo, nada escapa à mudança, ou seja, tudo está em constante transformação (MARX, 2010). Portanto, esta realidade sobre a qual a concepção materialista se debruça traz consigo todas suas contradições, conflitos e transformações evidenciando que as ideias são, de fato, reflexos do mundo exterior e objetivo vivenciado pelos sujeitos e, por isso, as ideias independem do pensamento, são representações do real (MARCONI; LAKATOS, 2006).

3.3 Aspectos Éticos

Este estudo desenvolveu-se respeitando as normas que regulamentam as pesquisas com seres humanos, ou seja, cumprindo os princípios éticos aprovados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade onde está pesquisa foi desenvolvida, sob parecer número 2.351.904 (ANEXO A). Os participantes foram informados sobre os objetivos, finalidade e métodos de coleta de dados deste estudo, foi esclarecido a estes que os resultados serão utilizados para a construção desta Tese e que poderão ser publicados em periódicos ou eventos científicos da área da saúde. Garantiu-se a todos a liberdade de escolha sobre a sua participação, foi esclarecido sobre a possibilidade de desistência, se assim desejassem e, também, foi assegurado aos participantes e as Empresas/Instituições a devolutiva dos dados.

A coleta dos dados iniciou-se após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (modelo – APÊNDICE A). Vale ressaltar que também foi elaborado um Termo de Assentimento – TA (modelo – APÊNDICE B), caso fossem encontrados trabalhadores com idade inferior a 18 anos (jovens aprendizes), de modo a ser requerido, além do consentimento do jovem, a autorização dos pais ou responsáveis. No entanto, não foi utilizado.

Neste estudo, as identidades dos participantes e das Empresas/Instituições foram mantidas em sigilo, preservando o direito de anonimato assegurado pela legislação brasileira. Sendo assim, os participantes serão identificados como: i) Trabalhador com Deficiência – TD1, TD2, TD3 *etc*; ii) Trabalhador do órgão legal – T1, T2, T3 *etc*; iii) Trabalhador sem deficiência – TsD1, TsD2, TsD3 *etc*; iv) Empregadores, Gestores e Supervisores serão padronizados como Gestores – G1, G2, G3 *etc*.

As Empresas/Instituições participantes também tiveram suas identidades preservadas, sendo apresentadas segundo a categoria que correspondem: i) Instituições de Ensino Superior – IES1, IES2, IES3 *etc*; ii) Instituições de Ensino Básico – IEB1, IEB2, IEB3 *etc*; iii) Instituições de Ensino Técnico e Profissionalizante – IETP1, IETP2, IETP3 *etc*; iv) Empresas de Comércio – C1, C2, C3 *etc*; v) Empresa de Transporte – ET1, ET2, ET3 *etc*; vi) Hospitais – H1, H2, H3 *etc*; vii) Outros Serviços de Saúde – SS1, SS2, SS3 *etc*; viii) Empresas de Administração em Saúde – EAS1, EAS2, EAS3 *etc*; ix) Indústrias – I1, I2, I3 *etc*; x) Empresas de Recreação e Lazer – ERL1, ERL2, ERL3 *etc*; xi) Órgãos Públicos do Estado – OPE1, OPE2,

OPE3 *etc*; xii) Órgãos Públicos do Município – OPM1, OPM2, OPM3 *etc*; xiii) Empresas Financeiras – EF1, EF2, EF3 *etc*; e xiv) Instituições Filantrópicas – IF1, IF2, IF3 *etc*.

3.4 Cenário onde ocorreu o estudo

Este estudo foi realizado em Santa Maria (RS), um município de médio porte localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul (RS).

3.5 Fases do Estudo

O estudo organizou-se em duas fases: Fase I – levantamento de informações secundárias e Fase II – levantamento de informações primárias. Desta forma, na Fase I realizou-se um levantamento de dados censitários correspondentes à população alvo do estudo e na Fase II foram realizadas as entrevistas semiestruturadas e a aplicação dos diversos questionários (descritos adiante) escolhidos para responder aos objetivos deste estudo.

3.5.1 Fase I – Levantamento de Informações Secundárias

Os primeiros passos para a construção deste estudo foi uma pesquisa documental, que se caracteriza pela utilização de fontes que ainda não passaram por um tratamento analítico ou que podem ser reestruturadas a partir dos objetivos de um dado estudo (GIL, 2008). Assim, as informações secundárias foram obtidas por meio de fontes de livre acesso, a saber: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Agência de Desenvolvimento de Santa Maria (ADESM) e Câmara de Dirigentes e Lojistas (CDL) do município.

Ressalta-se que inicialmente foi solicitado a um órgão legal as informações sobre as empresas/instituições que tinham trabalhadores com deficiência inclusos, mas devido a negativa deste, optou-se pela utilização das referidas fontes. Assim, tem-se que os dados referentes à administração pública do Município (prefeitura, secretárias), serviços públicos do Estado (coordenadorias regionais), serviços públicos Federais, assim como as informações sobre o setor industrial, educacional (escolas públicas e privadas de ensino infantil, fundamental e médio, escolas técnicas e IES), serviços de saúde (hospitais, clínicas e laboratórios), de defesa, de transporte coletivo municipal (rodoviário e ferroviário) e serviços financeiro foram

obtidos pela ADESM. Os dados correspondentes ao setor de comércio foram obtidos por meio da CDL.

A partir dos dados levantados na ADESM e CDL, realizou-se busca ativa das Empresas/Instituições; o primeiro contato foi, por telefone, com o setor de Recursos Humanos (RH) ou com o Departamento de Pessoal (DP). Neste momento, questionava-se aos responsáveis se havia na Empresa/Instituição trabalhadores com deficiência. A partir da confirmação da presença do trabalhador com deficiência, então, era agendada uma reunião, com os responsáveis pelas Empresas/Instituições, para apresentar e solicitar a autorização para realização da pesquisa. Após, as autorizações institucionais foram, então, definidos os grupos de participantes – Grupo 1 (trabalhadores com deficiência), Grupo 2 (Trabalhadores sem deficiência), Grupo 3 (Gestores) e Grupo 4 (servidores dos órgãos legais).

3.5.2 Fase II – Levantamento de Informações Primárias

Anteriormente à apresentação dos instrumentos utilizados para levantamento dos dados, convém indicar os critérios de inclusão e de exclusão aplicados neste estudo.

3.5.2.1 Critérios de inclusão e exclusão das Empresas/Instituições santa-mariense

Foram convidadas a participar todas as Empresas/Instituições que tinham em seu quadro de funcionários trabalhadores com deficiências físicas, sensoriais, metais e/ou intelectuais. Os critérios de exclusão foram: Empresas/Instituições que não concordaram com a proposta do estudo e as militares, policiais (federal e civil e o corpo de bombeiros), pois pelo Art. 142, inciso X, da CF, os servidores que ocupam tais cargos devem cumprir com as peculiaridades da carreira (BRASIL, 1988), dentre elas, aptidão física. Tal condição é complementada pela Lei nº 12.705, de 8 de agosto de 2012, que em seu art. II – inciso III, dispõe que os candidatos a tais carreiras devem ser aprovados na inspeção de saúde. Ainda, no inciso IV, há a ressalva de que devem apresentar aptidão física segundo os critérios e padrões da carreira e ser aprovado em avaliação psicológica (BRASIL, 2012b).

3.5.2.2 Critério de inclusão e de exclusão dos trabalhadores do Grupo 1

Foram incluídos trabalhadores com deficiência físicas, sensoriais, mentais e intelectuais; com idade entre 16 aos 65 anos para mulheres e dos 16 aos 70 anos para homens (BRASIL, 2015b); do sexo masculino e do feminino; de todas as classes socioeconômicas.

Os critérios de exclusão deste grupo foram: trabalhadores com deficiência que não concordaram com o método do estudo e trabalhadores com deficiência com menos de 18 anos de idade que os familiares ou responsáveis não assinaram o Termo de Assentimento (TA). Ressalta-se que, devido à pesquisadora não ter fluência na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), esta contou com auxílio de um Tradutor Intérprete de Língua de Sinais (TILS) para a realização das entrevistas com trabalhadores com deficiências auditivas.

3.5.2.3 Critério de inclusão e de exclusão dos trabalhadores do Grupo 2

Os critérios de inclusão deste grupo foram: trabalhadores sem deficiência; com idade igual ou superior a 18 anos; do sexo masculino e do sexo feminino; de todas as classes socioeconômicas e com vínculo empregatício com as empresas participantes. O critério de exclusão deste grupo aplicou-se àqueles que não se quiseram ser entrevistados.

3.5.2.3 Critério de inclusão e de exclusão dos trabalhadores do Grupo 3

Os critérios de inclusão deste grupo foram: gestores que tenham contato direto com os trabalhadores com deficiência; idade igual ou superior a 18 anos; do sexo masculino e do feminino e todas as classes socioeconômicas. Caracterizaram-se como critérios de exclusão, os gestores que tinham relação com a pesquisa (orientador ou banca).

3.5.2.4 Critério de inclusão e de exclusão do servidor do órgão legal

O Grupo 4 teve como critério de inclusão a condição de ser servidor do órgão legal voltado ao trabalho e inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho do município), ter idade igual ou superior a 18 anos; podendo ser do sexo masculino ou feminino. Este grupo contou com o critério de exclusão daqueles servidores que não tinham contato direto com o processo de inclusão da pessoa com deficiência.

3.6 Período e Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro de 2017 a dezembro de 2018. Ressalta-se que a coleta junto aos sujeitos do Grupo 1, 2 e 3 foram realizadas nas Empresas/Instituições e a entrevista com o servidor do órgão legal foi realizada nas dependências do órgão. Foram utilizados junto ao Grupo 1 – trabalhadores com deficiência - cinco instrumentos: um Questionário Sociodemográfico (APÊNDICE C), uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE D), organizada especialmente para o desenvolvimento deste estudo, o Questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (ANEXO B), o *World Health Organization Disability Assessment Schedule II – WHO-DAS II* (ANEXO C) e o *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL – BREF* (ANEXO D).

O questionário sociodemográfico foi utilizado para levantar dados referentes à idade, sexo, estado civil, escolaridade, se estudou em escola regular (particular ou privada) ou especial, profissão/ocupação, deficiência (congenita ou adquirida), classificação da deficiência, salário mensal, renda bruta e per capita da família, se tem outros familiares com deficiência, grau de parentesco, idade que começou a trabalhar, primeiro emprego, caminho para conseguir o primeiro emprego, empresa que trabalha atualmente, setor da empresa, capacitação profissional para exercer a função atual, carga horária de trabalho.

A entrevista semiestruturada¹⁶ respondida pelos trabalhadores com deficiência foi composta por questões referentes a motivação para procurar emprego, as dificuldades encontradas para conseguir emprego, ao apoio que recebeu dos familiares quando começou a trabalhar, a participação na vida econômica da família, ao dia a dia de trabalho, as barreiras atitudinais e de acessibilidade que encontram, aos facilitadores do processo de inclusão, ao meio de transporte que utiliza para chegar ao trabalho, as necessidades de adaptação no posto de trabalho, as alterações nas relações sociais e no cotidiano após a inclusão no mercado de trabalho, o significado de estar incluso no mercado de trabalho e a participação em movimentos sociais e/ou políticos relacionados a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

¹⁶ Convém destacar que as entrevistas se constituem como uma técnica alternativa para coletar dados não documentados sobre um determinado tema. É uma técnica de interação social, em forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca obter dados, e a outra se apresenta como fonte de informação. No modelo de entrevista semiestruturada, o pesquisador organiza um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Ressalta-se que nem todos os trabalhadores com deficiência responderam a entrevista semiestruturada; as mesmas deixaram de ser realizadas quando se constatou saturação dos dados. A propósito, Glaser e Strauss (1967) esclarece que a saturação de dados é o momento, durante o trabalho de campo, que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado. Assim, dos 192 trabalhadores com deficiência que participaram do estudo, 85 foram entrevistados. Dos trabalhadores sem deficiência, a amostra foi de 192 (definida, conforme dito anteriormente, mediante sorteio para não gerar conflito de interesse ou desconforto). Deste modo, foram analisados dados de 43 trabalhadores sem deficiência.

O questionário CCEB, foi utilizado para análise das questões socioeconômicas. Este instrumento é proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Nesta escala, a escolaridade do chefe da família vale de 0 a 5 pontos; os demais pontos são fornecidos pela quantidade de bens de consumo duráveis que a família possui (automóvel, televisão em cores, rádio, geladeira, freezer, máquina de lavar roupa *etc.*), pela quantidade de cômodos da casa, com ênfase nos banheiros, e pela quantidade de empregadas domésticas mensalistas que trabalham na casa. A soma desses indicadores classifica as populações a partir da renda familiar, como exemplificado no Quadro 12.

Quadro 12 – Cortes do Critério de Classificação Econômica Brasil.

Classe	Pontos	Renda média
A1	42 a 46	R\$ 9.733
A2	42 a 46	R\$ 6.564
B1	29 a 34	R\$ 3,479
B2	23 a 28	R\$ 2.013
C1	18 a 22	R\$ 1.195
C2	14 a 17	R\$ 726
D	8 a 13	R\$ 485
E	0 a 7	R\$ 277

Fonte: ABEP (2008, p. 3).

O *World Health Organization Disability Assessment Schedule II – WHO-DAS II*, um instrumento inicialmente construído para avaliar a funcionalidade, principalmente em pacientes psiquiátricos e internados (GARIN et. al., 2010). A segunda versão, denominada WHO-DAS 2.0, é diferente do original e foi desenvolvida especificamente para refletir a CIF (WHO, 2010).

O questionário WHO-DAS II avalia o nível de funcionalidade em seis domínios de vida: cognição (compreensão e comunicação), mobilidade (movimentação e locomoção), autocuidado (lidar com a própria higiene, vestir-se, comer e permanecer sozinho), Relações interpessoais (interações com outras pessoas), atividades de vida (responsabilidades

domésticas, lazer, trabalho e escola) e participação (participar em atividades comunitárias e na sociedade), fornecendo um perfil e uma medida resumo de funcionalidade e incapacidade que são confiáveis e aplicáveis em diferentes culturas e em todas as populações adultas. Além de abranger plenamente os domínios da CIF, aplica-se a todas as doenças, incluindo as dimensões física, mental e os transtornos secundários ao uso de substâncias (Quadro 13) (WHO, 2010).

Quadro 13 – Relação direta dos itens do WHODAS 2.0 com a CIF.

Domínio 1, Cognição: Avalia atividades de comunicação e de pensamento; áreas específicas avaliadas incluem concentração, memória, resolução de problemas, aprendizado e comunicação. Neste domínio, o item 1.1 refere-se a "concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos". Na CIF, os itens "d160 Concentrar atenção"; "b140 Funções da atenção" e "d110-d129 Experiências sensoriais intencionais" são os seus correspondentes.

Domínio 2, Mobilidade: Avalia atividades como ficar em pé, mover-se dentro de casa, ficar fora de casa e caminhar uma longa distância. O item 2.5 "andar por longas distâncias como por um quilômetro ou equivalente" corresponde ao item "d4501 Andar distâncias longas" na CIF.

Domínio 3, Autocuidado: Avalia auto-higiene, vestir-se, comer e ficar sozinho. "Ficar sozinho(a) por alguns dias" é o item 3.4 que corresponde aos itens "d510-d650 Combinação de múltiplos autocuidados e tarefas da vida doméstica" da CIF.

Domínio 4, Relacionamento: Avalia as interações com outras pessoas e as dificuldades encontradas devidas a uma condição de saúde. Neste domínio, "outras pessoas" incluem pessoas conhecidas, íntimas (por exemplo, cônjuge ou companheiro, familiares ou amigos próximos) e os não conhecidos (estranhos). Na CIF o item "d730 Relacionamento com estranhos" corresponde ao item 4.1: Lidar com pessoas que você não conhece.

Domínio 5, Atividades de Vida: Avalia dificuldades com as atividades do dia a dia, isto é, aquelas que as pessoas fazem na maioria dos dias, incluindo as associadas com as responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola. O item 5.8 "Capacidade de concluir o seu trabalho *tão rápido* quanto necessário" tem correspondência com os itens da CIF "d850 Trabalho remunerado; d830 Educação de nível superior; d825 Formação profissional; d820 Educação escolar; d210 Realizar uma única tarefa; d220 Realizar tarefas múltiplas".

Domínio 6, Participação: Avalia as dimensões sociais, tais como as atividades comunitárias, barreiras e obstáculos no mundo em torno do indivíduo, e problemas com outras questões, tais como manutenção da dignidade pessoal. As questões não necessariamente referem-se apenas à CIF e seus componentes de participação, mas também incluem diversos contextos (pessoal e ambiental) e fatores afetados pelo estado de saúde do entrevistado. A questão 6.4 "Quanto *tempo* você gastou com seu problema de saúde, ou suas consequências?" não apresenta correspondência com a CIF, pois é uma questão que avalia o impacto sofrido com o problema de saúde.

Fonte: Silveira et al. (2013).

O questionário WHO-DAS 2.0 mensura o nível de funcionalidade considerando seis domínios de vida (cognição, mobilidade, autocuidado, convivência com as pessoas, atividades de vida e participação na sociedade). As questões para cada domínio são respondidas indicando o nível de dificuldade, numa escala de *Likert* – 0 (zero) a 5 (cinco), onde 0 (zero) corresponde

a nenhuma dificuldade e 5 (cinco) corresponde a uma dificuldade extrema (não é possível fazê-la), no desempenho ou participação em atividades, considerando o período relativo aos últimos 30 dias, a pontuação final do WHO-DAS 2.0 é baseado em uma métrica variando de 0 a 100 (onde 0 = nenhuma deficiência; 100 = deficiência completa) (WHO, 2010).

O *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-BREF) avalia a Qualidade de Vida – QV, este analisa fatores mais subjetivos do sujeito relacionados à sua vida. O WHOQOL – Bref mensura a percepção dos indivíduos a respeito de sua QV, baseia-se nos pressupostos de que QV é um construto subjetivo multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. Os itens do *WHOQOL – Bref* são pontuados em uma escala de *Likert* (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a QV) (FLECK, et. al, 2000; WITTMANN-VIEIRA; GOLDIM, 2012). O *WHOQOL – Bref* foi validado no Brasil em 2000 por Fleck *et al*, conta com 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o questionário original (FLECK, et. al, 2000). A estrutura do *WHOQOL – Bref* é constituída por quatro domínios apresentados no Quadro 14.

Quadro 14 – Domínios do WHOQOL – BREF e suas Facetas.

Domínios	Facetas
Físicos	Dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, mobilidade, capacidade de trabalho.
Psicológicos	Sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião, crenças pessoais.
Relações Sociais	Relações pessoais, suporte/apoio social, atividade sexual.
Meio Ambientais	Segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais/disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (quanto à poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte.

Fonte: Fleck, et. al., (2000); Wittmann-Vieira; Goldim, (2012).

Para a coleta de dados com os Grupos 2 (trabalhadores sem deficiência) 3 (gestores) e 4 (trabalhador de órgão legal) utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, específicas para cada grupo, organizadas especialmente para este estudo. A entrevista semiestruturada do Grupo 2, levantou dados sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, escolaridade e ocupação/profissão), e questões relacionadas a ter familiares e colegas de trabalho com deficiência, recepção e inclusão deste no setor, alterações no ambiente de trabalho após a inclusão de um trabalhador com deficiência no setor e se o trabalhador com deficiência já participou de algum movimento social que discutisse questões relacionadas as pessoas com deficiência (APÊNDICE E).

A entrevista do Grupo 3 levantou dados sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, escolaridade, formação profissional e ocupação/profissão), se teve durante a formação profissional alguma discussão relacionada a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, se tem familiares com deficiência, grau de parentesco, contato regular/cotidiano com pessoas com deficiência, sobre a recepção do trabalhador com deficiência no mercado de trabalho, as adaptações no ambiente de trabalho, percepções sobre o processo de inclusão para a Empresa/Instituição, se foi observado resistência e/ou atos de discriminação dos demais trabalhadores com a chegada de um trabalhador com deficiência, se percebeu-se mudanças no ambiente de trabalho após a inclusão, se a Empresa/Instituição disponibiliza aos empregadores/gestores/supervisores algum curso ou capacitação sobre a inclusão de trabalhadores no mercado de trabalho, se a inclusão traz contribuições para a Empresa/Instituição e se o empregadores/gestores/supervisores já participou de algum movimento social que discutisse questões relacionadas as pessoas com deficiência (APÊNDICE F).

A entrevista semiestruturada elaborada para o trabalhador de órgão legal buscou levantar informações sobre as ações realizadas por este órgão junto aos trabalhadores com deficiência e as Empresas/Instituições do município, como ocorre a fiscalização das Empresas/Instituições que tem em seu quadro de funcionários trabalhadores com deficiência, quais as ações do órgão em casos de denúncias (APÊNDICE G).

3.7 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram armazenados no *Microsoft Office Excel 2010* e a análise foi processada no *Software Statistica 9.1*. Foram realizadas análises descritivas de média e de frequência (percentual); o teste de comparação Kruskal Wallis e o teste de associação Qui-Quadrado também foram usados; ressalta-se que em todas as análises o nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$).

Os dados qualitativos, obtidos a partir das entrevistas semiestruturadas, foram transcritos de forma literal para garantir a fidedignidade dos dados e categorizados seguindo as questões da entrevista. Realizou-se Análise por Triangulação de Métodos. Neste tipo de análise os dados qualitativos são organizados a partir de dois momentos. No primeiro - processo interpretativo – realiza-se “uma valorização fenomênica e técnica dos dados primários, em si mesmos e à exaustão.” No segundo movimento – analítico - as narrativas orais são “contextualizadas, criticadas, comparadas e trianguladas” (GOMES *et al.*, 2010, p. 185).

A triangulação pode combinar métodos de análise (métodos qualitativos e quantitativos, por exemplo) e fontes de coleta de dados (entrevistas, questionários, observação e notas de campo, documentos, além de outras), assim como diferentes métodos de análise dos dados (análise de conteúdo, análise de discurso, métodos e técnicas estatísticas descritivas e/ou inferenciais, etc) (MINAYO, 2005). Esta tem como objetivo contribuir não apenas para o exame do fenômeno sob o olhar de múltiplas perspectivas, mas também enriquecer a compreensão dos pesquisadores e leitores. O método de triangulação possibilita olhar para o mesmo fenômeno, ou questão de pesquisa, a partir de mais de uma fonte de dados. Limita os vieses pessoais e metodológicos e aumenta a generalização de um estudo (DECROP, 2004).

Para melhor organizar os dados referentes às ocupações dos trabalhadores abordados, estas foram estabelecidas em 14 categorias, a saber: : 1) administrativo (assistentes e técnicos administrativos, chefes e subchefes), 2) cobrador, 3) manutenção de veículos (borracheiro, eletricista, lavador de veículos, auxiliar em elétrica), 4) armazenador (auxiliar de almoxarifado, estoquista, auxiliar de biblioteca), 5) recepcionista (telefonista, atendente, portaria), 6) educação (professores, auxiliar de sala, técnico de informática, diretor, auxiliar de coordenação, assessor pedagógico, técnico em laboratório de ensino prático, monitor educacional, professor de apoio), 7) saúde (enfermeiro, médico, nutricionista, técnico em enfermagem, assistente social, coordenador de serviço, atendente de farmácia hospitalar), 8) indústria metalúrgica (soldador, torneiro, planejamento coordenador de produção), 9) indústria alimentícia (auxiliar de indústria), 10) manutenção de espaços (auxiliar de limpeza, serviços gerais, auxiliar de manutenção), 11) comércio (vendedor, empacotador, auxiliar operacional), 12) indústria gráfica (auxiliar de encadernação e de coladeira, guilhotinista e encadernador), 13) informática (assistente de laboratório e analista de suporte) e 14) comunicação (jornalista).

4. RESULTADOS

4.1 Identificação do Cenário do Estudo

Santa Maria teve seu início a partir da Comissão de Demarcação de Limites na América Meridional enviadas por Portugal e Espanha, em 1777, quando firmado o Tratado Preliminar de Restituições Recíprocas (FLÔRES, 2007). Em 27 de julho de 1812, Santa Maria conquistou a sua emancipação (SILVA, 2014).

No ano de 1885, chega à Santa Maria a primeira linha férrea, ligando a capital do Estado (Porto Alegre, RS) à região central. Em 1898, a administração da Rede Ferroviária Rio-Grandense é cedida a *Compagnie Auxiliare dès Chemis de Fèr Du Brèsil*, da Bélgica (FLÔRES, 2007; FOLETTTO, 2008; PADOIN, 2010). Em 1959, a administração da ferrovia passou para o Governo Federal e, neste período, iniciou-se a desativação do transporte de passageiros, iniciando-se o declínio da malha ferroviária e a precarização da manutenção das linhas, especialmente pela competição com o transporte rodoviário (RECHIA, 1999).

Mesmo diante do declínio do transporte ferroviário, a população continuou crescendo, impulsionada por novos empreendimentos e por sua localização geográfica. Santa Maria possui o maior entroncamento rodoviário do Sul do Brasil, com rodovias que a ligam a todas as regiões do Rio Grande do Sul (RS) e do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). A população total do município, em 2018, era de 280.505 habitantes (IBGE, 2018); residem na área urbana 95,14% dos habitantes e 4,86% residem na área rural (IBGE, 2010).

A População Economicamente Ativa (PEA)¹⁷ do município, ao final do ano de 2010, era de 157.269 pessoas, sendo 51,42% homens e 48,58% mulheres. Destaca-se que esta população representava cerca de 2,4% da PEA total do estado do RS (IBGE, 2011). No que se refere à população com deficiência, o município de Santa Maria tinha um total de 36.516 pessoas em idade produtiva (entre 16 e 60 anos para o sexo feminino e entre 16 e 65 anos de idade para o sexo masculino) que declaram ter algum tipo de deficiência (IBGE, 2010).

¹⁷ A PEA compreende o potencial de mão-de-obra com que pode contar o setor produtivo. Ela é composta pelas pessoas de 10 a 65 anos de idade que foram classificadas como ocupadas ou desocupadas na semana de referência da pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ressalta-se que nesta contagem não se enquadram pessoas que, mesmo aposentadas pela idade, desenvolvem atividade profissional remunerada e também os Estudantes, pois considera-se que a profissão destes consiste em estudar, mesmo que façam estágios ou participem de outras atividades extracurriculares. Outro ponto importante a destacar-se é que no ano de 2011 houve uma alteração na idade considerada economicamente ativa, deste modo está passou de 10 anos ou mais para 15 anos ou mais. Segundo dados do IBGE, a mudança não interfere muito nos resultados apresentado anteriormente, porque as crianças de 10 a 14 anos não têm representatividade na força de trabalho brasileira (IBGE, 2011).

Quanto às atividades econômicas do município, têm-se que estão concentradas no setor terciário (prestação de serviços); em segundo lugar, aparece o setor primário (agropecuário) e, em terceiro, o setor secundário (indústrias de pequeno e médio porte). Segundo a Secretaria de Finanças do município, Santa Maria possuía, em 2012, aproximadamente 18.207 empresas em atividade nos três setores (ADSM, 2012). O município conta também com 3.630 profissionais autônomos e 121 Sociedades de Profissionais Liberais (SPL)¹⁸.

Santa Maria é um município polo do RS e tem na prestação de serviços, incluindo o comércio e o turismo, a sua principal fonte de geração de trabalho e renda. A produção agropecuária tem baixa participação na economia de Santa Maria; os principais produtos agrícolas são soja e o arroz. Os produtos pecuários são o gado de corte, aves, suínos e ovinos. A baixa produção agropecuária justifica-se pelo relevo com muita declividade (SCALABRIN, 2011). O setor industrial de Santa Maria é formado por, aproximadamente, 100 segmentos e 572 unidades de produção de pequeno e médio porte, sendo que 25 estão localizados no Distrito Industrial de Santa Maria (DISM) (ADSM, 2012).

Além dos setores citados anteriormente, Santa Maria foi o primeiro município do interior brasileiro a receber uma Universidade Federal – Universidade Federal de Santa Maria – UFSM -, que tem alavancado sua economia desde a década de 1960. A UFSM é um dos pilares econômicos do município (SILVA, 2014). Atualmente, conta com outras Instituições de Ensino Superior (IES) ligadas à pesquisa e inovação tecnológica (MEC, 2019); são 24 IES, somando-se as que oferecem cursos presenciais e à distância. Entre elas, destacam-se as públicas – UFSM e o Instituto Federal Farroupilha (IFF) – e as Instituições privadas – Universidade Franciscana (UFN), Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Faculdade de Direito de Santa Maria (FADISMA), Faculdade Metodista de Santa Maria (FAMES), Faculdade Palotina de Santa Maria (FAPAS) e Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).

Em relação ao ensino básico (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio), o município conta com um total de 157 Instituições de Ensino. Deste total, quatro são federais (Colégio Militar de Santa Maria, Colégio Politécnico da UFSM, Colégio Técnico Industrial de Santa Maira e a Unidade de Educação Infantil Ipê Amarelo), 41 estaduais (Colégio Tiradentes de Santa Maria é vinculado ao estado), 74 municipais e 56 particulares (ADSM, 2018).

Outro pilar econômico de Santa Maria é o contingente militar. A Guarnição do município é constituída por 19 organizações militares e 6 unidades do Esquadrão da Aeronáutica. O Efetivo é de 5694 militares da ativa, aos quais se somam um significativo

¹⁸ Entende-se por SPL as sociedades que têm como sócios os profissionais liberais vinculados a Conselhos Regionais de suas respectivas categorias.

número de integrantes da Reserva Encouraçada (militares na reserva e que permanecem no município). A Base Aérea de Santa Maria conta, atualmente, com um efetivo total de 1440 militares. O total de militares ativos no município é de 7134, representando 2,73% da população do município (ADSM, 2012).

Santa Maria, também, é um município de referência em saúde da região central do estado; diariamente circulam pessoas de diversas regiões em busca de algum tipo de tratamento. O Hospital Universitário (HUSM) é o principal destino de tais pessoas. Além do HUSM, existem oito hospitais gerais: Hospital de Geral do Exército de Santa Maria (HGeSM), Hospital Casa de Saúde, Hospital da Base Aérea de Santa Maria, Hospital da Brigada Militar de Santa Maria, Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HCAA), Hospital São Francisco de Assis e o Hospital Regional de Santa Maira (inaugurado em 06 de julho de 2018 e encontra-se apenas com um ambulatório em funcionamento).

Outros serviços de atenção à saúde podem ser destacados. Destacam-se, especialmente, os que atendem pessoas com deficiência do município de Santa Maria: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que tornou-se um Centro de Especialidades em Reabilitação II (CER II – atendendo pessoas com deficiência física e intelectual) e uma Escola filantrópica – Antônio Francisco Lisboa – que também disponibiliza acompanhamento clínico terapêuticos (Pediatria, Psiquiatria, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), além do ensino fundamental e educação profissional a pessoas com deficiências físicas, intelectual, auditiva, visual e múltiplas. Há ainda a Escola Estadual de Educação Especial Doutor Reinaldo Fernando Coser dedicada a pessoas com deficiência auditiva e múltiplas (surdo-cegueira). Além destes, Santa Maria conta com serviços municipais (Fisioterapia e Fonoaudiologia), complementados pelos acompanhamentos prestados nas IES que contam com graduação em Fisioterapia (UFSM, ULBRA e UFN), em Terapia Ocupacional (UFSM e UFN) e em Fonoaudiologia (UFSM).

A partir dos dados oficiais – disponibilizados pela Agência de Desenvolvimento do Município de Santa Maria (ADESM – 2017 última atualização) e pela Câmara de Dirigentes Lojistas (CDL – 2016 atualização por ocasião do início da coleta de dados) – constatou-se a existência de 1145 Empresas/Instituições formais de postos de trabalho no município, as quais estão descritas na Tabela 1. Constatou-se que a atividade econômica predominante no município é o comércio com um total de 677 (59,01%) estabelecimentos de natureza diversificada (lojas de vestuário e acessórios, produtos alimentícios, de peças – automóveis e motocicletas, de acessórios e presentes, de materiais de construção, entre outras). Destacam-se, ainda, as atividades de Ensino com 200 (17,81%) instituições. Nesta categoria apresentam-se

as Instituições de Ensino municipais (Educação Infantil, Ensino Fundamental, Educação Especial, Educação de Jovens e Adultos – EJA e Atividades Complementares – AEE), estaduais (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio), privadas (educação infantil, ensino fundamental, médio, superior e cursos profissionalizantes privadas) e federais (Educação Infantil, Ensino Fundamental, Médio e Superior).

A prestação de serviço, também é uma atividade econômica importante no município com um total de 123 (10,65%) Empresas/Instituições. As atividades desenvolvidas neste ramo estão relacionadas a administração de condomínios e locação de imóveis, serviços de acessória (jurídica, de informática e de limpeza), cursos (idiomas, preparatórios para o Exame Nacional do Ensino Médio, para concursos, por exemplo), serviços de manutenção de equipamentos eletroeletrônicos, serviços de construção civil, entre outros.

Os serviços de assistência à saúde foram 63 (5,48%); dentre eles, os serviços municipais (Atenção Primária e Secundária), as clínicas de diagnóstico (laboratórios e imagem), os hospitais (privados, militares e públicos), os serviços de saúde privados, inclusive, de medicina do trabalho.

O setor industrial do município conta com 37 (3,15%) Empresas (alimentícias, metalúrgicas, fabricação de utensílios de aço inox e de peças e implementos agrícolas, produção de embalagem, indústria gráfica e tecnológica, de móveis, de transformadores, de pisos e tijolos, de produtos de limpeza, de irrigação, de processamento de cimento, funilaria, serralheria e carroceria). Quanto às empresas de turismo, recreação e lazer, foram encontradas 18 (1,56%) – a maioria, clubes e sociedades desportivas. Também foram identificadas 10 (0,86%) empresas de transporte coletivo (municipal, intermunicipal e interestadual e de turismo). As empresas financeiras totalizaram 10 (0,86%) – entre privadas e públicas – e, ainda, foram encontrados sete (0,60%) órgãos públicos (federais, estaduais e municipais,) diferentes dos já referidos.

Tabela 1 – Caracterização das Empresas/Postos de Trabalho do município a partir de dados da CDL e da ADESM (n=1145).

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Setor de Comércio		
Vestuário, acessórios e calçados	149	12,95
Produtos alimentícios	62	5,39
Peças – automóveis e motocicletas	45	3,91
Informática e materiais eletrônicos	35	3,03
Acessórios e presentes	30	2,61
Óticas, joalherias, relojoarias	25	2,17
Concessionária/Revenda de automóveis e motocicletas	21	1,82
Materiais de construção	21	1,82
Ferragens	20	1,71
Moveis sob medida	19	1,65
Oficinas mecânicas	17	1,47

Varejo de produtos sem identificação ¹	16	1,39
Materiais hospitalares e odontológicos	15	1,31
Farmácias e Redes de Farmácia	14	1,21
Agropecuárias	14	1,21
Móveis e Eletrodomésticos	11	0,95
Implementos agrícolas	11	0,95
Distribuidoras de combustível	11	0,95
Produtos – químicos, limpeza e defensivos agrícolas	11	0,95
Estúdios fotográficos e formaturas	10	0,87
Vidros e Molduras	9	0,78
Madeireiras	8	0,69
Perfumaria e/ou cosméticos	8	0,69
Cerâmicas e pedras	7	0,60
Comércio e representação ¹	7	0,60
Cama, Mesa e banho	6	0,52
Estabelecimento de beleza (salões e estéticas)	6	0,52
Embalagem	6	0,52
Papelarias e livrarias	6	0,52
Equipamentos de Proteção Individual	5	0,43
Xerox e gráficas	5	0,43
Armarinhos	4	0,34
Locadoras de carro	4	0,34
Artigos militares	4	0,34
Aço e inox	4	0,34
Estofaria	4	0,34
Locadoras de vídeo	4	0,34
Academias	3	0,26
Brinquedos	3	0,26
Colchões	3	0,26
Floricultura	3	0,26
Funerária	3	0,26
Locação de equipamentos de construção	2	0,17
Purificador de água	2	0,17
Aquecimento Solar	2	0,17
Material hidráulico	1	0,08
Aviação	1	0,08
Total	677	59,01
Setor de Ensino		
Instituições de Ensino Municipais		
Educação Infantil + Ensino Fundamental + AEE	18	1,75
Educação Infantil	15	1,30
Ensino Fundamental + AEE	15	1,31
Educação Infantil + Ensino Fundamental + EJA + AEE	9	0,78
Educação Infantil + AEE	5	0,43
Ensino Fundamental + EJA + AEE	5	0,43
Educação Infantil + Ensino Fundamental	4	0,34
AEE	1	0,08
EJA + AEE	1	0,08
Instituições de Ensino Estaduais		
Ensino Fundamental + Ensino Médio + EJA + AEE	9	0,78
Ensino Fundamental + Ensino Médio + AEE	5	0,43
Ensino Fundamental + AEE	5	0,43
Ensino Fundamental + EJA + AEE	5	0,43
Ensino Médio + AEE	3	0,26
Educação Infantil + Ensino Fundamental + EJA + AEE	2	0,17
Educação Infantil + Ensino Fundamental + AEE	2	0,17
Ensino Fundamental + Ensino Médio + EJA	2	0,17
EJA	2	0,17
Educação Infantil + Ensino Fundamental + EJA	1	0,08

Ensino Fundamental + Ensino Médio + Educação Especial + EJA + AEE	1	0,08
Ensino Médio + EJA + AEE	1	0,08
Ensino Médio	1	0,08
Ensino Fundamental + EJA	1	0,08
Ensino Fundamental	1	0,08
Instituições de Ensino Privadas		
Educação Infantil	29	2,52
Ensino Superior	23	2,08
Educação Infantil + Ensino Fundamental + Médio	20	1,74
Cursos profissionalizantes	6	0,52
Instituições de Ensino Federais		
Ensino Médio	2	0,17
Ensino Médio Profissionalizantes	2	0,17
Educação Infantil	1	0,08
Ensino Superior	1	0,08
Ensino Fundamental + Médio	1	0,08
Total	200	17,81
Setor de Prestação de Serviços		
Administração de condomínios e locação de imóveis	63	5,48
Acessória	18	1,56
Cursos de idiomas e preparatórios	12	1,04
Manutenção de eletrônicos	8	0,69
Construção	8	0,69
Transporte	3	0,26
Dedetização	2	0,17
Recolhimento de entulho	2	0,17
Vigilância	2	0,17
Centro de formação de condutores	2	0,17
Tele moto	1	0,08
Jardinagem	1	0,08
<i>Ot door</i>	1	0,08
Total	123	10,65
Setor de Saúde		
Serviços Municipais de Saúde – Atenção Primária	36	3,14
Clínicas de diagnóstico (laboratórios e imagens)	8	0,69
Serviços Municipal de Saúde – Atenção Secundária	7	0,61
Hospitais Privados	3	0,26
Hospitais Militares	3	0,26
Serviço de Saúde Privado	3	0,26
Hospitais Públicos	2	0,17
Medicina do Trabalho	1	0,08
Total	63	5,48
Setor Industrial		
Alimentos	7	0,60
Metalúrgicas	6	0,52
Embalagens	4	0,34
Utensílios de aço inox	3	0,26
Peças de implementos agrícolas	3	0,26
Gráfica	3	0,26
Tecnologia de informática e aquecimento solar	2	0,17
Móveis	2	0,17
Transformadores	1	0,08
Funilaria e Serralheria	1	0,08
Pisos e Tijolos	1	0,08
Carroceiras	1	0,08
Produtos de limpeza	1	0,08
Produtos de irrigação	1	0,08
Processamento de Cimento	1	0,08
Total	37	3,15

Setor de Turismo, Recreação e Lazer		
Recreação e lazer	9	0,78
Hotéis e Pousadas	6	0,52
Turismo	2	0,17
Motéis	1	0,08
Total	18	1,56
Setor de Transporte Coletivo		
Transporte coletivo municipal	6	0,52
Transporte coletivo intermunicipal e interestadual	4	0,34
Total	10	0,87
Setor Financeiro		
Privado	7	0,60
Público	3	0,26
Total	10	0,87
Setor – Órgãos Públicos		
Federais	3	0,26
Estaduais	3	0,26
Municipais	1	0,08
Total	7	0,60
Total – Setores	1145	100

Legenda: ¹ Tais empresas não apresentam identificação do produto comercializado, aparecendo a razão social.

Legenda: AEE: Atividades Complementares; EJA: Educação de Jovens e Adultos.

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados, os dados foram apresentados em n (percentual).

4.1.1 Identificação das Empresas/Instituições e Demais Participantes deste Estudo

Do total das Empresas/Instituições, 1081 não contavam com trabalhadores com deficiência; 64 tinham em seus quadros trabalhadores com deficiência e, por isso, foram contatadas, sendo que 51 participaram do estudo. Das 13 que se recusaram a participar, cinco foram respaldadas pelo Estatuto da Empresa (existência de cláusulas que as impediam de se envolverem em atividades de pesquisas acadêmicas); cinco pelo motivo de não quererem se envolver com pesquisas (apesar de não haver restrição em seu estatuto, mas por experiências negativas no passado, sobretudo, por exposição externa dos dados obtidos), uma recusou-se justificando insegurança legal para aderir e que, por isso, não gostaria de expor os seus trabalhadores e duas não receberam a pesquisadora, mesmo com agendamentos prévios.

Nas Empresas/Instituições participantes, levantou-se o quantitativo de 231 trabalhadores com deficiência, dos quais 192 participaram deste estudo. Ressalta-se que um dos trabalhadores mantinha vínculo empregatícios com duas instituições (uma do setor público e uma do privado), este foi considerado apenas uma vez. Dos 39 que não aderiram ao estudo 17 não justificaram a sua não adesão, 12 estavam afastados do posto de trabalho por ocasião do período de coleta de dados (tentativas em momentos diferentes não foram bem sucedidas, visto que os trabalhadores não retornaram), seis disseram não sentirem confortáveis em falar sobre o assunto e quatro relataram que não se consideravam deficientes (apesar de o serem identificados pelos gestores e ocuparem uma vaga de pessoa com deficiência).

Quanto aos trabalhadores sem deficiência, a amostra também correspondeu a 192; a de gestores contou com 77 e a do órgão legal com um sujeito (único diretamente envolvido com a questão abordada neste estudo). Os resultados referentes às Empresas/Instituições e seus trabalhadores com deficiência serão apresentados a seguir, entre os Quadros 15 e 23. Já os dados referentes aos gestores e trabalhadores sem deficiência (vinculados ou não aos trabalhadores com deficiência), serão apresentados nos Quadros 24 a 25 e Quadros 26 a 32 respectivamente.

4.1.1.1 Sobre os Trabalhadores com Deficiência deste Estudo

No Quadro 15 estão apresentados os dados referentes às IES e aos seus respectivos trabalhadores com deficiência.

Quadro 15 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor de Educação – Instituições de Ensino Superior – IES (IES – n=5, Trabalhadores com deficiência – n=59).

Empresas/ Instituições	Trabalhador com deficiência					
	Total	Participantes	Nº	Classificação	Nº	Setores
IES1	32	28	20	Física	6	Recepção/Portaria
					4	Biblioteca
					3	Sala de aula
					3	Laboratório de Informática
					2	Manutenção
					1	Administração Central
					1	Laboratório de Ensino Prático
			6	Visual	2	Administração Setorial
					2	Recepção/Portaria
					1	Laboratório de Informática
					1	Biblioteca
			2	Auditiva	2	Laboratório de Ensino Prático
			IES2	31	28	18
5	Administração Central					
3	Laboratório de Ensino Prático					
2	Biblioteca					
8	Visual	4				Administração Setorial
		3				Administração Central
		1				Setor de Comunicação
2	Auditiva	1				Sala de aula
		1				Administração Setorial
IES3	3	0	-	-	-	-
IES4	2	2	1	Auditiva	1	Biblioteca
			1	Física	1	Administrativo
IES5	1	1	1	Auditiva	1	Secretaria

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

IEB8	1	1	1	Visual	1	Sala de aula
IEB9	1	1	1	Auditiva	1	Sala de aula
IEB10	1	1	1	Visual	1	Manutenção
IEB11	1	1	1	Auditiva	1	Cozinha/Refeitório
IEB12	1	1	1	Física	1	Cozinha/Refeitório
IEB13	1	1	1	Física	1	Sala de aula
IEB14	1	1	1	Visual	1	Sala de aula
IEB15	1	1	1	Visual	1	Sala de aula
IEB16	1	1	1	Auditiva	1	Sala de aula
IEB17	1	1	1	Visual	1	Sala de aula
IEB18	1	0	-	-	-	-

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

A IEB1 tinha 10 trabalhadores com deficiência (correspondendo a 0,5% do total de trabalhadores sem deficiência), esta instituição faz parte de uma sociedade onde todas tem a mesma razão social e para melhor organizar o processo de inclusão está concentra todos os trabalhadores com deficiência em uma única instituição. Nesta instituição não houve a adesão de nenhum trabalhador com deficiência, deste modo, a entrevista foi realizada apenas com os gestores, sendo este o vice-diretor/a da instituição.

A IEB2 conta com seis trabalhadores com deficiência, (correspondendo a 15% do total de trabalhadores sem deficiência). Ressalta-se que a instituição que coordena todas as escolas estaduais do município e região tem um total de 3.934 trabalhadores sem deficiência. Os seis trabalhadores com deficiência aderiram ao estudo, estes trabalham em uma escola especializada em atendimento a pessoas com deficiências auditivas, um destes também trabalha em uma escola regular do mesmo município.

Na IEB3 conta com seis trabalhadores com deficiência (correspondendo a 4% do total de trabalhadores sem deficiência), ressalta-se que esta faz parte de uma rede de instituições de ensino, esta conta com dois colégios no município e, também, tem instituições em outros municípios. Cinco trabalhadores com deficiência aderiram ao estudo, um dos trabalhadores com deficiência também trabalha em uma escola da rede municipal de ensino, sendo assim, este não foi contabilizado nesta instituição.

Na IEB4 encontrou-se seis trabalhadores com deficiência (correspondendo a 2,3% do total de trabalhadores sem deficiência), dos seis trabalhadores com deficiência, participaram quatro. A IEB5 conta com dois trabalhadores com deficiência (correspondendo a 6% do total de trabalhadores sem deficiência).

A IEB6 tem um trabalhador com deficiência (correspondendo a 0,9% do total de trabalhadores sem deficiência). O trabalhador aceitou participar do estudo. A IEB7 conta com um trabalhador com deficiência, que representa 1,2 do total de trabalhadores sem deficiência.

A IEB8 tem um trabalhador com deficiência (correspondendo a 3,8% do total de trabalhadores sem deficiência). Participaram um/a diretor e um trabalhador sem deficiência que não mantém contato com o trabalhador com deficiência. A IEB9 conta com um trabalhador com deficiência (correspondendo a 2,9% do total de trabalhadores sem deficiência). Na IEB10 encontrou-se um trabalhador com deficiência (correspondendo a 4% do total de trabalhadores sem deficiência).

Na IEB11 encontrou-se um trabalhador com deficiência (correspondendo a 5,2% do total de trabalhadores sem deficiência). A IEB12 tem um trabalhador com deficiência (correspondendo a 7,1% do total de trabalhadores sem deficiência). A IEB13 tem um trabalhador com deficiência (correspondendo a 3,8% do total de trabalhadores sem deficiência).

A IEB14 tem um trabalhador com deficiência (correspondendo a 7,1% do total de trabalhadores sem deficiência). Na IEB15 foi encontrado um trabalhador com deficiência e seis trabalhadores sem deficiência (correspondendo a 5,2% do total de trabalhadores sem deficiência). A IEB16 conta com um trabalhador com deficiência (correspondendo a 5,2% do total de trabalhadores sem deficiência). Na IEB17 tem um trabalhador com deficiência (correspondendo a 2,9% do total de trabalhadores sem deficiência). Na IEB18 tem um trabalhador com deficiência (correspondendo a 3,8% do total de trabalhadores sem deficiência), ressalta-se que este não aceitou participar do estudo e devido a negativa do trabalhador o/a gestor/a deste também não aderiu a pesquisa.

Das três IETP, participantes deste estudo, duas eram públicas e uma privada; neste grupo houve a participação de quatro trabalhadores com deficiência (Quadro 17).

Quadro 17 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor de Educação – Instituições de Ensino Técnico e Profissionalizantes (IETP) e de Instituição de Formação Religiosa (IFR) (IETP – n=3, IFR – n=1, Trabalhadores com Deficiência – n=4).

Empresas/ Instituições	Trabalhador com deficiência					
	Total	Participantes	Nº	Classificação	Nº	Setores
IETP1	1	1	1	Física	1	Secretaria
IETP2	1	1	1	Física	1	Secretaria
IETP3	1	1	1	Visual	1	Sala de aula
IFR	1	1	1	Física	1	Recepção/Portaria

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

A IETP1 conta com um trabalhador com deficiência (correspondendo a 0,8% do total de trabalhadores sem deficiência). A IETP2 também conta com apenas um trabalhador com deficiência (correspondendo a 0,6% do total de trabalhadores sem deficiência). Na IETP3 encontrou-se um trabalhador com deficiência (correspondendo a um total de 1,7% dos

trabalhadores sem deficiência). Na IFR encontrou-se um trabalhador com deficiência (correspondendo a 12,5% do total trabalhadores sem deficiência).

Do conjunto das empresas de Comércio, participaram deste estudo, apenas quatro, totalizando 16 trabalhadores com deficiência, como apresentado no Quadro 18.

Quadro 18 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor do Comércio (C) (Comércio – n=4, Trabalhadores com deficiência – n=16).

Empresas/ Instituições	Trabalhador com deficiência					
	Total	Participantes	Nº	Classificação	Nº	Setores
C1	7	7	6	Intelectual	6	Loja/pacote
			1	Física	1	Administrativo
C2	7	6	3	Física	2	Loja/atendente
					1	Estoque
			2	Visual	1	Administrativo
					1	Estoque
		1	Intelectual	1	Loja/pacote	
C3	2	2	1	Física	1	Loja/atendente
			1	Intelectual	1	Administrativo
C4	1	1	1	Física	1	Administrativo

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

O C1 conta com sete trabalhadores com deficiência (correspondendo a 3,9% do total de trabalhadores sem deficiência). Todos os trabalhadores com deficiência desta empresa participaram do estudo. Este faz parte de uma rede, e no momento em que a pesquisa foi realizada tinha mais três vagas aberta em seus estabelecimentos. No C2 encontraram-se sete trabalhadores com deficiência (correspondendo a 2,7% do total de trabalhadores sem deficiência) no município; participaram do estudo seis trabalhadores com deficiência.

O C3 tem dois trabalhadores com deficiência (correspondendo a 9% do total de trabalhadores sem deficiência), os trabalhadores com deficiência aderiram ao estudo. O C4 tem um trabalhador com deficiência (correspondendo a 6,6% do total de trabalhadores sem deficiência). Ressalta-se que C3 e C4 fazem parte de redes de comércio espalhada por todo Rio Grande do Sul.

Duas Empresas de Transporte (ET) participaram deste estudo e um total de 23 trabalhadores com deficiência (Quadro 19).

Quadro 19 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor de Transporte (ET) (Empresas de Transporte – n=2, Trabalhadores com Deficiência – n =23).

Empresas/ Instituições	Trabalhador com deficiência					
	Total	Participantes	Nº	Classificação	Nº	Setores
ET1	24	23	13	Física	9	Tráfego/Cobrador
					2	Oficina
					1	Administrativo
					1	Contabilidade
			6	Visual	3	Tráfego/Cobrador
					2	Tráfego/Fiscalização
					1	Oficina
			4	Auditiva	2	Tráfego/Cobrador
					1	Financeiro
					1	Oficina
ET2	1	0	-	-	-	-

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

A ET1 conta com 24 trabalhadores com deficiência, (correspondendo a 4,3% do total dos trabalhadores sem deficiência), 23 trabalhadores com deficiência aderiam ao estudo. A ET2 tem um trabalhador com deficiência, (correspondendo a 0,6% do total de trabalhadores sem deficiência).

Em relação aos serviços de saúde, participaram sete instituições, sendo três Hospitais (H) – dois públicos e um privado –, uma Empresa de Administração em Saúde (EAS) e três Serviços de Saúde (SS) públicos; totalizando-se a participação de 28 trabalhadores com deficiência (Quadro 20).

Quadro 20 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor de Saúde – Hospitais (H), Empresa de Administração em Saúde (EAS) e Serviços de Saúde (SS) (Hospitais – n=3, Serviços de Saúde – n=3, Trabalhadores com Deficiência – n=28).

Empresas/ Instituições	Trabalhador com deficiência					
	Total	Participantes	Nº	Classificação	Nº	Setores
H1	16	14	9	Física	4	Recepção/Portaria
					2	Farmácia
					1	Administrativo
					1	Pronto Atendimento
					1	Manutenção
			3	Auditiva	2	Administrativo
					1	Enfermaria
			2	Visual	1	Administrativo
1	Farmácia					
H2 + EAS	10	10	5	Física	2	Administrativo
					1	Recepção/Portaria
					1	Medicina Ocupacional
					1	Enfermaria
			4	Visual	2	Pronto Atendimento

					2	Enfermaria
			1	Auditiva	1	Pronto Atendimento
H3	2	1	1	Física	1	Farmácia
SS1	1	1	1	Física	1	Secretaria
SS2	1	1	1	Visual	1	Pronto Atendimento
SS3	1	1	1	Visual	1	Administrativo

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

O H1 conta com 16 trabalhadores com deficiência (correspondendo a 4,2% do total de trabalhadores com deficiência); 14 trabalhadores com deficiência aderiram ao estudo. O H2 conta com cinco trabalhadores com deficiência (correspondendo a 0,5% do total de trabalhadores sem deficiência), este é administrado pela EAS, está conta com cinco trabalhadores com deficiência (correspondendo a 0,5% do total de trabalhadores sem deficiência da empresa). Houve a adesão de todos dos trabalhadores com deficiência em ambas as instituições. O H3 tem dois trabalhadores com deficiência (correspondendo a 1,1% do total de trabalhadores sem deficiência); apenas um dos trabalhadores com deficiência aderiu.

O SS1 conta com um trabalhador com deficiência (correspondendo a 10% do total de trabalhadores sem deficiência). No SS2 encontra-se um trabalhador com deficiência (correspondendo a 4,7% do total de trabalhadores sem deficiência). O SS3 conta com um trabalhador com deficiência (correspondendo a 0,7% do total de trabalhadores sem deficiência).

Participaram deste estudo cinco indústrias, sendo duas metalúrgicas, uma de material gráfico e duas produtos alimentícios e um total de 17 trabalhadores com deficiência (Quadro 21).

Quadro 21 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor Industrial (I) (Indústrias – n=5, Trabalhadores com Deficiência – n=17).

Empresas/ Instituições	Trabalhador com deficiência					
	Total	Participantes	Nº	Classificação	Nº	Setores
I1	5	5	3	Física	1	Montagem
					1	Almoxarifado
			2	Auditiva	2	Almoxarifado
					1	Usinagem
I2	4	4	3	Auditiva	1	Montagem
					1	Usinagem
					1	Almoxarifado
			1	Física	1	Montagem
I3	4	4	2	Auditiva	2	Acabamento de produção Gráfica
					2	Visual
			1	Produção		
I4	4	3	2	Física	1	Administrativo

					1	Administrativo
			1	Visual	1	Produção
I5	3	1	1	Física	1	Produção

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

A I1 conta cinco trabalhadores com deficiência (correspondendo a 2% do total de trabalhadores sem deficiência). Todos os trabalhadores com deficiência aderiram ao estudo. A I2 conta com quatro trabalhadores com deficiência (correspondendo a 1,9% do total de trabalhadores sem deficiência). Todos os trabalhadores com deficiência participaram do estudo. A I3 tem quatro trabalhadores com deficiência (correspondendo a 1,9% do total de trabalhadores sem deficiência). A I4 conta com quatro trabalhadores com deficiência (correspondendo a 1,8% do total de trabalhadores sem deficiência). Dos quatro trabalhadores com deficiência três aderiram ao estudo. A I5 tem três trabalhadores com deficiência, (correspondendo a 2,4% do total de trabalhadores sem deficiência). Apenas um trabalhador com deficiência aderiu ao estudo.

Este estudo contou com a participação de uma ERL, a qual contava com 11 trabalhadores com deficiência (correspondendo a 4,6% do total de trabalhadores sem deficiência); participaram do estudo 10 trabalhadores com deficiência (Quadro 22).

Quadro 22 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência do Setor de Recreação e Lazer (ERL) (Empresa de Recreação e Lazer – n=1, Trabalhadores com Deficiência – n=10).

Empresas/ Instituições	Trabalhador com deficiência					
	Total	Participantes	Nº	Classificação	Nº	Setores
ERL	11	10	7	Física	4	Manutenção
					2	Recepção/Portaria
					1	Secretaria
			1	Visual	1	Marcenaria
			1	Intelectual	1	Manutenção
			1	Deficiências Múltiplas	1	Recepção/Portaria

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Participaram deste estudo três órgãos públicos – dois estaduais e um municipal –, uma empresa financeira pública e uma instituição filantrópica (Quadro 23).

Quadro 23 – Distribuição dos Trabalhadores com Deficiência em Órgão Público Estadual (OPE), Órgão Público Municipal (OPM) Empresa Financeira Pública (EFP) e Instituição Filantrópica (IF) (OPE – n=2, OPM n=1, EF – n=1, IF – n=1, Trabalhadores com Deficiência – n=6).

Empresas/ Instituições	Trabalhador com deficiência					
	Total	Participantes	Nº	Classificação	Nº	Setores
OPE1	6	2	2	Auditiva	2	Administrativo
OPE2	1	1	1	Auditiva	1	Administrativo
OPM	2	1	1	Física	1	Administrativo
EF	1	1	1	Física	1	Atendimento
IF	1	1	1	Auditiva	1	Manutenção

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Nos OPE participaram um total de três trabalhadores com deficiência, sendo que no OPE1 encontraram-se seis trabalhadores com deficiência (correspondendo a 3% do total de trabalhadores sem deficiência). Dos seis participantes apenas dois aderiram ao estudo. O OPE2 conta com um trabalhador com deficiência (correspondendo a 1,5% do total de trabalhadores sem deficiência), este aderiu ao estudo. Na OPM encontraram-se dois trabalhadores com deficiência (correspondendo a 0,3% do total de trabalhadores sem deficiência), apenas um aderiu ao estudo. A IF participante conta com um trabalhador com deficiência (correspondendo a 1,6% do total de trabalhadores sem deficiência), este aderiu ao estudo.

4.1.1.2 Sobre os Gestores deste Estudo

Quanto aos gestores participantes deste estudo, obteve-se um total de 77, os quais estão descritos nos Quadros 24 a 25. Do tal de gestores, 23 gestores eram das IES, 16 das IEB, três das IETP e um da IFR (Quadro 24). Ressalta-se que o gestor das IES4 e IEB7 é o mesmo. Situação similar foi encontrada nas IEB2 e OPE2.

Quadro 24 – Distribuição dos Gestores do Setor de Ensino quanto a ocupação – Instituição de Ensino Superior (IES), Instituições de Ensino Básico (IEB), Instituições de Ensino Técnico e Profissionalizante (IETP), Instituição de Formação Religiosa (IFR) (IES – n=5, IEB – n=18, IETP – n=3, IFR – n=1, Gestores – n=43).

Setor	Nº	Ocupação
IES1	1	Chefe da divisão de pessoas
IES2	7	Chefes
	10	Coordenadores
	3	Diretores de divisão
IES4	1	Chefe da divisão de pessoas
IES5	1	Coordenador de setor
IEB1	1	Vice-diretor
IEB2	1	Gestor

IEB3	1	Diretor
IEB4	1	Vice-diretor
IEB5	1	Diretor
IEB6	1	Diretor
IEB7	1	Chefe da divisão de pessoas*
IEB8	1	Diretor
IEB9	1	Diretor
IEB10	1	Diretor
IEB11	1	Diretor
IEB12	1	Diretor
IEB13	1	Diretor
IEB14	1	Diretor
IEB15	1	Diretor
IEB16	1	Diretor
IEB17	1	Diretor
IEB18	0	-
IETP1	1	Chefe de Setor
IETP2	1	Chefe de Setor
IETP3	1	Diretor
IFR	1	Diretor

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

*Mesmo gestor da IES4.

No Setor do Comércio (C) participaram sete gestores; no C1 – um líder de setor; no C2 – quatro gerentes; no C3 e C4 – um gerente de cada estabelecimento. Já no Setor de Transporte participaram quatro gestores, sendo três da ET1 – um administrado/prorietário, um administrador e um chefe de oficina; na ET2 – um chefe da divisão de pessoas.

No setor da saúde participaram um total de 13 gestores, conforme apresentado no Quadro 25.

Quadro 25 – Distribuição dos Gestores do Setor da Saúde quanto a ocupação – Hospitais (H), Empresa de Administração em Saúde (EAS) e Serviços de Saúde (SS) (Hospitais – n=3, Serviços de Saúde – n=3, Gestores – n=13).

Setor	Nº	Ocupação
H1	1	Chefe da divisão de pessoas
	1	Responsável técnico
H2 + EAS	1	Responsável pelo setor de nutrição
	1	Responsável pelo setor hotelaria hospitalar
	2	Chefia de unidade
	1	Gestão de pessoas
	1	Gestor de setores administrativos
H3	1	Gestão de pessoas
	1	Responsável técnico
SS1	1	Coordenador de Serviço
SS2	1	Chefia de unidade
SS3	1	Coordenador de Serviço

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

No Setor Industrial participaram seis gestores; sendo um diretor; um líder de setor; um chefe de divisão de pessoas; dois superintendentes administrativos de pessoal e um coordenador de produção.

No setor de recreação e lazer houve a participação de um gerente. No OPE1 participou um responsável técnico. No OPE2 participou um gestor, sendo este o mesmo que representou a IEB2. No OPM participou um gestor. E na IF participou um diretor.

4.1.1.3 Sobre os Trabalhadores sem Deficiência deste Estudo

Participaram deste estudo, conforme já dito, 192 trabalhadores sem deficiência, os quais estão apresentados nos Quadros 26 a 32, de acordo com seus setores de trabalho e grau de convívio com os trabalhadores com deficiência. No Quadro 26, encontram-se os das IES.

Quadro 26 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com deficiência nas Instituições de Ensino Superior (IES) (IES – n=5, Trabalhadores sem Deficiência – n=59).

Empresas/Instituições	Total de Participantes	Contato	
IES1	28	15	Não
		7	Pouco
		4	Diário
IES2	28	26	Não
		2	Pouco
IES4	2	1	Diário
		1	Pouco
IES5	1	1	Pouco

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Pode-se observar que nas IES1 e 2 a maioria dos trabalhadores sem deficiência mantinha pouco ou nenhum contato com os trabalhadores com deficiência.

No Quadro 27, encontram-se os trabalhadores sem deficiência das IEB; a maioria dos participantes, assim como nas IES, referiu manter pouco ou nenhum contato com os trabalhadores com deficiência.

Quadro 27 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com deficiência das Instituições de Ensino Básico (IEB) (IEB – n= 18, Trabalhador sem Deficiência – n=29).

Empresas/Instituições	Total de Participantes	Contato	
IEB1	0	0	-
IEB2	6	6	Diário
IEB3	5	2	Diário

		3	Pouco
IEB4	4	2	Diário
		2	Pouco
IEB5	2	2	Pouco
IEB6	1	1	Diário
IEB7	1	1	Não
IEB8	1	1	Não
IEB9	1	1	Diário
IEB10	1	1	Pouco
IEB11	1	1	Não
IEB12	1	1	Pouco
IEB13	1	1	Pouco
IEB14	1	1	Não
IEB15	1	1	Pouco
IEB16	1	1	Pouco
IEB17	1	1	Não
IEB18	-	0	-

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

No Quadro 28, apresentam-se os trabalhadores sem deficiência das IETP, os quais também referiram manter pouco contato com os trabalhadores com deficiência. Já na IFR, o trabalhador sem deficiência referiu manter contato diário com o trabalhador com deficiência.

Quadro 28 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com deficiência do setor da educação – Instituições de Ensino Técnico e Profissionalizante (IETP), Instituição de Formação Religiosa (IFR) (IETP – n=3, IFR – n=1, Trabalhador sem Deficiência – n=4).

Empresas/Instituições	Total de Participantes	Contato	
IETP1	1	1	Pouco
IETP2	1	1	Pouco
IETP3	1	1	Pouco
IFR	1	1	Diário

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

No setor de Comércio, pode-se observar que os trabalhadores sem deficiência ressaltaram manter contato diário com os trabalhadores com deficiência (Quadro 29).

Quadro 29 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com deficiência do setor do Comércio (C) (Comércio – n=4, Trabalhadores sem Deficiência – n=16).

Empresas/Instituições	Total de Participantes	Contato	
C1	7	7	Diário
C2	6	6	Diário
C3	2	2	Diário
C4	1	1	Diário

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Na Empresa de Transporte participante (ET1), constatou-se equilíbrio quanto ao convívio dos trabalhadores sem deficiência com os com deficiência; dos 23 trabalhadores sem deficiência, 12 tinham convívio diário com trabalhadores com deficiência, sendo que destes 10 dividiam setor de trabalho.

No Quadro 30, estão apresentadas a situação relatada pelos trabalhadores sem deficiência no setor saúde. No H1 a maioria dos trabalhadores sem deficiência mencionou manter pouco contato com os trabalhadores com deficiência. Situação similar foi apresentada no H2+EAS. Já nos H3 e SS1, 2, 3 os trabalhadores participantes referiram manter contato diário com os trabalhadores com deficiência.

Figura 30 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com deficiência do setor da saúde – Hospitais (H), Empresa de Administração em Saúde (EAS) e Serviços de Saúde (SS) (Hospitais – n=3, Serviços de Saúde – n=3, Trabalhadores com Deficiência – n=28).

Empresas/Instituições	Total de Participantes	Contato	
H1	14	9	Pouco
		3	Não
		2	Diário
H2 + EAS	10	5	Pouco
		4	Diário
		1	Não
H3	1	1	Diário
SS1	1	1	Diário
SS2	1	1	Diário
SS3	1	1	Diário

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

No setor industrial, a maioria dos trabalhadores sem deficiência referiu manter pouco contato com os trabalhadores com deficiência, conforme indicado no Quadro 31.

Quadro 31 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com deficiência do setor industrial (I) (Indústrias – n=5, Trabalhadores com Deficiência – n=17).

Empresas/Instituições	Total de Participantes	Contato	
I1	5	3	Pouco
		2	Diário
I2	4	3	Pouco
		1	Não
I3	4	3	Pouco
		1	Diário
I4	3	2	Diário
		1	Pouco
I5	1	1	Pouco

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Na Empresa de Recreação e Lazer participante, com 10 trabalhadores sem deficiência, seis revelaram que mantinham contato diários com os trabalhadores com deficiência (quatro dividiam o mesmo setor. Os outros (quatro) mantinham pouco contato.

Quadro 32 – Contato dos trabalhadores sem deficiência com os trabalhadores com Deficiência de Órgão Público Estadual (OPE), Órgão Público Municipal (OPM) Empresa Financeira Pública (EFP) e Instituição Filantrópica (IF) (OPE – n=2, OPM n=1, EF – n=1, IF – n=1, Trabalhadores com Deficiência – n=6).

Empresas/Instituições	Total de Participantes	Contato	
OPE1	2	2	Não
OPE2	1	1	Pouco
OPM	1	1	Não
EF	1	1	Diário
IF	1	1	Diário

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

No OPE1, participaram dois trabalhadores sem deficiência que referiram não manter contato diário com os trabalhadores com deficiência. No OPE2 participou um trabalhador sem deficiência que referiu manter contato esporádico com o trabalhador com deficiência. No OPM foi convidado a participar um trabalhador sem deficiência, o qual referiu não manter contato com o trabalhador com deficiência, pois são de setores diferentes. Na EF participou um trabalhador sem deficiência que referiu manter contato direto com o trabalhador com deficiência. E na IF participou um trabalhador sem deficiência que mantém contato diário com o trabalhador com deficiência.

4.1.1.4 Formação dos Trabalhadores quanto à Inclusão de Pessoas com Deficiência

Das 51 empresas/instituições participantes, foram identificadas sete que disponibilizavam alguns espaços para informação, discussão ou capacitação sobre inclusão de trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho. A IES2 tem um setor ocupado em oferecer condições de acessibilidade para os acadêmicos e trabalhadores com deficiência da instituição. Tal setor organiza grupos de discussão e capacitações uma das temáticas abordadas é a inclusão no mercado de trabalho (ressalta-se que estas são abertas para toda a comunidade acadêmica e presta suporte aos gestores que contam com estes trabalhadores na sua equipe). A partir de março de 2018, a IES2 organizou uma equipe multiprofissional que conta com seis profissionais (educador especial, tradutor e intérprete de língua de sinais, médico, psicólogo, técnico em segurança do trabalho e terapeuta ocupacional) e que acompanha os trabalhadores

com deficiência que ingressam na instituição. Tal acompanhamento ocorre por um determinado período e a partir deste são emitidos pareceres sobre as condições de trabalho e as medidas necessárias para melhorá-las. A IES3 conta com um setor envolvido com o processo de inclusão dentro da instituição e tem estabelecido um programa de inclusão voltado para sua comunidade acadêmica e seus técnicos administrativos. Este setor organiza um fórum anual interno, quando são discutidos temas sobre acessibilidade e políticas das pessoas com deficiência.

Na IES5, foi e, regularmente é, ministrado um curso de Língua Brasileira de Sinais (Libras) e cultura surda; foi organizado por um setor interno ocupado com o processo de inclusão de acadêmicos e trabalhadores com deficiência. Ressalta-se que nesta instituição o trabalhador com deficiência participou da estruturação do curso e participa dele quando o curso é ofertado para os trabalhadores sem deficiência e gestores da instituição.

No que se refere ao Setor Comércio, identificou-se a disponibilidade de capacitações em dois estabelecimentos, ambos direcionados apenas para os gestores. O gestor do estabelecimento C3 ressaltou que é disponibilizado uma capacitação sobre inclusão de trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho na plataforma *on-line* da empresa (modalidade Educação a Distância). O gestor do estabelecimento C4 referiu que esta temática é abordada em capacitações de gestores da empresa e, também, na plataforma *on-line* da mesma.

A Empresa de Transporte participante deste estudo mantém um programa de inclusão com o objetivo de proporcionar às pessoas com deficiência e as reabilitadas condições dignas de trabalho em ambiente amigável, livre de preconceito e com apoio para o desenvolvimento do potencial do trabalhador com deficiência, ofertando condições iguais de oportunidades. As áreas de atuação do programa são: i) ambientação e treinamento de trabalhadores com deficiência; ii) acessibilidade (analisar e fazer sugestões de melhoria de acessos da empresa e carros); iii) captação e retenção de mão-de-obra de pessoas com deficiência e reabilitados (buscar parcerias instituições para captação de trabalhadores com deficiência e criar condições ambientais, tanto física quanto psicológicas, onde a pessoa com deficiência e o reabilitado sintam-se motivados a permanecerem na empresa); iv) lidar com o preconceito (promover ações de esclarecimentos e conscientização junto ao quadro de funcionários, visando a não incidência de preconceitos em relação a pessoas com deficiência e reabilitados) v) ascensão profissional (proporcionar as pessoas com deficiência e reabilitados, as mesmas condições de crescimento profissional dos demais colaboradores; e vi) formular plano de ação (atingir o objetivo do programa). Este programa é organizado por uma equipe de cinco profissionais da empresa, a

mesma que cuida da saúde dos trabalhadores, que conta com dois psicólogos, um médico, uma analista de recursos humanos e um gerente de pessoal.

Na Indústria 3, os trabalhadores sem deficiência que estão ingressando são informados pelo gerente da divisão de pessoas sobre a existência de trabalhadores com deficiência (principalmente deficiência auditiva); também são alertados sobre alguns cuidados que deve ter no ambiente de trabalho, como: i) dirigir-se aos trabalhadores com deficiência auditiva sempre pela frente; ii) quando quiser conversar acene ou toque; iii) procurar um lugar bem iluminado para conversar com trabalhador com deficiência auditiva, mantendo sempre o contato visual durante uma conversa, entre outros. São disponibilizados os novos trabalhadores um material informativo organizado pela gestão com colaboração dos trabalhadores com deficiência auditiva com os principais sinais utilizados no cotidiano e dentro da indústria.

4.1.1.5 Trabalhador do Órgão Público

O trabalhador do órgão público legal participantes foi um auditor fiscal. Relatou que o órgão não realiza mediações entre trabalhadores com deficiência e empresas/instituições, pois esta não é função do órgão. Este não pode determinar para a empresa/instituição quem ela deve contratar (preserva-se a liberdade de contratação do empregador). Foi dito que a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho é um dos projetos obrigatórios em todos os órgãos públicos referentes ao trabalho e que o órgão participante tem como funções – a fiscalização e a notificação das empresas que não estão adequadas à legislação.

Foi informado pelo servidor entrevistado que o órgão mantém um projeto vinculado a outro órgão público legal. Neste projeto, o órgão participante disponibiliza informações sobre as empresas/instituições que necessitam preencher vagas destinadas a pessoas com deficiência e a partir destas o outro órgão seleciona os trabalhadores reabilitados que atendem as demandas da vaga/empresa e os encaminha. O referido órgão parceiro não participou desta pesquisa pois as ações de mediação entre o trabalhador com deficiência e a empresa/instituição desenvolvidas pelo mesmo são voltadas apenas para trabalhadores reabilitados, ou seja, não envolvem trabalhadores com deficiências congênitas.

4.2 Artigo 1 – Trabalhadores com deficiência: análise sociodemográfica das condições de vida e saúde¹⁹

Workers with disabilities: sociodemographic analysis of living and health conditions

Aline Sarturi Ponte – Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana; Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

Elenir Fedosse – Doutora em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; Adjunta do Curso de Fonoaudiologia; Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

Este estudo é parte integrante da Tese de Doutorado intitulada “Trabalhadores com Deficiência: uma Análise da Participação no Mercado de Trabalho no Município de Santa Maria, RS” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora. O estudo não está sendo avaliado para publicação em outra revista e não foi apresentado em eventos.

Colaboradores: Aline Sarturi Ponte é a autora do estudo e participou da concepção do texto manuscrito, organização de fontes e/ou análises e redação do texto. Elenir Fedosse é orientadora do estudo, e participou da concepção do texto manuscrito e revisão.

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Secretaria do PPGDCH - Prédio 26, sala 1418, 4º andar. Cidade Universitária, CEP 97.105-900, Santa Maria, RS. **E-mail** - alinesarturi@hotmail.com.

¹⁹ Este artigo será encaminhado para a Revista Ciência e Saúde Coletiva (Anexo E).

Trabalhadores com deficiência: análise sociodemográfica das condições de vida e saúde

Workers with disabilities: sociodemographic analysis of living and health conditions

Resumo:

Este estudo analisou as condições sociodemográficas, de saúde e funcionalidade, de trabalho e da qualidade de vida de trabalhadores com deficiências inseridos no mercado de trabalho. Caracteriza-se como quantitativo, com análises descritivas, Testes Qui-Quadrado e de Kruskal Wallis. Participaram 192 trabalhadores; constatou-se prevalência do sexo masculino, das deficiências físicas e média de idade de 39,7 anos; a maioria dos trabalhadores tinha Ensino Médio Completo e era de classe média. O primeiro emprego, da maioria, foi conseguido por distribuição de currículos; prevaleceram cargos nos setores administrativos e em empresas privadas. Os trabalhadores mais novos exerciam suas funções em venda e os mais velhos em educação; os das empresas públicas apresentaram maior participação em movimentos sociais. A média da avaliação de funcionalidade foi de 10,7 e a da qualidade de vida foi de 69,4. Os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho apresentaram escolaridade básica, ocupações administrativas e dependentes do sexo, da deficiência, das condições de vida/saúde.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência, Funcionalidade, Qualidade de vida, Trabalho

Abstract: This study analyzed sociodemographic, health, functional, working and living conditions of workers with disabilities inserted in the labor market. It is characterized as quantitative, performing descriptive analyzes and Chi-Square and Kruskal Wallis tests. 192 workers participated in the research; it was observed a prevalence of males, physical disabilities and mean age of 39.7 years; most workers have complete high school and are from middle class. The first job, for most of them, occurred through curriculum distribution; the prevalence of work positions occupied was in administrative sectors and private companies. Occupations

are associated with gender, schooling and type of disability; socioeconomic conditions are associated with occupations. The younger workers are in sales functions, while the older ones work in educational tasks; those from public companies participate more actively in social movements. The mean value of functional assessment was 10.7 and, for the quality of life, 69.4. It may be observed that workers in the labor market presented basic schooling, worked in administrative occupations, related to sex and disability, as well as favorable health and living conditions.

Key words: Disabled Persons, Functioning, Quality of Life, Work.

Introdução

As discussões históricas relacionadas as pessoas com deficiência sempre trazem em seu conteúdo a exclusão, a discriminação, a segregação e o preconceito^{1,2,3}. Sabe-se que esta é uma realidade vivenciada cotidianamente por esta população, mesmo que nos últimos séculos tenham ocorrido transformações sociais e organizacionais decorrentes de grandes acontecimentos históricos, como o surgimento do capitalismo, dos avanços tecnológicos, das guerras mundiais *etc.*, as pessoas com deficiência ainda têm enfrentado diversas barreiras para acessar seus direitos^{3,4}.

O avanço dos Movimentos Sociais internacionais e nacionais impulsionaram, na década de 1970, as organizações de pessoas com deficiência no Brasil a lutarem por seus direitos. Disso resultaram legislações relacionadas à acessibilidade, desafiando governos e a sociedade, em geral, a encontrarem formas de proporcionar a inclusão das pessoas com deficiência³.

Com a promulgação da Constituição Federal brasileira (CF), tem-se os primeiros passos para garantir direitos das pessoas com deficiência. Um dos direitos sociais previsto no art. 6 da CF é o trabalho. No seu art. 7 – inciso XXXI –, tem-se a proibição de qualquer discriminação relacionada a salário e critérios de admissão de trabalhadores com deficiência. No seu art. 37 – inciso VIII – está explicitada a reserva de um percentual de cargos públicos para pessoas com

deficiência⁵, sendo, pois, o primeiro documento legal a mencionar reserva de cargos. A propósito, a Lei n. 8.112/90 dispõe, em seu art. 5, a reserva de 20% das vagas em concursos públicos para pessoas com deficiência⁶. A reserva de vagas em empresas privadas é garantida pela Lei n. 8.213/91 (art. 93) que torna obrigatória a contratação de pessoas com deficiência em empresas com mais de 100 funcionários⁷.

Outro fator que contribuiu para inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho foram as fiscalizações do Ministério Público do Trabalho (MPT), descritas no Decreto nº 3.299/99⁸. As empresas que não cumprirem efetivamente a legislação são autuadas⁹. Assim tais ações contribuíram para a conscientização social sobre a inclusão das pessoas com deficiência, bem como para a necessidade de promoção de qualificação profissional dessas pessoas¹⁰.

Frente a estas reflexões, questionou-se como tem ocorrido o processo de inclusão de pessoas com deficiência em um município gaúcho de médio porte? Deste modo, o objetivo deste estudo foi analisar as condições sociodemográficas, de saúde e funcionalidade, de trabalho e da qualidade de vida dos trabalhadores com deficiência inseridos no mercado de trabalho.

Metodologia

Estudo transversal, quantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Universidade onde se realizou a pesquisa, sob parecer número 2.351.904.

A amostra foi composta por 192 trabalhadores com deficiência, de 51 Empresas/Instituições públicas e privadas de um município da região central do Rio Grande do Sul (RS). Os critérios de inclusão foram: trabalhadores com deficiência físicas, sensoriais, mentais e/ou intelectuais, com idade entre 16 aos 65 anos (para mulheres) e de 16 aos 70 anos (para homens)¹¹, de todas as classes socioeconômicas e que tivessem vínculo empregatício no momento da coleta.

O contato entre a pesquisadora e os trabalhadores com deficiência deu-se a partir dos setores de Departamento Pessoal ou Recursos Humano; a coleta dos dados – entrevista semiestruturada

e aplicação dos questionários – aconteceu após agendamento com os trabalhadores e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi realizada em uma sala reservada, disponibilizada pela empresa, entre outubro de 2017 e dezembro de 2018. Foram utilizados cinco instrumentos: 1) uma entrevista semiestruturada que abordou, entre outros aspectos, a influência do trabalho no cotidiano e o significado do trabalho vida do trabalhador com deficiência; 2) um questionário sociodemográfico, organizado pelas pesquisadoras que buscou identificar sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupações, tipo de deficiência, por exemplo. 3) O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCBE), utilizado para conhecer questões socioeconômicas, a partir de uma escala que considera a escolaridade do chefe da família (0 a 5 pontos), a quantidade de bens de consumo duráveis (automóvel, televisão em cores, entre outros.), os cômodos da casa e existência, ou não, de empregados domésticos mensalistas¹². 4) O *World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II)*, inspirado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Avalia o nível de saúde e funcionalidade; está estruturado em seis áreas da vida - compreensão e comunicação, movimentação e locomoção, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida diária e participação social¹³. 5) O *World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL – Bref)*, composto por 26 itens distribuídos em quatro domínios - físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, avaliando a qualidade de vida pela percepção do próprio sujeito, ou seja, considerando os aspectos subjetivos e os contextos cultural e social¹⁴.

Salienta-se que devido a quantidade de instrumentos, optou-se pela saturação dos dados. Sendo, assim, 85 trabalhadores com deficiência responderam todos os instrumentos do estudo.

Os dados foram analisados pelo Software Statistica 9.1, da seguinte forma: i) análise descritiva de frequência do questionário sociodemográfico e das duas questões da entrevista semiestruturada; ii) Teste Qui-Quadrado, para associação da variável ocupação com as variáveis sexo, deficiência, tipo de escola (regular e especial), empresa/instituição inserido e

participação social e iii) Teste de Kruskal Wallis, para a comparação entre a variável ocupação com as variáveis idade, escolaridade, renda (salário mensal, renda bruta e per capita – classe econômica), bem como para escolaridade com participação social. Os cruzamentos geraram um grande volume de dados; frente a isso, optou-se por discutir, neste artigo, os dados que apresentaram significância estatística – 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Participaram deste estudo 192 trabalhadores com deficiência. Na Tabela um estão expostos a diferentes dados sociodemográficos dos trabalhadores e tipos de deficiências apresentados, exceto os referentes à idade, aqui discriminados – média de 39,7 anos (mínimo de 18 e o máximo de 70).

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos Trabalhadores com Deficiência (n=192).

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Masculino	113	57,8
Feminino	79	42,2
Estado Civil		
Solteiro	89	46,3
Casado/União Estável	87	45,2
Divorciado ou Viúvo	16	8,5
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	55	28,6
Ensino Superior Completo	43	22,3
Ensino Superior Incompleto	26	13,5
Ensino Médio Incompleto	15	7,8
Especialização	15	7,8
Ensino Fundamental Incompleto	10	5,2
Mestrado	10	5,2
Ensino Fundamental Completo	8	4,1
Curso Técnico Completo	4	2,3
Doutorado	3	1,5
Curso Técnico Incompleto	2	1,2
Analfabeto	1	0,5
Critério de Classificação Econômica Brasil		
B1	58	30,3
A2	38	19,8
B2	37	19,3
C1	36	18,8
A1	14	7,2
C2	9	4,6
Deficiências		
Deficiência Física	99	51,7
Deficiência Visual	45	23,5
Deficiência Auditiva	38	19,7

Deficiência Intelectual	9	4,6
Deficiência Múltiplas	1	0,5
Deficiências Físicas		
Limitações dos movimentos do membro inferior	40	20,8
Hemiplegia	9	4,6
Luxação congênita no quadril	5	2,6
Monoplegia de membros superiores	4	2
Sequela de ferimento no membro superior	4	2
Deformidade congênita não especificada na mão	4	2
Baixa estatura (Nanismo, Hipopituitarismo)	4	2
Paralisia Cerebral	3	1,5
Deformidade adquirida do Sistema osteomuscular e do Tecido conjuntivo	3	1,5
Limitação movimentos da mão esquerda	3	1,5
Paraplegia	2	1
Amputação	2	1
Limitação de movimento de prega do segundo dedo	2	1
Escoliose severa	2	1
Limitação movimentos da mão direita	2	1
Limitação no movimento dos membros superiores	2	1
Coxartrose	2	1
Deformidade congênita não especificada no pé	2	1
Malformação congênita dos membros superiores	2	1
Paraparesia do membro superior direito	1	0,5
Hemiparesia do membro superior esquerdo	1	0,5
Malformação congênita da coluna vertebral e dos ossos do tórax	1	0,5
Deficiência Visual		
Visão Monocular	21	11,9
Baixa Visão ou visão subnormal	12	6,6
Visão Monocular e baixa visão em outro	8	4,1
Cegueira de um olho e visão subnormal em outro	4	2
Cegueira	2	1
Retinose pigmentar	1	0,5
Deficiência Auditiva		
Baixa Audição	20	10,3
Surdez	14	7,5
Deficiências Intelectuais		
Moderada	7	3,6
Não Especificada	2	1
Deficiências Múltiplas		
Deformidade congênita no pé e deficiência intelectual leve	1	0,5

Apresentados em n (percentual).

Note-se a prevalência de participantes do sexo masculino, casados/união estável, com Ensino Médio Completo. A propósito, ao serem questionados sobre o tipo de escola que frequentaram, 168 (87,5%) disseram ter estudado em escola regular, 15 (7,8%) em escola especial e 9 (4,6%) frequentaram ambas ou estudaram em classe especial de escola regular.

Também pode-se constatar que 30,2% foram classificados, segundo os dados do CCEB, como integrantes de classe média. Houve percentual equilibrado quanto aos níveis econômicos alto, médio baixo e baixo.

Quanto ao tipo de deficiência, ficou evidente a prevalência de pessoas acometidas por deficiências físicas; as mais presentes foram as limitações dos movimentos do membro inferior.

Quanto às deficiências visuais observou-se o predomínio da visão monocular. A baixa audição prevaleceu nas deficiências auditivas. Quanto às deficiências intelectuais observou-se que a maioria dos participantes tinha uma deficiência moderada; no caso das deficiências múltiplas, encontrou-se apenas um caso com deficiência física associada à deficiência intelectual leve.

No que se refere ao ingresso no mercado, pode-se constatar que a média de idade de 24,6 anos (mínima de 14 e a máxima de 53 anos). Confira na Tabela 2 outros dados referentes ao ingresso e aspectos do trabalho.

Tabela 2 – Ingresso no mercado de trabalho e Condições de Trabalho (n=192).

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Meio utilizado para conquista do primeiro emprego		
Entrega de Currículo	59	30,7
Indicação	42	21,8
Concurso	25	13,1
Sistema de emprego/classificados do jornal	21	10,8
Reabilitado – permaneceu na empresa	18	9,3
Reabilitado – encaminhado pelo INSS	16	8,3
Sistemas nacionais de aprendizagem	6	3,4
Encaminhado pela escola	5	2,6
Ocupações		
Administrativas	55	29,3
Educação	26	13,5
Atendente	24	12,5
Manutenção de espaços	18	9,3
Cobrador	14	7,2
Saúde	13	6,7
Comércio	12	6,2
Armazenador	9	4,6
Manutenção de veículos	5	2,6
Produção de Indústria Metalúrgica	5	2,6
Produção de Indústria Gráfica	4	2
Produção de Informática	4	2
Indústria Alimentícia	2	1
Comunicação	1	0,5
Empresa/Instituição		
Privada	125	65,2
Pública	66	34,3

Filantrópica	1	0,5
Treinamento para o trabalho		
Não recebi	107	55,7
Treinado por Colega	51	26,5
Treinado por Empregador	27	14,1
Curso da empresa	5	2,6
Curso órgão público	2	1,1
Tecnologia Assistiva no trabalho		
Não	179	93,3
Sim	13	6,7
Movimentos Sociais vinculados a causa da inclusão no mercado de trabalho		
Não	162	84,3
Sim	27	14,2
Já participou	3	1,5

Apresentados em n (percentual). Legenda: INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social.

Note-se que o meio mais utilizado pelos trabalhadores com deficiência para ingresso no mercado foi por iniciativa dos trabalhadores; também foi alto o percentual de indicações. Quanto ao tempo de trabalho, a média foi de 86,4 meses, sendo o mínimo de 1 mês e o máximo de 420 meses. A média da carga horária semanal de trabalho foi de 36,8 horas (mínima de 20 e máxima de 44 horas).

Pode-se constatar que a maioria dos trabalhadores ocupa cargos administrativos, em empresas privadas. Quando questionados sobre ter recebido algum tipo de treinamento para exercer a função atual, a maioria respondeu que não tinha recebido nenhum treinamento específico. Também foi constatado baixo uso de tecnologias assistivas para garantia do desempenho ocupacional.

Outro baixo percentual obtido foi o relacionado à participação em movimentos sociais relacionados à inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. A propósito, ao se realizar a associação entre o tipo de empresa/instituição (pública, privada e filantrópica) com a participação em movimentos sociais voltados à inclusão no mercado de trabalho, obteve-se significância estatística ($p=0,001$), demonstrando que os trabalhadores com deficiência que mais participam destes movimentos ocupam postos de trabalho em instituições públicas. As comparações entre renda e escolaridade com participação social também foram estatisticamente significantes ($p=0,0003$ e $p=0,001$, respectivamente), sendo assim, constatou-se que os

trabalhadores com maior renda e nível escolar foram mais participativos em movimentos sociais. A associação da ocupação com a participação social demonstrou que as ocupações que mais se envolvem com movimentos sociais são as da área da educação e as das administrativas ($p=0,001$).

Na Tabela 3, está apresentada a associação entre a ocupação e o sexo. Note-se significância no caso da ocupação em cargos administrativos.

Tabela 3 – Associação entre a ocupação e o sexo (n=192).

Ocupação	Variável		p-valor
	Masculino	Feminino	
Administrativas	28 (49,1%)	27 (50,9%)	<0,001
Educação	9 (34,6%)	17 (65,3%)	
Atendente	9 (37,5%)	15 (62,5%)	
Manutenção	11 (61,1%)	7 (38,8%)	
Cobrador	14 (100%)	0 (0,0%)	
Saúde	4 (30,7%)	9 (69,2%)	
Comércio	2 (16,6%)	10 (83,3%)	
Almoxarifado	8 (88,8%)	1 (11,8%)	
Mecânico	5 (100%)	0 (0,0%)	
PIM*	5 (100%)	0 (0,0%)	
PIG*	3 (88,2%)	1 (11,8%)	
Informática	4 (100%)	0 (0,0%)	
PIA*	2 (100%)	0 (0,0%)	
Comunicação	1 (100%)	0 (0,0%)	

Teste de Associação Qui-quadrado; Significância estatística: $p < 0,05$.

*Legenda: PIM: Produção de Indústria Metalúrgica; PIG: Produção de Indústria Gráfica; PIA: Produção de Indústria Alimentícia.

A comparação entre as variáveis ocupação e idade apresentou significância estatística ($p=0,006$), sendo que a categoria que reúne os participantes mais novos foi a do comércio; enquanto a categoria que reúne os participantes mais velhos foi a da educação.

Pode-se constatar significância estatística entre ocupação e escolaridade ($p=0,001$). Os trabalhadores do setor de mecânica, seguido dos de vendas, indústrias gráficas, alimentícias e metalúrgicas, cobradores e manutenção, em comparação as demais ocupações, foram os que apresentaram menor escolaridade. As ocupações que apresentam maior nível de escolaridade foram do setor de educação, seguido dos setores de saúde e administrativos.

Em relação à associação entre as ocupações e o tipo de escola (regular, especial e regular em classe especial), evidenciou-se significância ($p=0,004$), como já apresentado, a maioria dos

participantes frequentou escola regular. Também foi constatada significância estatística entre as variáveis relacionadas às ocupações e os tipos de deficiência, sendo assim, a maioria dos trabalhadores com deficiências visuais desempenham ocupações na saúde; dos trabalhadores com deficiências auditivas na educação e indústria metalúrgica, dos trabalhadores com físicas as ocupações são administrativas, de atendentes, manutenção, cobrador e almoxarifado; e dos trabalhadores com deficiências intelectuais desempenham ocupações no comércio (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre as ocupações e as deficiências (n=192).

Ocupações	Variável					p-valor
	DV	DA	DF	DI	DMu.	
Administrativas	14 (25,4%)	7 (12,7%)	34 (61,8%)	-	-	<0,001
Educação	6 (23%)	11 (42,3%)	9 (34,6%)	-	-	
Atendente	7 (28%)	1 (4%)	16 (64%)	-	1 (4%)	
Manutenção	2 (11,7%)	5 (29,4%)	9 (52,9%)	1 (5,8%)	-	
Cobrador	3 (21,4%)	2 (14,2%)	9 (64,2%)	-	-	
Saúde	6 (23%)	2 (15,3%)	5 (38,4%)	-	-	
Comércio	-	-	4 (33,3%)	8 (66,6%)	-	
Almoxarifado	1 (11,1%)	3 (33,3%)	5 (55,5%)	-	-	
Mecânico	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)	-	-	
Ind. Metalúrgica	-	3 (60%)	2 (40%)	-	-	
Ind. Gráfica	2 (50%)	2 (50%)	-	-	-	
Informática	-	1 (25%)	3 (75%)	-	-	
Ind. Alimentícia	1 (50%)	-	1 (50%)	-	-	
Comunicação	1 (100%)	-	-	-	-	

Teste de Associação Qui-quadrado; Significância estatística: $p < 0,05$. Legenda: DV: Deficiência Visual, DA: Deficiência Auditiva, DF: Deficiência Física, DI: Deficiência Intelectual, DMu: Deficiências Múltiplas, Ind.: Indústrias.

A comparação entre as ocupações e a CCBE apresentou significância estatística ($p=0,001$); os participantes com condições socioeconômicas mais baixas estão concentrados nas categorias – mecânica, manutenção, comércio e cobrador. Trabalhadores com condições socioeconômicas mais altas estão nas categorias – educação, administrativas e saúde.

Dos 85 trabalhadores com deficiência entrevistados, pode-se constatar que a maioria não percebeu mudanças no seu cotidiano por ocasião do ingresso no mercado de trabalho. Dos participantes que mencionaram mudanças, a mais relatada foi referente à rotina. Em relação ao significado do trabalho, a maioria referiu ser um elemento importante da vida (Tabela 5).

Tabela 5 – Alterações no cotidiano e significado do trabalho na vida dos trabalhadores com deficiência (n=85).

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Alterações causados pelo trabalho no cotidiano		
Não percebi mudanças	31	36,5
Rotina	14	16,5
Tempo	10	11,8
Segurança	7	8,3
Financeira	7	8,3
Mudança de vida e cidade	5	5,8
Retorno	4	4,7
Aprendizado	4	4,7
Cansaço e estresse	2	2,3
Acesso	1	1,1
Significado do trabalho		
Importante	33	38,7
Independência	23	27,1
Vitória/Realização de um sonho	11	13,9
Fundamental	6	7,1
Valorização	4	4,4
Bem-estar e autoestima	4	4,4
Participação e inclusão	4	4,4

Apresentados em n (percentual).

Na avaliação de funcionalidade realizada a partir do WHO-DAS II, pode-se perceber que os trabalhadores com deficiência apresentaram uma média de 10,7 (valor mínimo de 0 e máximo de 37) no escore final da avaliação. As médias por área foram: área 1/compreensão e comunicação foi de 14,3 (mínimo 0 e máximo 66); área 2/capacidade de movimentar-se foi de 18,6 (mínimo 0 e máximo 100); área 3/cuidado pessoal foi de 4,4 (mínimo 0 e máximo 50); área 4/relacionar-se com outras pessoas foi de 6 (mínimo 0 e máximo 60); área 5/atividades de vida diária foi de 12,3 (mínimo 0 e máximo 50); área 6/participação em sociedade foi de 8,1 (mínimo 0 e máximo 56).

No *WHOQOL-BREF* a média apresentada pelos participantes no escore final foi de 69,4 (valor mínimo 42 e máximo 98,5). Quanto aos domínios, no físicos a média foi de 71,6 (mínimo 10,9 e máximo 100); no psicológicos a média foi de 69,3 (mínimo 25 e máximo 100); no sociais a média apresentada foi de 74,2 (mínimo 16,7 e máximo 100) e nos ambientais a média foi de 61,8 (mínimo 12,5 e máximo 93,8).

Discussões

A prevalência do sexo masculino apresenta-se também em outro estudo¹⁵, realizado em São Carlos (SP), que discutiu a inclusão de trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho. Estudo¹⁶, realizado a partir de dados censitários, revelou a prevalência de homens com deficiência inclusos no mercado de trabalho. Outro estudo¹⁷, que discuti a qualidade de vida de pessoas com deficiências físicas, revelou a prevalência de participantes do sexo masculino.

A prevalência de homens pode estar relacionada a questões históricas de desigualdade, entre homens e mulheres, nas condições sociais e de trabalho^{15,17}. Ademais, mulheres com deficiência deparam-se com mais preconceito, estigmas e estereótipos¹⁷. A relação entre ocupação e sexo, pode-se observar que nos dados apresentados pelo censo de 2010, o qual revelou que os homens estão mais concentrados em atividades relacionadas a agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura, comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas, indústrias de transformação e construção, ocupações que diferem das ocupações apresentadas pelos trabalhadores com deficiência deste estudo. No caso das mulheres, este estudo revelou que a maioria delas ocupavam postos de trabalho na educação, no comércio, atendente e na saúde), concordando com os divulgados pelo censo de 2010, que revelou mulheres trabalhando nos serviços domésticos, na educação, na saúde e nos serviços sociais¹⁸.

A média de idade dos participantes deste estudo foi de 39,7 anos e aproxima-se da faixa etária de 40 aos 49 anos apresentada no estudo realizado por Garcia e Maia¹⁶. Já no estudo de Coutinho *et al*¹⁷, a prevalência da faixa etária foi menor – de 18 aos 27 anos de idade. E no estudo de Baptista e Silva¹⁹, a prevalência da faixa etária foi maior – 41 a 65 anos. Quanto à comparação, realizada neste estudo, entre a ocupação e a idade, não foram encontrados estudos na literatura nacional ou internacional. Neste sentido, constatou-se neste estudo que os trabalhadores mais novos estão no comércio e os mais velhos na área da educação, pode-se relacionar este resultado ao nível de escolaridade (anos de formação escolar).

Em relação à situação civil, constatou-se a prevalência de trabalhadores com deficiência solteiro, os quais não concordam com os dados encontrados por Baptista e Silva¹⁹. Possivelmente a diferença possa estar relacionada com a faixa etária, pois os trabalhadores com deficiência participantes deste estudo apresentam uma média de idade menor que a referida por Baptista e Silva¹⁹ (41 a 65 anos). O referido estudo foi realizado a partir de levantamento de dados censitários da população com deficiência de Belo Horizonte, Minas Gerais (MG).

A maioria dos participantes deste estudo tem Ensino Médio Completo; este dado corrobora os encontrados por Coutinho et al¹⁷ que revelou 40% de sua amostra com mesmo nível de escolaridade. Outros dois estudo nacionais – Veltrone, Almeida¹⁵ e Vianna, Tardelli, Almeida²⁰ - encontraram trabalhadores com ensino fundamental completo. Ressalta-se que, o segundo estudo, encontrou-se maioria de trabalhadores com ensino fundamental e médio (não estando discriminados quantos em cada nível). Segundo dados, também censitários, levantados por Garcia e Maia¹⁶, a maioria dos trabalhadores com deficiência tinham ensino fundamental.

Dados apresentados pela Organização das Nações Unidas (ONU)²¹ ressaltam que nos países desenvolvidos 60% das pessoas com deficiência concluem o ensino fundamental e, em países em desenvolvimento, apenas 45% dos meninos e 32% das meninas conseguem concluir esta etapa. O nível de escolaridade dos trabalhadores com deficiência influencia diretamente nos seus postos de trabalho. Conforme Doval²², e de acordo com o autor, pode-se afirmar que quanto maior o nível escolar, maior a qualificação profissional da pessoa com deficiência e, conseqüentemente, maiores chances de ingressarem e permanecerem no mercado de trabalho. Veltrone e Almeida¹⁵, relacionam o nível escolar com a deficiência; concluíram que os trabalhadores com deficiências físicas apresentam maior nível de escolaridade, sendo os únicos que frequentaram o ensino superior. Também afirmam que trabalhadores com deficiência intelectual apresentaram os menores níveis de escolaridade, predominando o ensino fundamental. Este estudo, revelou situações similares ao dos autores citados.

Veltrone e Almeida¹⁵ também ressaltaram que as pessoas com deficiências físicas, auditivas e visuais encontram menores dificuldades para frequentarem a escola regular, visto que são deficiências em que se dispõem de mais recursos para promover a aprendizagem. A propósito, não foram encontrados estudos na literatura nacional ou internacional que discutissem às ocupações relacionadas ao tipo de escola (regular, especial, ambas ou classe especial), como a realizada neste estudo. Pode-se dizer, então, que a maioria dos participantes frequentou escola regular, demonstrando que os trabalhadores com deficiência que frequentaram escola regular podem ter facilidade/vantagens em ingressar no mercado de trabalho.

A condição econômica prevalente dos participantes deste estudo foi a classe média, que tem rendimento correspondente a R\$ 3,479¹². França²³ realizou estudo que discutiu deficiência e pobreza no Brasil, a partir de dados censitários de 2010. O autor encontrou pobreza revelada nos domicílios de pessoas com deficiência, tanto pelos fatores financeiros quanto habitacionais. Segundo dados da ONU, 20% das pessoas mais pobres do mundo tem algum tipo de deficiência²¹.

Quanto aos tipos de deficiência, os dados encontrados neste estudo corroboram os apresentados por Lancellotti²⁴. Este autor discutiu a profissionalização das pessoas com deficiência e revelou que pessoas com deficiência física têm alto índice de ingresso no mercado de trabalho. Por outro lado, não concordam com os estudos de Veltrone, Almeida¹⁵ (que encontrou 44% dos sujeitos com deficiência auditiva) e de Garcia e Maia¹⁶ (é que também encontrou maior números de trabalhadores com deficiência visual e auditiva). Garcia e Maia¹⁶, ainda ressaltam que as pessoas com deficiência intelectual, com total ou grande dificuldade física, a taxa de participação foi muito baixa: 21,1% e 23,5%, respectivamente. Frente a estes dados, pode-se, discutir que, apesar de o trabalho ser um direito social do homem (art. 6 da CF)⁵, as pessoas com deficiência ainda não têm o devido acesso ao mercado de trabalho.

O fato da maior prevalência de inclusão ser de pessoas com deficiência física, pode estar associado às características das mesmas, por exemplo, limitações dos movimentos dos membros inferiores (20,8% dos trabalhadores deste estudo), as quais exigem poucas mudanças nos ambientes de trabalho, sobretudo, no caso de edificações térreas. Já é bem observado o cumprimento das exigências legais referidas no art. 60, inciso 10, da Lei nº 13.146/15, que concede ou renova alvarás de funcionamento condicionados à observação e à certificação das regras de acessibilidade²⁵.

As deficiências visuais compuseram o segundo grupo com maior incidência neste estudo, sendo a deficiência mais relatada a visão monocular. Ressalta-se que esta não é considerada um tipo de deficiência pela Lei nº 5.296/04²⁶, porém, a sumula 377/09, dá direito às pessoas com visão monocular a concorrerem a vagas reservadas as pessoas com deficiência em concursos públicos²⁷. Tal direito estendeu-se para as empresas privadas com o Parecer/Conjur/MTE nº 444/11²⁸. Assim como no caso de algumas deficiências físicas, a visão monocular trás poucas limitações para a vida do trabalhador com deficiência. Por isso, pode-se atribuir o alto índice de empregabilidade nestes casos pelas poucas necessidades de adequação que o empregador ter de fazer para absorver este trabalhador na empresa.

Neste estudo, as pessoas com deficiências auditivas compuseram o terceiro maior grupo de participantes, sendo que a mais frequente foi a baixa audição, não corroborando os estudos de Lancilloti²⁴ e Veltrone, Almeida¹⁵. Em ambos, as deficiências auditivas foram o segundo maior grupo de pessoas com deficiência que ingressam no mercado de trabalho, perdendo apenas para as pessoas com deficiência física.

Para Veltrone, Almeida¹⁵, os trabalhadores com deficiências auditivas não demandam muitas alterações no ambiente de trabalho, fato comprovado neste estudo. Segundo os gestores, a única alteração realizada foi o fornecimento de um uniforme diferenciado para evitar acidentes de trabalho. Porém, no caso de um trabalhador com deficiência auditiva, o gestor ofertar aos

trabalhadores sem deficiência capacitação em Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), para auxiliar a comunicação no ambiente de trabalho. Esta atitude pode contribuir para a construção do processo inclusivo dentro das empresas, considerando a comunicação humana como fundamental para a constituição de um meio social saudável²⁹.

As deficiências intelectuais e as deficiências múltiplas (física e intelectual) foram os grupos que apresentaram a menor incidência de participantes. Dados censitário de 2010 demonstraram que tais deficiências têm maior impacto negativo no nível de ocupação, tanto para os homens como para as mulheres³⁰. As pessoas com deficiência intelectual têm sido marginalizadas e excluídas ao longo da história e o processo de inclusão destas no mercado de trabalho ainda é restrito. Outros fatores que têm dificultado a inclusão destas pessoas é o baixo nível escolar e a falta de capacitação profissional^{15, 31}. Além destes, Veltrone, Almeida¹⁵ ressaltam que as empresas contratam mais pessoas com deficiências físicas, auditivas e visuais, pois geraram menos custos com cursos de capacitação (podem participar dos cursos com os demais funcionários da empresa, por exemplo).

A maioria dos trabalhadores com deficiência deste estudo conseguiram o seu primeiro emprego através da emissão e entrega de seus currículos; corroboraram os dados encontrados por Vianna, Tardelli e Almeida²⁰. Neste sentido, pode-se dizer que a maioria dos trabalhadores com deficiência tem conquistado o primeiro emprego a partir de iniciativas pessoais, assim como os demais trabalhadores, sendo assim, estes não contam com apoio de órgãos ou entidades para ingressarem no mercado de trabalho.

Quanto às ocupações, este estudo revelou que a maioria dos participantes ocupavam cargos em setores administrativo (assistentes e técnicos administrativos, chefes e subchefes). À exceção dos três participante com deficiência que ocupavam cargos de chefe e subchefe, a maioria exercia funções auxiliares e que exigem pouca qualificação, dados que vão ao encontro dos estudos de Veltrone e Almeida¹⁵, e de Lancelotti²³. Ao que se refere à carga horária semanal de

trabalho, os dados corroboraram os encontrados no estudo de Garcia e Maia¹⁶. Segundo os referidos autores, a maioria dos trabalhadores com deficiência tem uma carga horária semanal entre 40 e 44 horas.

A prevalência de trabalhadores com deficiência em empresas/instituições privadas, encontrada neste estudo, pode ser justificada pelas legislações que exigem tais contratações. Pois, as empresas privadas são obrigadas contratar pessoas com deficiência quando têm mais de 100 trabalhadores⁷, independentemente da atividade desenvolvida pela empresa/instituição. No caso das instituições públicas, não existe obrigatoriedade pelo número de trabalhadores, mas toda instituição pública deve reservar 20% das vagas de seus concursos para pessoas com deficiência⁶. No caso de não haver nenhum concorrente com deficiência, as vagas destinadas passam para os candidatos de ampla concorrência. Portanto, pode-se dizer que os documentos legais, voltados a garantir as pessoas com deficiência o direito a inclusão no mercado de trabalho, são de certa forma respeitados no município onde esta pesquisa foi realizada.

A falta de capacitação profissional dos trabalhadores com deficiência tem sido a principal dificuldade apontada pelos gestores^{15, 32, 33, 34}. Os estudos de Maia e Carvalho-Freitas³⁴ e Delgado e Goulart³⁵ apontam que as empresas têm buscado contornar esse obstáculo oportunizando aos trabalhadores com deficiência qualificação na própria empresa. Os dispositivos de tecnologias assistivas tem sido outro investimento das empresas para inclusão das pessoas com deficiência no ambiente de trabalho. Maia e Carvalho-Freitas³⁴ ressaltam que das duas empresas que participaram do estudo realizado por eles, uma investiu em adequações estruturais da empresa e do Neste estudo, não houve referência a esse tipo de investimento, mesmo porque a necessidade de uso de dispositivos pelos trabalhadores foi pouco referida. Os movimentos sociais foram muito importantes para as pessoas com deficiência conquistarem os seus espaços sociais e os seus direitos^{1,2,3}; garantiram a inclusão da pauta nas políticas, ao ponto de se conseguir definir a participação de pessoas com deficiência como “direito instituído

legalmente, independente do tipo de deficiência que a pessoa apresente e do seu grau de comprometimento motor, sensorial e/ou mental”^{36(p.31)}. Constatou-se, neste estudo, que a maioria dos trabalhadores com deficiência não participam de movimentos sociais e os que participam são trabalhadores de instituições públicas, com maior nível de escolaridade e poder aquisitivo. Ressalta-se que não foram encontrados, nas bases consultadas, estudos nacionais ou internacionais que relacionassem a empresa/instituição e participação em movimentos sociais. Possivelmente, os dados encontrados neste estudo estão relacionados ao nível de escolaridade dos trabalhadores, pois este acesso oportuniza um maior nível de informações as pessoas. E o maior envolvimento dos trabalhadores de instituições públicas pode estar associado aos espaços que estes têm, muitas vezes dentro do ambiente de trabalho, para discutir questões sociais.

O trabalho é uma das atividades que constitui o cotidiano das pessoas, influenciando em todos os elementos que o compõem⁴; tal concepção foi revelada neste estudo – o trabalho tem um significado positivo na vida dos trabalhadores com deficiência, conforme pode-se constatar nos relatos evidenciados como vitória, realização pessoal, valorização, bem esta/autoestima, entre outros. Estes fatores positivos corroboram estudos encontrados na literatura nacional; um³⁷ que discutiu o significado do trabalho para pessoas com deficiência físicas, identificando aspectos positivos como cidadania, conciliação de interesses, ganho financeiro, ampliação das relações sociais, valorização pessoal e valorização profissional. Outro estudo³⁸, realizado com trabalhadores com deficiência de uma instituição de ensino superior pública, revelou o trabalho como necessidade, prazer e realização, meio que possibilita o desenvolvimento de relações pessoais. Os trabalhadores com deficiência pesquisados também relacionaram o trabalho como fonte de aprendizado e busca por posição estável representada pelo serviço público³⁸. No estudo de Pinheiro e Dellatorre³⁹, que discutiu a inclusão sob a percepção de trabalhadores com deficiência e dos gestores, evidenciou que o trabalho representa uma oportunidade de crescimento tanto no sentido profissional como pessoal.

A relação do trabalho com a independência é outro ponto referido pelos participantes deste estudo, apresentando concordância com o estudo de Pinheiro e Dellatorre³⁹ à medida que considerou-se que a entrada no mundo do trabalho oportuniza o consumo e a sobrevivência. Ressalta-se que na atual sociedade (no mundo do capital), a atividade de trabalho representa a possibilidade de inserção no sistema produção-consumo, sendo assim o trabalhador deve produzir e consumir para que possa ser visto como cidadão^{4, 39}. Também foi constatado, neste estudo, que o trabalho reflete nas condições de saúde, pois, além de produzir bem-estar, realização, possibilita acesso aos serviços de saúde e de reabilitação. Estes, por sua vez, aparecem como aspectos importantes para que as pessoas com deficiência possam desenvolver e potencializar as suas habilidades, mas sabe-se que a maioria das pessoas com deficiência encontra dificuldades para acessar estes serviços^{19, 40}. O acesso aos serviços de reabilitação e a garantia de outros direitos é assegurado pelo Decreto nº 3.298/99⁸ e reforçado pela portaria nº 793/12, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência⁴¹. Portanto, o acesso à reabilitação significa condições para melhorar as habilidades, estimular o desenvolvimento de novas habilidades e possibilidades de vida, e assim, reduzir o agravamento das condições funcionais. A promoção da saúde e da funcionalidade dependem, pois, do acesso precoce aos serviços de reabilitação e de uma assistência integral, garantida por meio do trabalho de equipes multiprofissionais sob abordagem interdisciplinar⁴².

Para Minayo, Hartz e Buss⁴³, o patamar mínimo e universal para se falar em qualidade de vida está relacionado à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: “alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos essenciais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva”^{35 (p.10)}. Note-se que, a qualidade de vida do trabalhador com deficiência, constatada neste estudo, foi alta, diferentemente do constatado no estudo de Coutinho *et al*¹⁷ em que os participantes referiram uma qualidade de vida média. Tal diferença pode ser explicada pela classe social (o estudo dos referidos autores foi desenvolvido junto a trabalhadores com baixo

poder aquisitivo e este junto a trabalhadores de maior poder aquisitivo) e pelo tamanho da cidade (o estudo dos referidos autores foi desenvolvido em cidade de grande porte [capital] e este em cidade de médio porte).

Conclusão

Este estudo evidenciou a prevalência de trabalhadores com deficiência do sexo masculino; média de idade que os classificam como adultos jovens. O estado civil da maioria foi casado. O nível de escolaridade prevalente foi o Ensino Médio Completo, sendo que a maioria frequentou escola regular. A classificação socioeconômica mais frequente foi classe média. A prevalência de trabalhadores com deficiências físicas; na sequência foram encontradas deficiências visuais, auditivas, intelectuais e múltiplas.

A conquista do primeiro emprego dos trabalhadores com deficiência foi por meio da entrega de currículos; a maioria dos trabalhadores ocupavam postos de trabalho em setores administrativos e mantinham vínculo com empresas/instituições privadas. O treinamento para a função atual não foi frequente entre os trabalhadores com deficiência e estes em sua maioria não utilizam auxílios de tecnologias assistivas.

Pode-se constatar, ainda, pouca participação dos trabalhadores com deficiência em movimentos sociais relacionados a questões do trabalho e dos que participam, percebeu-se a prevalência de trabalhadores das instituições públicas.

Para os trabalhadores com deficiência, a atividade de trabalho não trouxe mudanças para o seu cotidiano; a maioria classificou o trabalho como importante na sua vida. Pode-se afirmar que as ocupações estão diretamente relacionadas com outros fatores como sexo, idade, escolaridade, tipo de deficiência, entre outros, e que estes fatores refletem significativamente na condição de saúde e qualidade de vida dos mesmos. A utilização do WHO-DASII permitiu compreender a condição de funcionalidade dos trabalhadores com deficiência. Esta abordagem reforçou a

importância das reflexões sobre o modelo social e do trabalho por equipe voltadas ao processo de reabilitação e habilitação de pessoas com deficiência.

A média da qualidade de vida dos trabalhadores foi boa. Sugere-se que outros estudos sejam realizados com esta temática a fim de serem produzidas mais evidências acerca do processo de inclusão da relação entre as ocupações e os diversos fatores que compõe a vida dos trabalhadores com deficiência, visto que foi constatada carência na literatura nacional e internacional de estudos que evidenciem a percepção da pessoa/trabalhador com deficiência.

Referências

1 Mendonça LEA. *Lei de Cotas: Pessoas com Deficiência: a visão empresarial*. São Paulo, LTr; 2010.

2 Silva TF, Henrique ARP, Rocha VL. *Acessibilidade: edificações, mobiliários e espaços para uma real inclusão social*. Rio de Janeiro: War Editora; 2015.

3 Matos NRV. *Inclusão Perversa: uma reflexão sobre o sentido do trabalho para pessoas com deficiência*. 1. ed. Curitiba: Appris; 2017.

4 Lancman, S. Construção de Novas Teorias e Práticas em Terapia Ocupacional, Saúde e Trabalho. In: Lancman, S. *Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional*. São Paulo: Roca; 2004. p. 71-83.

5 Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*: Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acessado em: 28 de jan. 2019.

6 Brasil. Lei nº 8.112, de 11 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* 1990; 11 dez.

7 Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* 1991; 24 jul.

8 Brasil. Lei 3.298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* 1999; 20 dez.

9 Ferronato BC, Wagner LC, Falkenbach AP. Inclusão laboral da pessoa portadora de deficiência. *Rev. Digital* 2008; 12(117).

10 Strieder R.; Mendes R.; Zimmermann RLG. *Nas dobras e endobras da educação inclusiva: da igualdade para convivência com os diferentes*. Joaçaba: Editora Unoesc; 2013.

11 Brasil. Lei nº 13.183, de 4 de novembro de 2015. Altera as Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, para tratar da associação do segurado especial em cooperativa de crédito rural e, ainda essa última, para atualizar o rol de dependentes, estabelecer regra de não incidência do fator previdenciário, regras de pensão por morte e de empréstimo consignado, a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003, para assegurar pagamento do seguro-defeso para familiar que exerça atividade de apoio à pesca, a Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012, para estabelecer regra de inscrição no regime de previdência complementar dos servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, para dispor sobre o pagamento de empréstimos realizados por participantes e assistidos com entidades fechadas e abertas de previdência complementar e a Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* 2015; 4 nov.

12 Brasil. *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2008.

13 World Health Organization. *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Geneve: WHO, 2010.

14 Castro MMLD, Hokerberg YHM, Passos SRL. Validade dimensional do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(7):1357-1369.

15 Veltrone AA, Almeida MA. Perfil da pessoa com deficiência no mercado de trabalho na cidade de São Carlos-SP. *Rev. Educ. Espec* 2010; 23(36):73-90.

16 Garcia VG, Maia AG. Características da participação das pessoas com deficiência e/ou limitação funcional no mercado de trabalho brasileiro. *R. bras. Est. Pop* 2014; 31(2):395-418

17 Coutinho BG, França ISX, Coura AS, Medeiros KKAS, Aragão JS. Qualidade de vida no trabalho de pessoas com deficiência física. *Trab. Educ. Saúde* 2017; 15(2):561-573.

18 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Dados do Senso de 2010*. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=431690>>. Acessado em 28 de jan. de 2019.

19 Baptista AK, Silva FCM. Perfil demográfico e do emprego das pessoas com deficiência no município de Belo Horizonte, MG – Brasil. *Rev Med* 2011; 21(3): 288-297.

20 Vianna LMBP, Tardelli PGAS, Almeida LIR. Inclusão e Mercado de Trabalho: uma análise das dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiência em ingressar no mercado na Grande Vitória (ES). *Revista Destarte* 2012; 2(2):95-109.

21 Organização Mundial da Saúde. *Global disability action plan 2014–2021: better health for all people with disability*. Genebra. 2014.

22 Doval JLM. Inclusão de pessoas portadoras de deficiência no mercado de trabalho: desafios e tendências. 199p.2006. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

23 França, THPM. *Deficiência e Pobreza no Brasil a relevância do trabalho das pessoas com deficiência*. [Tese] Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 2014.

24 Lancillotti SSP. *Deficiência e trabalho: redimensionando o singular no contexto universal*. Campinas: Autores Associados; 2003.

25 Brasil. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2015; 6 jul.

26 Brasil. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acessado em 30 de out. 2015.

27 Superior Tribunal De Justiça. *Sumula 377*. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/Inclus%C3%A3o,-direito-de-todos>. Acessado em 26 fev. 2019.

28 Ministério Do Trabalho E Emprego. *Parecer/Conjur/ MTE nº 444/2011*. Disponível em: <<http://www.assessoria.net/imgsistema/file/PARECER%20CONJUR%20444.pdf>>. Acessado em: 15 de abril de 2019.

29 Freitas GR, Maranhão TLG, Félix WM. A Deficiência Auditiva e a Possibilidade de Inclusão no Mercado de Trabalho. *Rev. Psic* 2017; 11(34):185-218.

30 Oliveira RB. *A escola, a diferença e os sujeitos que nela operam*. [Monografia] Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul-UNIJUI. 2012.

31 Redig AG, Glat R. Programa educacional especializado para capacitação e inclusão no trabalho de pessoas com deficiência intelectual. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ* 2017; 25(95):330-355.

32 Santos W. Pessoas com deficiência e inclusão no trabalho na América Latina: desafios à universalização dos direitos. *Cad. Bras. Ter. Ocup* 2017; 25(4):839-854.

33 Bittencourt ZZLC, Fonseca AMR. Percepções de pessoas com baixa visão sobre seu retorno ao mercado de trabalho. *Paidéia* 2011; 21(49):187-195.

34 Maia AMC, Carvalho-Freitas MN. O Trabalhador Com Deficiência Na Organização: Um Estudo Sobre O Treinamento Edesenvolvimento E A Adequação Das Condições De Trabalho. *REAd* 2015; 82(3):689-718.

35 Delgado MCS, Goulart IB. Práticas de desenvolvimento de pessoas com deficiência em uma instituição do setor educacional. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 2011; 6(1):39-52.

36 Nambu TS. Construindo Um Mercado de Trabalho Inclusivo: guia prático para profissionais de Recursos Humanos. Brasília: CORDE; 2003.

37 Pereira CS, Del Prette A, Del Prette ZAP. Qual o significado do trabalho para as pessoas com e sem deficiência física? *Psico-USF* 2008; 13(1):105-114.

38 Paiva JCM, Bendassolli PF, Torres CC. Sentidos e significados do trabalho: dos impedimentos às possibilidades do trabalho de pessoas com deficiências. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 2015; 15(1):218-239.

39 Pinheiro LRS, Dellatorre R. Desafios da Inclusão de Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho: um Estudo Sobre a Percepção dos Envolvidos. *Perspectiva* 2015; 39(148):95-109.

40 Neves-Silva P, Álvarez-Martín E. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en américa latina. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(12):4889-98.

41 Brasil. *Pessoa com Deficiência – Legislação*. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Pessoa com Deficiência (SNPD). Brasília: SDH-PR/SNPD; 2012.

42 Janner B, Delboni MCC, Ferreira, TG, Ponte AS, Pommerehn J. Pessoas com deficiência: identificando um cenário para a inserção do terapeuta ocupacional no interior do Rio Grande do Sul. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup* 2018; 2(1):68-84.

43 Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1):7-18.

4.3 Artigo 2 – Percepção dos trabalhadores, empregadores e órgão legal sobre a participação de pessoas com deficiência no mercado de trabalho²⁰

Perception of workers, employers and legal sector on the participation of people with disabilities in the labor market

Aline Sarturi Ponte – Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, e-mail: alinesarturi@hotmail.com.

Elenir Fedosse – Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Departamento de Fonoaudiologia, e-mail: efedosse@gmail.com.

Este estudo é parte integrante da Tese de Doutorado intitulada “Trabalhadores com Deficiência: uma Análise da Participação no Mercado de Trabalho no Município de Santa Maria, RS” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora. O estudo não está sendo avaliado para publicação em outra revista e não foi apresentado em eventos.

Colaboradores: Aline Sarturi Ponte é a autora do estudo e participou da concepção do texto manuscrito, organização de fontes e/ou análises e redação do texto. Elenir Fedosse é orientadora do estudo, e participou da concepção do texto manuscrito e revisão.

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Secretaria do PPGDCH - Prédio 26, sala 1418, 4º andar. Cidade Universitária, CEP 97.105-900, Santa Maria, RS. **E-mail** - alinesarturi@hotmail.com.

²⁰ Este artigo será encaminhado para a Revista Saúde e Sociedade (Anexo F).

Percepção dos trabalhadores, empregadores e órgão legal sobre a participação de pessoas com deficiência no mercado de trabalho

Perception of workers, employers and the legal body on the participation of persons with disabilities in the labor market

Resumo:

Este estudo objetivou compreender a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho a partir da percepção de trabalhadores com e sem deficiência e de gestores, bem como identificar a atuação de órgão legal implicado neste processo. Tem caráter quanti e qualitativo; os dados foram analisados descritivamente e por triangulação. Constatou-se prevalência do sexo masculino entre os trabalhadores com e sem deficiência e do sexo feminino entre os gestores; a maioria dos trabalhadores, de ambos os grupos, tinha Ensino Médio Completo. A maioria dos gestores tinha Ensino Superior Completo e não participou, durante a sua formação, de discussões sobre a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. A maioria dos trabalhadores com e sem deficiência ocupava postos em setores administrativos e a dos gestores estava em instituições educacionais. A maioria não participou de discussões/capacitações institucionais referentes à inclusão. Dos 192 trabalhadores sem deficiência, 22,3% trabalhavam no mesmo setor dos com deficiência. Foram identificadas barreiras arquitetônicas, atitudinais e de comunicação, mas também foram evidenciados facilitadores – a maioria dos participantes apresentou percepção favorável sobre o processo de inclusão. O órgão legal revelou-se fiscalizador. Portanto, houve predomínio masculino entre os trabalhadores e feminino entre os gestores. A escolaridade dos trabalhadores foi de ensino médio e superior, a dos gestores. Todos participantes identificaram a barreira de comunicação e percepção favorável dos processos de inclusão vivenciados.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência, Trabalho, Mercado de trabalho.

Abstract: This study aims to understand the inclusion of people with disabilities in the labor market from the perception of managers and workers with and without disabilities, as well as to understand the legal sector action implied in this process. It has quantitative and qualitative character, and the data were analyzed descriptively and by triangulation. It was verified the prevalence of males among workers with and without disabilities, and females among managers; the majority of workers in both groups have complete high school, while most managers had an undergraduate degree (Education) and did not participate, during their training, in discussions on the inclusion of people with disabilities in the labor market. The majority of workers with and without disabilities occupied functions in administrative sectors, while most managers worked in educational institutions. Most did not participate in institutional discussions/training regarding inclusion. From the 192 workers without disabilities, 22.3% worked in the same sector with workers with disabilities. Architectural, attitudinal and communication barriers were identified in the inclusion process; facilitators were also observed (most of participants presented a favorable perception on the process). The legal sector addresses the fiscalization. It is possible to verify a masculine predominance between the workers, and feminine among the managers. The schooling level of workers is high school, while for managers is undergraduate degree. All interviewees identified barriers, especially the communication, that directly interfered in the participation of workers with disabilities.

Key words: Disabled Persons, Work, Job Market

Introdução

O homem utiliza-se do trabalho para garantir a sua sobrevivência; o trabalho configura-se como ação responsável pelas transformações realizadas pelo homem no mundo físico e social (Quaresma, 2018). Para desempenhar a atividade laboral, o homem utiliza-se das forças naturais, produzidas a partir das ações do seu corpo, com o intuito de apropriar-se de recursos disponíveis na natureza e de agir sobre eles, tornando-os úteis para a sua sobrevivência (Marx, 1985). Ademais, o trabalho caracteriza-se como um ato de fazer, criar, inventar, pensar, produzir conhecimentos, ideias, descobrir. É a partir da atividade laboral que “o homem faz história, tanto a história da natureza, como da sociedade, dos objetos, da ciência, da tecnologia e a sua própria” (Quaresma, 2018, p. 37).

Para desempenhar as suas atividades de trabalho, o homem atual ingressa no mercado de trabalho – constituído pela relação entre a demanda e a oferta – cujo resultado são os salários. O mercado de trabalho é dinâmico, adequando-se constantemente às transformações das atividades laborais. É neste espaço que ocorrem as relações entre os trabalhadores, empresas e sociedade (Oliveira, Piccinini, 2011). Tais relações promovem a inserção do trabalhador na sociedade “exigindo, para tanto, ambientes e meios apropriados que possibilitem a convivência com as adversidades, deficiências e diferenças” (Leal, Mattos, Fontana, 2013, p. 60). Se o mercado de trabalho acompanha e estabelece a dinâmica social, espera-se que ele seja um espaço inclusivo a todas as diferenças apresentadas pelos trabalhadores que o compõe.

Atualmente está dado o fato de que o mercado de trabalho pode ser ocupado por trabalhadores com deficiência, reforçando a tendência das discussões sobre deficiência “(...) uma área recente das políticas sociais, herdeira de modelos de proteção social familiares e caritativos” (Portugal, 2016, p. 146).

A Constituição Federativa (CF) brasileira (Brasil, 1988) estabelece um conjunto de princípios legais que visam dignidade à população com deficiência. Nestes termos, impulsiona a elaboração de políticas públicas que, por sua vez, buscam promover a participação/inclusão de pessoas com deficiência. A propósito, a legislação brasileira é considerada uma das mais avançadas no que diz respeito à inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho (Toldrá, Sá, 2008). Portanto, a legislação tem contribuído para mudanças significativas na relação da sociedade para com as pessoas com deficiência.

Apesar dos avanços legais, sabe-se que a realidade enfrentada por esta população ainda é difícil; a aplicação da legislação ainda é frágil, indicando ser imprescindível a qualificação das ações referentes à profissionalização da população com deficiência para o mercado de trabalho (Toldrá, Sá, 2008).

As investigações científicas versam sobre políticas públicas, inclusão escolar nos diferentes níveis de ensino, acessibilidade, barreiras de comunicação, atitudinal, arquitetônicas, sociais, acesso a saúde e ao mercado de trabalho. Porém, este último carece de reflexões que considerem a percepção dos trabalhadores com deficiência, seus gestores e colegas de trabalho. Por isso, este estudo visou compreender a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, a partir da percepção de trabalhadores – com e sem - deficiência e dos gestores, especialmente, dos postos de trabalho e, ainda, buscou compreender a atuação de órgãos públicos legais implicados no processo de inclusão de trabalhadores com deficiência.

Metodologia

Este estudo foi desenvolvido a partir de uma metodologia quantitativa no que se refere à descrição sociodemográfica dos trabalhadores e dos gestores e qualitativa quanto à percepção dos mesmos acerca do processo de inclusão laboral em um município gaúcho de médio porte. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Universidade onde se realizou a pesquisa, sob parecer número 2.351.904. Todos os participantes deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O cenário do estudo foi definido a partir dos dados do Câmara de Dirigentes e Lojistas e da Agência de Desenvolvimento do Município, onde ocorreu o estudo. Tal levantamento indicou 1145 Empresas/Instituições, sendo identificadas, por meio de busca ativa (telefonemas e/ou visitas), 64 Empresas/Instituições que atendiam aos critérios de inclusão deste estudo: presença de trabalhadores com deficiências (físicas, sensoriais e intelectuais em seus quadros. Identificou-se, assim, a presença de 192 trabalhadores com deficiência; estes responderam a um questionário sociodemográfico e foram entrevistados (entrevista semiestruturada). Os trabalhadores sem deficiência, os gestores e o único trabalhador de órgão legal identificado, também, foram entrevistados. Destacam-se, no Quadro 1, as questões comuns aos três grupos de sujeitos participantes desta pesquisa.

Quadro 1 – Questões selecionadas das entrevistas semiestruturadas dos trabalhadores com e sem deficiência e dos gestores.

Grupo	Questões
Trabalhadores com deficiência	Como você percebe o seu processo de inclusão no setor/empresa que trabalha atualmente?
	No seu processo de inclusão você percebeu algum tipo de barreira de acessibilidade ou atitudinal, destaque cada uma delas.
	No seu processo de inclusão você percebeu algum tipo de facilitador, destaque cada uma delas.

	A empresa disponibiliza algum momento de discussão ou capacitação sobre inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho?
Gestores e trabalhadores sem deficiência	Como você percebe a inclusão da pessoa com deficiência na sua empresa/setor?
	Você percebe que o trabalhador com deficiência aqui do setor/empresa depara-se com algum tipo de barreira de acessibilidade ou atitudinal?
	Você percebe algum tipo de facilitador dentro do setor/empresa no processo de inclusão de pessoas com deficiência, destaque cada uma delas.
	A empresa disponibiliza algum momento de discussão ou capacitação sobre inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho?

Fonte: questões elaboradas pelas autoras para coleta de dados.

Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para preservar a identidade dos participantes, estes serão identificados como: i) Trabalhador com Deficiência – TD1, TD2, TD3 *etc*; ii) Trabalhador de um órgão legal – T1, T2, T3 *etc*; iii) Trabalhador sem deficiência – TsD1, TsD2, TsD3 *etc*; iv) Gestores – G1, G2, G3 *etc*.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2017 a dezembro de 2018. Participaram do estudo 51 Empresas/instituições; , resultando em quatro grupos de participantes: i) trabalhadores com deficiência (dos 231 trabalhadores, 192 adeririam ao estudo, porém a amostra contou com 85 trabalhadores, visto que a partir deste número houve saturação das informações obtidas nas entrevistas; ii) trabalhadores sem deficiência (192 – definida mediante sorteio para não gerar conflito de interesse ou desconforto) - os dados apresentados neste estudo são de 43 trabalhadores sem deficiência, priorizando-se aqueles que dividiam setor com trabalhadores com deficiência; iii) gestores em contato direto com trabalhadores com deficiência (77) e iv) um trabalhador do órgão legal envolvido com inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

A Análise por Triangulação de Métodos (Minayo, 2005) foi utilizada neste estudo; as respostas obtidas nas entrevistas foram categorizadas e quantificadas. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente e articulados com os dados qualitativos.

Resultados

No grupo dos trabalhadores com deficiência houve a predominância do sexo masculino; nos grupos dos gestores e dos trabalhadores sem deficiência, a maioria foi do sexo feminino e o trabalhador do órgão legal era do sexo masculino. A média de idade dos trabalhadores com deficiência foi de 39,7 anos (mínimo de 18 e o máximo de 70), a dos gestores foi de 44,3 anos (mínima de 26 e a máxima de 76 anos), a dos trabalhadores sem deficiência foi de 37,7 anos (mínima de 18 e a máxima de 68 anos) e o trabalhador do órgão legal tinha 33 anos de idade. Quanto ao nível de escolaridade, os trabalhadores com e sem deficiência tinham Ensino Médio

Completo (28,6% e 29,6%, respectivamente), 35,4% dos gestores tinham Ensino Superior Completo (35,4%) e o trabalhador do órgão público tinha Ensino Superior Completo (confira Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização do Trabalhadores com deficiência (n=192), Gestores (n=77) e Trabalhadores sem deficiência (n=192).

Variáveis	Trabalhadores com Deficiência		Gestores		Trabalhadores sem Deficiência	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo						
Masculino	113	57,8	33	43,1	85	44,3
Feminino	79	42,1	44	56,9	107	55,7
Escolaridade						
Analfabeto	1	0,5	-	-	-	-
EFI*	10	5,2	-	-	3	1,5
EFC*	8	4,1	-	-	6	3,2
EMI*	15	7,8	-	-	2	1,3
EMC*	55	28,6	4	5,1	57	29,6
CTI*	2	1,2	-	-	-	-
CTC*	4	2,3	3	3,7	8	4,2
ESI*	26	13,5	3	3,7	17	8,8
ESC*	43	22,3	27	35,4	46	23,9
Especialização	15	7,8	20	26,6	30	15,5
Mestrado	10	5,2	7	9,2	15	7,8
Doutorado	3	1,5	12	15,1	8	4,2
Pós-doutorado	-	-	1	1,2	-	-
Ocupação						
Administrativas	53	29,3	10	13,8	61	32,6
Educação	26	13,5	41	51,1	30	15,6
Atendente	24	12,5	-	-	17	8,8
Manutenção de espaços	18	9,3	-	-	24	12,2
Cobrador	14	7,2	-	-	-	-
Saúde	13	6,7	13	16,4	13	6,7
Comércio	12	6,2	7	8,8	10	5,2
Armazenador	9	4,6	-	-	10	5,2
Manutenção de veículos	5	2,6	-	-	11	5,7
Indústria metalúrgica	5	2,6	2	2,5	4	2
Indústria Gráfica	4	2	1	1,2	4	2
Informática	4	2	-	-	-	-
Indústria alimentícia	2	1	1	3,7	2	1
Comunicação	1	0,5	-	-	-	-
Coordenador de produção	-	-	2	2,5	-	-
Téc. Segurança do trabalho	-	-	-	-	3	1,5
Fiscal	-	-	-	-	2	1
Motorista	-	-	-	-	1	0,5
Oferta de um momento de discussão ou capacitação sobre inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho						
Não	160	83,4	67	87,4	187	92,2
Sim	32	16,6	10	12,6	5	7,8

* EFI: Ensino Fundamental Incompleto; EFC: Ensino Fundamental Completo; EMI: Ensino Médio Incompleto; EMC: Ensino Médio Completo; CTI: Curso Técnico Incompleto; CTC: Curso Técnico Completo; ESI: Ensino Superior Incompleto; ESC: Ensino Superior Completo.

Fonte: os dados foram apresentados em n (percentual).

Dos 192 trabalhadores sem deficiência, 149 (77,6%) não dividiam o setor de trabalho com trabalhadores com deficiência e, portanto, 43 (22,3%) dividiam setores com trabalhadores com deficiência. Dos 85 trabalhadores com deficiência entrevistados, três concordaram em participar do estudo, mas mencionaram que não se consideram deficientes, sendo assim, suas respostas não foram contabilizadas.

A maioria dos trabalhadores com e sem deficiência e dos gestores referiu não perceber a existência barreiras no ambiente de trabalho. Os que se depararam com barreiras mencionaram que estas são arquitetônicas, atitudinais e de comunicação. Em relação aos facilitadores, a maioria dos participantes, dos três grupos, referiram não perceber a existência de facilitadores e compreenderam o processo de inclusão como favorável (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização das Questões selecionadas: Trabalhadores com deficiência (n=82), Gestores (n=77) e Trabalhadores sem deficiência (n=43).

Variáveis	Trabalhadores com Deficiência		Gestores		Trabalhadores sem Deficiência	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Percepção – Barreiras						
Não Percebe	40	48,5	63	82,1	35	79,5
Barreira Arquitetônica	24	29,4	9	11,3	3	6,8
Barreira Atitudinal	9	10,5	1	1,4	5	9,8
Barreira Arquitetônica e Atitudinal	7	8,2	-	-	-	-
Barreira de Comunicação	1	1,7	4	5,2	1	1,2
Barreira Atitudinal e de Comunicação	1	1,7	-	-	2	2,7
Percepção – Facilitadores						
Não percebe	65	80,1	71	97,1	36	86,7
Percebe	17	19,9	6	2,9	8	13,3
Percepção sobre o processo de inclusão						
Favorável	79	96,5	72	95,9	40	90,7
Desfavorável	3	3,5	4	2,9	1	2,5
Burocrática	-	-	1	1,2	3	6,8

Fonte: os dados foram apresentados em n (percentual).

Os espaços pequenos, a falta de rampas, de banheiros adaptados, as reformas, a distância percorrida para acessar o ponto de ônibus foram algumas das barreiras arquitetônicas referida pelos trabalhadores com deficiência (TD5, TD184 e TD191).

“Sim até pelo espaço do lugar, como tu pode ver é um espaço bem restrito, esse espaço aqui é provisório, [...] a gente vai dando um jeito” (TD5, Empresa/Instituição pública).

“Como o setor ainda está em reforma, tem dificuldade de acesso no entorno e agora eu tenho todo um trajeto maior que pegar o ônibus, por que ele não para aqui na frente para embarque, como é a última parada é só desembarque, [...] o trajeto para eu caminhar ficou maior, então final do dia as pernas e os pés já estão mais inchados, acaba ficando um pouco mais complicado” (TD184, Empresa/Instituição pública).

“É assim, para a pessoa com deficiência visual as barreiras de acessibilidade são principalmente de orientação e mobilidade [...]. Aqui a [...] já está colocando piso tátil, tem o ônibus interno, apesar de não ter acessibilidade, mas já ajuda, o site a gente está remodelado e ele tá mais acessível agora” (TD191, Empresa/Instituição pública).

Nas falas de G4 e G36 e dos TsD1 e TsD3, também apareceram referências a barreiras arquitetônicas presentes nos ambientes de trabalho.

“[...] estrutura sim, a construção do prédio é antiga, então temos as dificuldades estruturais, [...]” (G4, Empresa/Instituição pública).

“Aqui é uma [...] pequena, a alguns anos atrás foram feitas algumas adaptações, mas ainda falta algumas coisas, [...]” (G36, Empresa/Instituição pública).

“Acho que ela tem sim, por que tem alguns lugares aqui que tem uns degraus meio irregulares, até a gente se atrapalha as vezes e para ela que tem o problema na perna o no braço acho que fica mais complicado” (TsD1, Empresa/Instituição privada).

“Eu vejo que ainda temos muitas barreiras de acesso, ainda faltam muitas rampas, o [...] está passando por uma reforma isso também atrapalha bastante, temos um elevador também que esta estragado e as vezes o que está funcionando também estraga, claro que no caso da colega ela trabalha aqui no térreo, mas se ela precisa ir em algum setor administrativo que fica nos outros andares [...]” (TsD3, Empresa/Instituição pública).

Em relação às barreiras atitudinais, os trabalhadores com deficiência referiram atitudes discriminatórias e preconceituosas, conforme as falas de TD4, TD155, TS160 e TS184.

“Sim, pela diretora [...], ela não me aceitava, ela disse que eu não era por completo, [...], aquilo me matou sabe, [...]. Eu fiquei umas duas semanas sem atuar; eu estava vindo, mas eu não era colocada em nenhum setor por que eu tinha deficiência auditiva, tipo eu me formei [...] mas ela me via como incapaz, ai não sei por que ela decidiu e me jogou aqui [...] ela poderia ter me colocado [...] e aqui é o pior lugar para trabalhar [...]. Eu acho que a ideia dela era que eu desistisse, pedisse demissão, porque eu não ia aguentar, mas eu fui continuei porque eu tive muito apoio dos meus colegas e aí passou sabe? Eu ultrapassei essa barreira e passou. Ai depois ela quis me tirar daqui

[...] aí os colegas reagiram e me defenderam e aí passou os anos trocou a direção e eu não tive mais problemas” (TD4, Empresa/Instituição pública).

“Barreiras de atitude isso sempre acontece assim das pessoas te olharem com coitadismo, mas eu não aceito esse rotulo” (TD155, Empresa/Instituição privada).

“É eu já me senti discriminado aqui dentro, já teve episódios assim que eu pedi para aprender a usar outras máquinas e eles julgaram ruim e isso é ruim” (TD160, Empresa/Instituição privada).

“Eu senti sim, um preconceito no começo para o ingresso aqui, por que não chamava da lista, simplesmente parou a lista de deficientes, aí a gente teve que se mobilizar e foi por meio de um processo administrativo que a gente sinalizou que a gente estava atento a lista e ao que estava acontecendo e aí em seguida chamaram” (TD184, Empresa/Instituição pública).

Dos 77 gestores participantes, um referiu ter presenciado uma atitude que considera preconceituosa (G3).

“O que eu posso te dizer, [...] posso chamar de preconceito, venho um representante [...], para analisar aqui e aí quando eu fui apresentar o [...]: - esse é o chefe da [...], e aquele rapaz não disse prazer, aquele rapaz só olhou para as pernas e para a cadeira de rodas, isso me chocou, com tanta coisa pra olhar, ele não deu um bom dia, prazer, não, ele foi com os olhos diretos, então o que eu vou pensar dessa pessoa cuja atenção foi direto pra a cadeira, para as pernas, e eu considero isso um preconceito, [...]” (G3, Empresa/Instituição pública).

Os trabalhadores sem deficiência mencionaram ter presenciado atos que consideraram discriminatórios com os trabalhadores com deficiência; referiram que os atos não foram cometidos por pessoas que compõe a equipe, e sim, por pessoas que não eram da empresa/instituição (TsD38, TsD103).

“O que eu vejo é a reação dos clientes com ele, já teve fato de clientes vir reclamar e xingar, por que tem esse tipo de pessoa atendendo, isso é um absurdo, [...]. Mas a gente observa alguns comportamentos estranhos dos clientes, assim como tem gente que trata muito bem ele, tem gente que simplesmente ignora ele, [...] faz de conta que ele é invisível, nesse caso é bem complicado” (TsD38, Empresa/Instituição pública).

“[...] tem clientes que discriminam eles, assim, quando eles vão empacotar ou quando a gente pede para eles chamarem alguém ou buscar alguma coisa as pessoas ficam incomodadas, por que mandaram ele, não podia mandar outra pessoa, agora vai demorar mais, eu já ouvi alguns comentários assim de clientes” (TsD103, Empresa/Instituição privada).

Os três grupos mencionaram que as barreiras de comunicação interferem no ambiente de trabalho e no processo de inclusão. Para o TD57 a falta de comunicação no ambiente de trabalho gera exclusão do trabalhador com deficiência.

“Eu vejo uma barreira de comunicação, porque nos meus empregos anteriores eu me sentia excluída, porque as pessoas não conversavam comigo, eles não sabiam a língua de sinais, aí eu ficava trabalhando nos lugares e fazendo sempre as mesmas coisas não tinha orientação isso foi muito difícil. E aqui no início também tive barreiras para me comunicar, mas aí vinha a [...] e traduzia, mas hoje eu já não encontro nenhuma barreira, porque teve o curso de LIBRAS aqui e aí a comunicação melhorou muito. E que aqui eu gosto de trabalhar, porque ela tem a comunicação” (TD57, Empresa/Instituição privada).

Os G15, G29, G51, relatam as dificuldades enfrentadas com trabalhadores com deficiências auditivas, classificando estas como uma barreira do processo de inclusão.

“Não percebo barreiras de acesso ou de atitudes, o que eu considero uma barreira é a comunicação, até pouco tempo a gente tinha dois surdos era bem difícil, os trabalhadores com limitações motoras, limitações na fala foram tranquilos, os mais difíceis foram os surdos” (G15, Empresa/Instituição privada).

“Quando ela chegou eu era a única que sabia LIBRAS aqui na [...], e isso gerou uma barreira de comunicação, aí organizamos uma capacitação em LIBRAS, ainda não conseguimos capacitar todos os trabalhadores, mas já melhorou bastante a comunicação dela aqui dentro da [...]” (G29, Empresa/Instituição privada).

“É o principal problema que eu senti foi quando a gente teve um estagiário que era surdo, eu não conseguia me comunicar com ele, eu vejo isso como uma grande barreira” (G51, Empresa/Instituição pública).

No relato do TsD157, observa-se que pelo não conhecimento da Língua Brasileira de Sinais os trabalhadores sem deficiência utilizam-se de outros meios, como sinais e escrita para se comunicar com os trabalhadores com deficiências auditivas.

“É o que eu percebo é a dificuldade de se comunicar, por que assim, a gente tenta se comunicar do jeito que dá, por que a gente não sabe falar na língua deles, então a gente faz gesto, escreve, a gente dá um jeito, a gente se entende” (TsD157, Empresa/Instituição privada).

Mas os trabalhadores com deficiência não se depararam com as barreiras isoladas, a associação de barreiras arquitetônicas e atitudinais foi mencionada pelo TD173.

“Aqui acontecia, logo que eu cheguei, a todo o momento trocavam uma coisa de lugar, [...] até as pessoas conseguirem entender que isso precisava ser

informado levou um tempo. Então assim, barreiras sempre tem, principalmente arquitetônicas. E barreira atitudinal, isso sim, ainda tem, principalmente pelo fato de eu ser [...] e ser cego, então as pessoas sempre me perguntam, como é que tu [...] se tu não consegue ver? Aqui acho que essa barreira já ficou no passado [...]” (TD173, Empresa/Instituição pública).

Assim, como a associação de barreiras atitudinais e de comunicação foi relatada pelo TD181 e pelo TsD154.

“[...] A barreira que eu enfrento é a de comunicação, acontece muito de as vezes as pessoas acharem que eu não estou prestando atenção, ou quando falam de longe comigo assim e eu não respondo, aí me julgam como antipática, [...], quando me dão uma orientação falando de longe comigo eu não entendo, isso acontece todos os dias aqui. E de atitude, [...] que acontece, por que eu mexo muito o WhatsApp, é a maneira que eu tenho para me comunicar, até por que eu trabalho com muitos surdos ai algumas pessoas reclama por que eu tô sempre mexendo no WhatsApp, mas pra mim WhatsApp é que nem telefone é a maneira que eu tenho de me comunicar. [...]” (TD181, Empresa/Instituição pública).

“Eu percebo dificuldade quando tem reuniões da instituição, e que se a [...] que é fluente em LIBRAS não está ou não pode vir, ele não é chamado, aí quando ela pode ele é chamado. Claro que a gente passa tudo pra ele o que é discutido, mas ele fica sem oportunidade de dar a opinião, então eu acho que se tu emprega, tu tem que dar condições daquele trabalhador participar te todas as atividade de trabalho da instituição, pra pessoa ser realmente incluída” (TsD154, Empresa/Instituição privada).

Observa-se que, nos três grupos, a maioria dos participantes não percebe a presença de facilitadores no processo de inclusão. Dos 82 trabalhadores com deficiência 17 (19,9%) mencionaram como facilitadores a vaga de concurso, a disponibilidade de curso de LIBRAS pela empresa, a flexibilidade do posto de trabalho, a ampliação da tela e a tecnologia (TD3, TD57, TD92, TD172, TD173).

“O concurso ofertando vagas para pessoas com deficiência em forma de lei” (TD3, Empresa/Instituição pública).

“O pessoal aqui ter aprendido LIBRAS” (TD57, Empresa/Instituição privada).

“A flexibilidade, eles já me disseram que se eu cansar de ficar muito tempo sentada eu posso sair e caminhar um pouco pela loja e isso para mim é importante [...]” (TD92, Empresa/Instituição privada).

“Sim, a ampliação da tela” (TD172, Empresa/Instituição privada).

“A tecnologia facilita, [...], porque hoje em dia eu tenho acesso a tudo com o notebook, eu tenho leitor de tela, no celular também. Eu e a minha companheira de sala, a gente faz a bidocência aqui [...], a gente se troca e-

mail com o planejamento em Word [...] então sem a tecnologia eu não conseguiria ter estudo e desenvolver as minhas funções aqui [...]” (TD173, Empresa/Instituição pública).

Os gestores referiram como facilitadores as adaptações estruturais e de máquinas de trabalho e os cursos de LIBRAS ofertado para os gestores e trabalhadores sem deficiência (G12, G16, G29 e G31).

“As adaptações, as rampas de acesso, tem os banheiros adaptados, então essas pessoas têm uma mobilidade melhor independente da necessidade que ela tenha. [...]. A empresa está se adaptando, mas ainda temos algumas coisas para melhorar” (G12, Empresa/Instituição privada).

“As adaptações da máquina são um facilitador [...]. Essa máquina tinha vários avisos sonoros e a gente adaptou para ter avisos visuais, [...]. Temos também adaptações no plano de incêndio com todos os avisos luminosos, eles têm também um padrinho no plano de incêndio, caso eles não enxerguem as luzes o padrinho procura eles dentro da empresa para auxiliar” (G16, Empresa/Instituição privada).

“O curso de Libras, o curso deu mais liberdade pra [...], porque antes eu tinha que auxiliar, ficava mais complicado, hoje ela já tem mais liberdade, facilitou a comunicação aqui dentro, [...] (G29, Empresa/Instituição privada).

“A demarcação da vaga da garagem, próxima a entrada do prédio para ele ter um acesso mais fácil, as rampas de acesso e também ele foi alocado em um setor que ele trabalha mais sentado e não precisa se deslocar muito, acho que essas providencias facilitam a locomoção do [...]” (G31, Empresa/Instituição pública).

As adaptações no posto de trabalho e o curso de libras foram mencionados por TsD60 e TsD63 como facilitadores do processo de inclusão.

“O curso de LIBRAS, para todos os funcionários, os que não fizeram a agora vão fazer depois, e hoje está um pouco mais fácil, mas a gente precisa treinar mais” (TsD60, Empresa/Instituição privada).

“[...] adaptações pra ela digitar, pra ela ficar mais confortável e é bem legal trabalhar com ela, pra nós é a coisa mais natural” (TsD63, Empresa/Instituição privada).

Os trabalhadores com deficiência percebem o seu processo de inclusão como favorável, veem este como natural, tranquilo, alguns destes refeririam que os colegas são acessíveis e que contam com o auxílio e compreensão destes (TD12, TD15, TD81, TD92 e TD184).

“Foi natural, todo mundo me trata bem” (TD12, Empresa/Instituição privada).

“Tranquilo, as colegas sabem da minha dificuldade, me ajudam bastante [...]” (TD15, Empresa/Instituição privada).

“[...], os colegas são todos bem acessíveis, são todos bem compreensíveis” (TD81, Empresa/Instituição privada).

“Me aceitaram bem. Eu estava com medo disso também, mas fui bem aceita” (TD92, Empresa/Instituição privada).

“Aqui é tranquilo, eu não tenho problema nenhum com os colegas a princípio de diferenciação, pelo contrário e se eu estiver precisando de ajuda aí eu solicito, aqui eu consigo desenvolver o meu trabalho bem tranquilo” (TD184, Empresa/Instituição pública).

Os gestores compreendem que o processo de inclusão é favorável quando este ocorre de uma forma tranquila, natural, quando o trabalhador com deficiência é integrado na equipe, e é aceito, estes veem este processo como uma oportunidade de crescimentos para os envolvidos no processo (G8, G42 e G48).

“Na minha ótica eu vejo eles completamente integrados no trabalho da instituição. Eu acredito que já se superou aquele momento em que se olha assim, poxa ele tem uma deficiência X, será que ele vai dar conta do recado? Eu acredito que isso foi superado” (G8, Empresa/Instituição privada).

“Eles vêm para somar, para acrescentar, é uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, tanto para a pessoa com deficiência quanto para a equipe que vai recebê-lo e tem por objetivo gerir e adaptar-se as diferenças” (G42, Empresa/Instituição privada).

“É natural, como se não tivessem deficiência, aqui não se faz nenhuma distinção, a não ser estas questões de móveis que nós estamos buscando adaptar para eles, [...]” (G48, Empresa/Instituição pública).

Os trabalhadores sem deficiência ressaltaram como pontos favoráveis do processo de inclusão, que foi um processo natural, normal e tranquilo, alguns trabalhadores referiram ter alguns cuidados com os trabalhadores com deficiência e percebem que estes foram bem recebidos pela equipe (TsD3, TsD5, TsD101 e TsD104).

“É natural, a [...] trabalhar normalmente no setor, atende pacientes, muito pacientes” (TsD3, Empresa/Instituição pública).

“O que a gente cuida e organiza é para a [...] não ficar no setor [...] por que ali tu trabalhar só com o telefone e como a [...] tem essa dificuldade para ouvir ela não fica lá [...]” (TsD5, Empresa/Instituição pública).

“Olha as nossas relações são naturais, ninguém exclui eles, a equipe tá sempre junto conversando e dando risada nos intervalos” (TsD101, Empresa/Instituição privada).

“[...] a gente procura ter bastante cautela com eles, na verdade seria um cuidado, porque tem dias que eles tão bem, [...]. A gente trata eles como trata todos os outros, com bastante naturalidade, até por que eles são pessoas normais como qualquer outra, claro eles tem as limitações deles, mas pra mim eles são como os outros” (TsD104, Empresa/Instituição privada).

Foram apontadas, pelos três grupos, algumas dificuldades enfrentadas no processo de inclusão (TD4 e TD57; G26 e G58; Tsd60).

“Eu tive dificuldade aqui, mesmo com vaga para cotista, aqui eu sofri preconceito” (TD4, Empresa/Instituição pública).

“No início foi um pouco difícil por que as pessoas aqui não sabiam LIBRAS, mas agora depois do curso melhorou, agora consigo me comunicar com quase todos” (TD57, Empresa/Instituição privada).

“Olha eu acho complicado, até porque eu não tive esse preparo, [...]. E também, a [...] não nos dá condições para receber este tipo de trabalhador. Eu tive na minha equipe uma trabalhadora surda e nas reuniões ela sempre participava, mas eu tinha dificuldade por ela não entender o que eu estava falando e na equipe ninguém sabia LIBRAS, então isso foi uma dificuldade bem grande” (G26, Empresa/Instituição privada).

“E no início foi muito difícil aqui, [...] até a gente entender que ele tem o tempo dele para fazer as coisas, olha é um processo. Olha eu percebo que a [...] recebe os trabalhadores com deficiência, mas não tem uma análise do setor [...], não deve se, há por que lá nas [...] estão precisado de alguém, não, não deve ser assim, tu tem que entender qual é a função e quais são as limitações que a pessoa tem, e para ele não teve essa análise” (G58, Empresa/Instituição pública).

“A [...] é surda a comunicação se torna um pouco mais difícil, num primeiro momento eu senti uma estranheza, um pouco de medo de trabalhar com uma pessoa que tem essa deficiência. Mas como o curso de LIBRAS ficou um pouco mais fácil, mas a gente precisa treinar mais” (TsD60, Empresa/Instituição privada).

Houve alguns gestores (G54) e trabalhadores sem deficiência (TsD38 e TsD170) que referiram o processo de inclusão como sendo burocrático.

“A inclusão a gente sente, sente o princípio da a inclusão, mas ela ainda tá de vagar aqui dentro. E vem acontecendo porque vem de cima pra baixo, porque se deixasse pela instituição acredito que não teria nenhuma pessoa com deficiência aqui dentro. Porque foi uma lei maior que obrigou a abrir as vagas para deficientes, se não provavelmente não teria” (G54, Empresa/Instituição pública).

“E eu vou ser bem sincera contigo, [...] eu acho que se não tivesse essa lei 99% das empresas não contrataria pessoas com deficiência, então é preciso

ter as lei para que as oportunidades aconteçam para essas pessoas, eu tenho certeza que se não tivesse a lei não teriam as cotas nas empresas, no concursos público, não teria” (TsD38, Empresa/Instituição pública).

“Ela não é muito percebida, as vezes me parece que é mais a obrigação de cumprir uma regra, uma legislação, do que exatamente incluir, [...]” (TsD170, Empresa/Instituição privada).

Em relação ao órgão legal, pode-se observar pelo relato de T1 que as ações deste ficam mais voltadas para as questões burocráticas e de fiscalização em relação a inclusão dos trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho.

“[...] não pode determinar quem que a empresa vai contratar isso é uma liberdade da empresa, do empregador. Aqui [...] a nossa atribuição é a fiscalização. Então os trabalhadores podem procurar o SINE, o pessoal do INSS da reabilitação, então são esses setores os mais responsáveis por uma intermediação. Existe no [...] um planejamento com as prioridades que são elencadas, tem projetos [...] e o de inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho é um dentre os obrigatórios [...] então nos verificamos através do sistema as empresas que estão com débito nas cotas de cumprimento e executamos as notificações e fiscalizações nesses estabelecimentos para que eles venham a contratar e cumprir o seu dever legal referente ao cumprimento das cotas. Então indiretamente, mas que acaba tendo efeitos diretos, a fiscalização por exigir o cumprimento da Lei faz aumentar a busca, a contratação de trabalhadores com deficiência para fechar a sua cota e cumprir a sua função social” (T1 – Órgão legal).

Mas, este órgão legal mantém uma parceria com outro órgão legal, esta parceria auxilia o processo de reinserção de trabalhadores reabilitados no mercado de trabalho, como expõem T1.

“O que a gente tem aqui no [...], é um projeto em conjunto com [...] que eles verificam quais as empresas estão com [...] de determinados setores, determinadas empresas e fazem o encaminhamento, então a gente chega e extrai aqui do sistema essas empresas repassa para eles e com base nisso eles podem casar a oferta e a demanda, então se tem empresas que precisam de determinada função e eles tem trabalhadores [...]. Esse projeto é uma forma até de auxiliar [...] por que as vezes o trabalhador era reabilitado e tinha a dificuldade do encaminhamento, [...] então achamos importante casar informações entre órgãos distintos apesar de não ser uma coisa institucional [...], mas aqui em âmbito local a gente consegue dar um passo a mais para facilitar a inserção das pessoa com deficiência no trabalho” (T1 – Órgão legal).

Discussões

Os dados censitários brasileiros revelam que os homens ocupam mais postos de trabalho que as mulheres, corroborando os dados apresentados neste estudo (IBGE, 2013). Em relação aos cargos de gestão (públicos e privados) observa-se neste estudo a prevalência de participantes do sexo feminino, dados deste não corroboram os apresentados pelo Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE) (60,9% eram ocupados por homens e 39,1% por mulheres (IBGE, 2016). A média de idade dos participantes dos grupos equivale-se a faixa etária da população brasileira (25 a 39 anos) (IBGE, 2013).

Pelos dados apresentados pelos IBGE, 50,8% dos trabalhadores brasileiros ocupados concluíram o ensino médio, assim como os trabalhadores com e sem deficiências participantes deste estudo (IBGE, 2013). Em relação aos gestores, a maioria destes tem formação na área da educação e quando questionados sobre a existência/participação em discussões sobre inclusão de trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho, observa-se a carência desta temática durante o processo de graduação. Para Monteiro et al. (2011), a inexistência desta discussão pode gerar o desconhecimento, por parte dos gestores, das capacidades laborais das pessoas com deficiências. Frente a esta reflexão, Renner, Schaan e Boessio (2015) afirmam que um gestor capacitado terá conhecimento e domínio para lidar com as diversas situações que possam vir a acontecer no ambiente de trabalho, sendo assim, torna-se necessária a preparação de gestores para trabalhar com equipes que tenham trabalhadores com deficiência inclusos.

A maioria dos trabalhadores com e sem deficiência ocupam postos de trabalho em setores administrativos, ressalta-se que três trabalhadores com deficiência que ocupavam cargos de chefe e subchefe, os demais desempenhavam funções auxiliares. Em relação aos trabalhadores sem deficiência, todos exerciam funções auxiliares. No estudo apresentado por David (2010), o grupo de trabalhadores com qualificação média foram incluídos os trabalhadores de serviços administrativos (escriturários e de atendimento), os vendedores e os trabalhadores da produção. Deitos e Lara (2016), afirmam que o mercado de trabalho brasileiro tem exigido dos trabalhadores um nível escolar médio ou superior para que estes possam dar conta das demandas exigidas pelas atividades laborais.

Pode-se perceber a carência existente em relação as discussões sobre inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. A partir dos dados compreende-se que estes trabalhadores são inclusos, mas são escassos os espaços de troca para compreensão sobre as potencialidades e dificuldades/barreiras deste processo, ressalta-se que não foram encontrados estudos nas bases nacionais e internacionais consultadas que mencionassem a disponibilidade destes espaços nas empresas/instituições.

Barreiras são todos os obstáculos e atitudes que restrinjam os exercícios de direitos e a participação social de uma pessoa em qualquer área da vida, são classificadas como barreiras: as arquitetônicas, urbanísticas, de transporte, de comunicação e informação, atitudinais e tecnológicas (Brasil, 2015). Mesmo que a maioria dos trabalhadores com e sem deficiências e

gestores tenham referido que não percebem o enfrentamento de barreiras nos ambientes de trabalho, observou-se no relato que estes enfrentam estas no seu cotidiano laboral.

As barreiras arquitetônicas foram as mais mencionadas pelos trabalhadores com deficiência e gestores, estas caracterizam-se por obstáculos existentes em edificações públicas ou privadas (Brasil, 2015). Costa (2012), afirma em seu estudo que o posto de trabalho e a empresa/instituição, como um todo, devem ser analisados no momento da contratação de um trabalhador com deficiência, pois alguns projetos arquitetônicos, principalmente para alguns postos de trabalho não tem a preocupação com as questões relativas a acessibilidade, o que podem causar transtorno, acidentes de trabalho ou até a não contratação de um trabalhador com deficiência física ou visual, por exemplo.

Deste modo, a eliminação destas é importante para garantir a esta população o direito de participação social, considerando que o ambiente de trabalho é um local de participação social torna-se importante o investimento em adequações arquitetônicas para garantir o acesso desta população. Ressalta-se que estes investimentos não devem partir apenas dos empregadores, ações governamentais são importantes para garantir o deslocamento seguro destas pessoas até as empresas/instituições (Anjos et al., 2016). Estas ações governamentais devem atentar-se para a eliminação de barreiras urbanísticas (obstáculos existentes em vias e espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo [Brasil, 2015]) e de transporte (presentes nos sistemas e meios de transporte [Brasil, 2015]) que o trabalhador enfrenta no trajeto da sua residência até a empresa/instituição.

As barreiras atitudinais, como preconceito e discriminação, foram mencionadas pelos três grupos que compõe o ambiente de trabalho. Estas barreiras caracterizam-se por atos ou condutas que causem algum impedimento ou prejuízo ao direito de participação social das pessoas com deficiência (Brasil, 2015). Estas relacionam-se com a discriminação, os estigmas, os estereótipos e os preconceitos enfrentados pelas pessoas com deficiência, ressalta-se que estas impedem e/ou dificultam o processo de inclusão social destas pessoas (Sasaki, 2009).

As barreiras atitudinais no ambiente de trabalho são mencionadas em outros dois estudos nacionais. No estudo de Monteiro et al., (2011), ocupado em discutir a responsabilidade social das empresas, os autores ressaltam que as barreiras atitudinais estão presentes e dificultam o processo de inclusão dos trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho. Para Barreto, Alves e Morais (2012), a inclusão de trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho exigiu destes, dos empregadores e dos demais trabalhadores, o enfrentamento da aceitação de diferenças individuais, produtividade e aprendizagem por meio de cooperação.

Estudos realizados por Vianna, Tardelli e Almeida (2012), Leal, Mattos e Fontana (2013), Neves-Silva, Pais e Silveira (2015), Antunes et al., (2016), demonstram que o preconceito ainda é um dos principais obstáculos enfrentado pelas pessoas com deficiência, este fato dá-se a valores, crenças e mitos estabelecidos socialmente. Sendo assim, percebe-se que as barreiras atitudinais se baseiam nas concepções, muitas vezes equivocadas, sobre deficiência (preconceitos, estigmas) e demonstram falta de conhecimento e informação sobre as deficiências e as capacidades deste grupo de trabalhadores (Simonelli e Jackson Filho, 2017). Ressalta-se que as barreiras atitudinais, muitas vezes, não são visíveis e em alguns casos são de difícil reconhecimento (Ponte, Silva, 2015), sendo assim, estas podem acontecer em algumas empresas/instituições, tanto durante o cotidiano de trabalho, quando no ato da contratação, de forma velada, ou seja, nem o trabalhador com deficiência identifica esta barreira (Silva, Silva, Rezende, 2018).

Os três grupos referiam como outro obstáculo do processo de inclusão a comunicação. As barreiras de comunicação estão relacionadas a obstáculo e atitudes que comprometam a emissão ou recebimento de uma mensagem (Brasil, 2015). No estudo realizado por Monteiro et al. (2011), a inclusão de um trabalhador com deficiência auditiva não demanda muitas adaptações estruturais, mas as dificuldades encontradas para a comunicação, configuram-se como uma grande barreira. Frente a esta realidade, percebe-se a importância da capacitação da equipe e gestores para a utilização da Libras (Stoicov et al., 2009), sendo esta, uma alternativa encontrada por uma das empresas/instituições participantes deste estudo.

Diante destas reflexões, percebe-se a importância de agentes facilitadores no processo de inclusão. A legislação brasileira garante que as pessoas com deficiência podem contar com agentes facilitadores ou de apoio no ambiente de trabalho (Brasil, 2015). Sendo assim, conhecer o trabalhador com deficiência, suas potencialidades e habilidades e sobre o posto de trabalho e a atividade que este irá desenvolver, tornam-se importantes para a adequação do ambiente de trabalho (espaço, artefatos, acessibilidade e relações sociais), quando necessário, objetivando um efetivo processo de inclusão (Simonelli, Camarotto, 2011).

A inclusão é compreendida pelos participantes dos três grupos como um processo favorável. O estudo realizado por Ávila-Vitor e Carvalho-Freitas (2012), ocupado em discutir a percepção de trabalhadores com deficiência incluídos em uma empresa do ramo de gerenciamento de crédito, ressalta que estes têm uma percepção positiva sobre o seu processo de inclusão. Na discussão realizada por Monteiro et al., (2011), junto aos gestores, estes referem que o processo de inclusão apresenta pontos positivos e que contribuiu para a empresa.

O direito do acesso ao trabalho é garantido pela Constituição Federal brasileira a todas as pessoas. A população com deficiência tem este direito reforçado pelas Leis nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que garante a reserva de vagas em concursos públicos (Brasil, 1990) e da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que garante as vagas em empresas privadas com 100 ou mais trabalhadores (Brasil, 1991). Sendo estas legislações os principais mecanismos de inclusão social dos trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho. Para Tanaka e Manzini (2005), além da legislação, existem outros dois fatores que contribuem para a inclusão de trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho foram a fiscalização e a autuação das empresas/instituições que não estivessem cumprindo a legislação vigente, conforme o estabelecido pelas Leis n. 8.112 (Brasil, 1990), n. 8.213 (Brasil, 1991) e n. 3.298 (1999). Corroborado a fala de T1, segundo este participante as ações de fiscalização realizadas pelo órgão legal tem contribuído para garantir a inclusão de trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho, percebe-se também que este órgão tem realizado outras ações associadas a um outros órgão público, com o intuito de contribuir para o retorno de trabalhadores reabilitados ao mercado de trabalho.

Conclusões

Constatou-se neste estudo a prevalência no sexo masculino nos grupos de trabalhadores com e sem deficiência, já o grupo dos gestores a prevalência foi do sexo feminino. A média de idade dos trabalhadores foi equivalente à média nacional. O nível de escolaridade revelou que a maioria dos trabalhadores com e sem deficiência tinham o ensino básico o grupo dos gestores a maioria tinham ensino superior completo, mas durante o processo de formação destes observa-se a carência em discussões relacionadas a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Ficou evidente, também, que a maioria das empresas/instituições não ofertavam a seus trabalhadores e gestores momentos de discussões e/ou capacitações sobre a inclusão no mercado de trabalho.

As barreiras dentro das empresas/instituições foram um ponto ressaltado pelos três grupo como um fator que pode interferir no processo de inclusão e no desempenho laboral do trabalhador com deficiência. A existência dessas desrespeita os direitos garantidos as pessoas com deficiência pela legislação brasileira e compromete o acesso do trabalhador com deficiência ao emprego. Sendo assim, para o real cumprimento da legislação, a eliminação de barreiras deve ser uma das primeiras condutas para iniciar o processo de inclusão.

Para a maioria dos trabalhadores com e sem deficiência e dos gestores, o processo de inclusão foi visto como favorável, referiram que é um processo que ocorre tranquilamente, naturalmente.

A comunicação com trabalhadores surdos foi um ponto ressaltado pelos trabalhadores sem deficiência e pelos gestores como uma dificuldade/barreira. Constatou-se que o processo de inclusão tem como aliado a fiscalização de órgãos legais. Devido à importância do tema, acredita-se que estudos posteriores possam aprofundar conhecimentos relativos à inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

Referências

ANJOS, MCG. et al. A Pessoa com Deficiência no Mercado de Trabalho e suas Implicações. *Revista Multidisciplinar de Psicologia, Juazeiro do Norte*, v. 10, n. 29, p. 51-70, 2016.

ANTUNES, CF. et al. Dificuldades Percebidas por Trabalhadores com Deficiência no Cotidiano do Trabalho. *Cogitare Enferm. Curitiba*, v.21, n.3, p. 01-07, 2016.

ÁVILA-VITOR, MRC.; CARVALHO-FREITAS, MN. Valores organizacionais e concepções de deficiência: a percepção de pessoas incluídas. *Psicologia, Ciência e Profissão, Brasília*, v. 32, n. 4, p. 792-807, 2012.

BARRETO, MT.; ALVES, MB.; MORAIS, GLFV. A acessibilidade nas empresas: percepção dos portadores de deficiência visual inseridos no mercado de trabalho. In: IX SEGet, 2012, Rezende. *Anais... Rezende 2012*. Disponível em: <<http://gpi.aedb.br/seget/artigos12/28516237.pdf>> . Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm>. Acessado em: 28 de jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acessado em: 28 de jan. 2016.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acessado em: 26 nov. 2018.

COSTA, FP. A inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, n. 15, n. 103, 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_%20leitura&artigo_id=12085>. Acesso 04 mai. 2019.

DAVID, H. U.S. Labor Market Challenges over the Longer Term. Federal Reserve Board of Governors. *Consultant Paper*, October 2010. Disponível em: <<https://economics.mit.edu/files/6346>>. Acesso 04 mai. 2019.

DEITOS, RA.; LARA, AMB. Educação profissional no Brasil: motivos socioeconômicos e ideológicos da política educacional. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 21 n. 64, p. 165-188, 2016

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de gênero: responsabilidade por afazeres afeta inserção das mulheres no mercado de trabalho. 2016. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20232-estatisticas-de-genero-responsabilidade-por-afazeres-afeta-insercao-das-mulheres-no-mercado-de-trabalho>>. Acesso em: 04 mai. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População Ocupada. 2013. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/primeiros_resultados/analise04.shtm>. Acesso em: 04 mai. 2019.

LEAL, DR.; MATTOS, GD.; FONTANA, RT. Trabalhador com deficiência física: fragilidades e agravos autorreferidos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 66, n. 1, p. 59-66, 2013.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MONTEIRO, LG. et al. Responsabilidade social empresarial: inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 17, n. 3, p. 459-480, 2011.

NEVES-SILVA P.; PRAIS, FG.; SILVEIRA, AM. Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho em Belo Horizonte, Brasil: cenário e perspectiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2549-2558, 2015.

OLIVEIRA, SR.; PICCININI, CV. Mercado de trabalho: múltiplos (des) entendimentos. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, p. 1517-1538, 2011.

PONTE AS. SILVA LC. A acessibilidade atitudinal e a percepção das pessoas com e sem deficiência. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 261-271, 2015.

PORTUGAL, S. Deficiência e Política Pública em Portugal: os impactos da austeridade. In: MARTINS, BS.; FONTES, F. *Deficiência e Emancipação Social: para uma crise da normalidade*. Coimbra: Edições Almeida, S.A: 2016.

QUARESMA, AG. O Caráter Ontológico do Trabalho e o Desenvolvimento do Ser Social. In: FERREIRA, L. R. *Trabalho e Desenvolvimento Humano*. Curitiba: CRV, 2018.

RENNER, JS.; SCHAAN, SP.; BOESSIO AT. Inclusão de Pessoas com Deficiência no Trabalho: a Visão dos Gestores de Uma Indústria Calçadista. *Agenda Social*, Campos dos Goytacazes, v. 9, n. 1, p. 122-141, 2015.

SASSAKI, RK. Inclusão: acessibilidade no lazer, trabalho e educação. *Revista Nacional de Reabilitação (Reação)*, São Paulo, ano 12, p. 10-16, 2009.

SIMONELLI, AP.; CAMAROTTO, JA. Análise de atividades para a inclusão de pessoas com deficiência no trabalho: uma proposta de modelo. *Gestão & Produção*, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 13-26, 2011.

SIMONELLI, AP.; JACKSON FILHO, JM. Análise da inclusão de pessoas com deficiência no trabalho após 25 anos da lei de cotas: uma revisão da literatura. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 25, n. 4, p. 855-867, 2017.

SILVA, LAMG, SILVA, SVM, REZENDE, EA. A Inclusão da Pessoa com Deficiência no Mercado do Trabalho no Brasil: em Busca da Efetividade das Agências do Sistema Nacional de Emprego. *Revista Jurídica*, Curitiba, v. 4, n. 53, p. 306-325, 2018.

STOICOV, C. et al. Manual de incorporação dos critérios essenciais de responsabilidade social empresarial. São Paulo: Instituto Ethos, 2009.

TANAKA, EDO.; MANZINI, EJ. O que os empregadores pensam sobre o trabalho da pessoa com deficiência?. *Rev. bras. educ. espec.* São Paulo, v. 11, n. 2, p. 273-294, 2005.

TOLDRÁ, RC.; SÁ, MJC. A profissionalização de pessoas com deficiência em Campinas: fragilidades e perspectivas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 19 n. 1 p. 48-55, 2008.

VIANNA, LMBP.; TARDELLI, PGAS.; ALMEIDA, LIR. Inclusão e Mercado de Trabalho: uma Análise das Dificuldades Enfrentadas por Pessoas com Deficiência em Ingressar no Mercado de Trabalho da Grande Vitória (ES). *DESTARTE*, Marília, v.2, n.2, p.95-109, 2012.

5. DISCUSSÃO GERAL

Este estudo, ocupou-se em analisar a participação de trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho, bem como a percepção destes e dos seus gestores e colegas sobre o cotidiano laboral.

Sabe-se que o processo de inclusão se organiza a partir de movimentos das pessoas com deficiência e da sociedade, para equacionar as barreiras e encontrar facilitadores que garantam a igualdade de oportunidade a todos. Sendo assim, este processo depende de um esforço mútuo, ou seja, a sociedade precisaria tornar-se acessível, eliminando as barreiras arquitetônicas, urbanísticas, de transporte, atitudinais, tecnológicas e de comunicação e informação “para que as pessoas com deficiência possam ter acesso aos serviços, lugares, informações e bens necessários ao seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional” (SASSAKI, 2006, p. 45), e as pessoas com deficiência, assim como as demais, deveriam se preparar para assumir seus papéis na sociedade (SASSAKI, 2006). Frente a esta reflexão, pode-se dizer que o processo de inclusão não se fundamenta apenas em um conjunto de ações, mas em atitudes, convicções e em conviver com a diversidade. Ou seja, para haver inclusão, é necessário um processo de igualdade de oportunidades e de direitos para todos os cidadãos (STAINBACK; STAINBACK, 1999).

No início dos anos 2000, no universo de 26 milhões de trabalhadores formais ativos - 537 mil eram pessoas com deficiência (2,05% do total de trabalhadores brasileiros) -, sendo que destes trabalhadores com deficiência, 29,05% viviam em situação de miséria e 27,61% não possuíam nenhuma escolaridade. Neste período as regiões brasileiras que mais contavam com mão-de-obra de trabalhadores com deficiência eram o Rio Grande do Sul (3,01%), São Paulo (2,73%) e Distrito Federal (2,19%) (NERI *et al.*, 2003).

Conforme já apresentado, a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) de 2010 demonstra que apenas 0,7% dos vínculos empregatício ativos brasileiros eram de pessoas com deficiência (MTE, 2010). Em um estudo realizado pelo Instituto Ethos, ocupado com o perfil social, racial e de gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas ações afirmativas, demonstra o crescimento no número de contratações de trabalhadores com deficiência. Segundo estes, em 2003, 32% das empresas contavam com trabalhadores com deficiência em seus quadros, pode-se observar o crescimento, pois em 2005, esse percentual subiu para 41%, em 2007 passou para 67% e em 2010 o percentual foi de 81%. Mas, apesar do crescimento, apenas 1,5% do quadro de empregados destas empresas eram compostos por pessoas com deficiência e 81% das empresas que compuseram a amostra tinham mais de 1.000 empregados (INSTITUTO ETHOS, 2010). No estudo realizado pelo Instituto Ethos em 2016, 2% do grupo

de empresas analisado conta com trabalhadores com deficiência e 64,6% das empresas participantes tinham mais de 1.000 trabalhadores (INSTITUTO ETHOS, 2016).

Em relação aos trabalhadores com deficiência (192), deste estudo, pode-se observar a prevalência do sexo masculino (57,8%), este dado corrobora outros quatro estudos nacionais. O estudo de Veltrone e Almeida (2010) apresenta uma prevalência de 83% do sexo masculino; Assis e Carvalho-Freitas (2014) ressalta que 68% de seus sujeitos eram homens; um estudo do Instituto Ethos (2016) revelou que a proporção de homens foi de 59,9%; e o estudo de Coutinho et al., (2017) encontrou a prevalência de participantes do sexo masculino (69,1%).

A partir dos dados deste estudo, constata-se associação significativa entre a ocupação e o sexo, sendo que os homens ocupam mais cargos em setores administrativos de manutenção e de almoxarifado e as mulheres a maioria ocupam postos de trabalho na educação, de atendente, na área da saúde e de comércio, estes dados aproximam-se dos divulgados pelo censo de 2010, neste a categoria predominante de ocupação das mulheres são os serviços domésticos, seguidas da educação, da saúde e serviços sociais (IBGE, 2010).

Neste estudo constatou-se uma pequena prevalência de homens em cargos administrativos. Em um estudo realizado pelo Instituto Ethos (2016), foram encontrados três homens com deficiência ocupando cargos executivos e nenhuma mulher. Este aponta que as mulheres representam 40,1% da amostra. E que estas tem vantagens entre os grupos de estagiários e desvantagens entre os aprendizes, outro dado apontado por este estudo revela que quanto mais elevado é o nível hierárquico, maior é a exclusão das mulheres com deficiência, conforme expõem-se nos dados a seguir: *trainees* (43,9%), quadro funcional (40,9%), supervisão (26,4%) e gerência (25,0%). Sendo assim, ao considerar grupo de trabalhadores com deficiência das empresas/instituições participantes, as mulheres com deficiência ocupam 0,8% dos postos de trabalho; os homens com deficiência, 1,2%. Os dados apresentados neste estudo e os apresentados na literatura por Veltrone e Almeida (2010) e Coutinho et al., (2017) apontam que as mulheres com deficiência sofrem uma dupla discriminação, pelas questões de gênero e condições da deficiência.

A média de idade destes foi de 39,7 anos, está corrobora a faixa etária da população brasileira (25 a 39 anos) (IBGE, 2013) e os dados apresentados nos estudos de Garcia e Maia (2014) e Coutinho et al (2017).

A maioria dos trabalhadores com deficiência tem ensino básico (Ensino Médio Completo) e frequentaram escola regular. Estes resultados corroboram os encontrados por Coutinho et al (2017) e pelo Instituto Ethos (2016). Mas esta não é a realidade apresentada pela maioria dos estudos, Veltrone e Almeida (2010), Baptista e Silva (2010), Vianna, Tardelli e

Almeida (2012) e Garcia e Maia (2014), ressaltam que a maioria dos trabalhadores com deficiência tem Ensino Fundamental.

Segundo Organização das Nações Unidas – ONU (2014), em países em desenvolvimento, apenas 45% dos meninos e 32% das meninas conseguem concluir o Ensino Fundamental. O baixo nível escolar e qualificação profissional destes trabalhadores (NERI et al., 2003; SUZANO et al., 2008; OLIVEIRA, 2008; BITTENCOURT; FONSECA, 2011; MAIA; CARVALHO-FREITAS, 2015; SANTOS, 2017), compromete a contratação e adaptação destes no ambiente de trabalho (CARVALHO-FREITAS, 2007; NERI et al., 2003) e reflete nos cargos que estes trabalhadores irão ocupar dentro das empresas/instituições (DOVAL, 2006; OIT, 2007).

O baixo nível escolar e a falta de qualificação profissional tem sido uma das principais barreiras para o acesso de trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho. Segundo Ferreira (2006), as empresas ainda argumentam que, apesar de serem reservadas vagas, as pessoas com deficiência não estão profissionalmente qualificadas para assumir esses postos de trabalho, seja devido à falta de escolaridade ou porque não participaram de algum programa de qualificação profissional ou simplesmente porque nunca trabalharam.

Outro estudo desenvolvido em Curitiba, investigou a inclusão de pessoas portadoras de deficiências no mercado de trabalho relata que as empresas que não cumprem a Lei de Cotas afirmam que o maior empecilho para isso é a baixa escolaridade das pessoas portadoras de deficiências e sua baixa qualificação profissional (ARAÚJO; SCHMIDT, 2006). Os estudos de Delgado e Goulart (2011) e Maia e Carvalho-Freitas (2015), apontam que as empresas têm buscado contornar esse obstáculo e oportunizar aos trabalhadores com deficiência uma qualificação disponibilizada pela própria empresa, demonstrando uma disposição em trabalhar e capacitar estes trabalhadores.

A condição econômica dos trabalhadores com deficiência deste estudo é média. Dados apresentados pela ONU (2014) ressalta que 20% das pessoas mais pobres do mundo tem algum tipo de deficiência. A baixa renda da população com deficiência destaca-se nos estudos de Vasconcelos (2010) Baptista e Silva (2010), Pereira e Passerino, (2012), França (2014) e Coutinho et al., (2017), estes autores referem um importante vínculo entre a deficiência e a pobreza, conforme aponta estudo sobre políticas públicas no mercado de trabalho para esse grupo populacional, não apenas no referido país, mas também nos Estados Unidos e em nações da União Europeia (OLIVEIRA; GOULART JÚNIOR; FERNANDES, 2009).

As deficiências físicas representaram 51,5% da amostra deste estudo, seguida das deficiências visuais (23,4%), deficiências auditivas (19,7%), deficiências intelectuais (4,6%) e

deficiências múltiplas (0,5%). Nos estudos Lancillotti (2003) e de Assis e Carvalho-Freitas (2014) observa-se a prevalência de trabalhadores com deficiências físicas. Lancillotti (2003), complementa a sua discussão, ressaltando que estes trabalhadores têm maior facilidade para ingressar no mercado de trabalho pois geralmente tem um maior nível de escolaridade.

Neste estudo constatou-se que, dentre as deficiências visuais, o destaque foi a visão monocular. No estudo realizado por Assis e Carvalho-Freitas (2014) ficou clara a prevalência de deficiências visuais (tais deficiências não foram classificadas). Ressalta-se que a visão monocular não é considerada deficiência pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), mas a partir da publicação da sumula 377/09 (STJ, 2009) e do Parecer/Conjur/MTE nº 444/11 (MTE, 2011), as pessoas que apresentam este tipo de deficiência passaram a ter o direito de prestar concursos pelas cotas reservadas a pessoas com deficiência e a ingressarem nas vagas empresas privadas destinadas a esta população.

As deficiências auditivas representam o terceiro grupo de participantes deste estudo. Em um estudo realizado por Telles (2011), este ressalta que a quantidade de surdos hoje está crescendo, e são poucos os que têm uma função no mercado de trabalho, oportunidade para desenvolver suas habilidades, ainda há muito o que se fazer para que as pessoas com surdez tenham espaço e oportunidade no mercado de trabalho.

Ao compreender a percepção sobre a inclusão na visão dos gestores Veltrone e Almeida (2010), ressaltam que estes apontam que a inclusão de trabalhadores com deficiências auditivas torna-se um pouco mais fácil pelo pouco investimento em alterações arquitetônicas, sendo que a principal medida citada por estes para a inclusão destes trabalhadores é a disponibilização de um uniforme diferenciado. Compreende-se a adoção desta medida pelo viés da segurança, para que os outros trabalhadores fiquem atentos em relação a algum aviso ou organização do ambiente de trabalho. Mas entende-se que a comunicação humana é um fator fundamental para a constituição de um meio social saudável, este tem o objetivo de promover a integração entre as pessoas (FREITAS; MARANHÃO; FÉLIX, 2017).

Um dos componentes que constitui o ambiente de trabalho é as relações entre os trabalhadores e estas, por sua vez, são constituídas pela comunicação. E a Língua Brasileira de Sinais é a principal forma de comunicação das pessoas com deficiências auditivas, sendo assim, o desconhecimento desta pode ser considerado um agente limitador da vivência dos surdos no âmbito do trabalho, pois acarreta uma precária comunicação entre os trabalhadores (FREITAS; MARANHÃO; FÉLIX, 2017).

As pessoas com deficiências intelectuais e múltiplas representam no menor número de participantes. Nas discussões presentes nos estudos de Veltrone e Almeida (2010) e Redig

e Glat (2017), a baixa inclusão de pessoas com deficiências intelectuais no mercado de trabalho dá-se pelo baixo nível escolar e capacitação profissional destas pessoas.

Os dados apresentados neste estudo e a literatura científica consultada demonstram que as dificuldades de acesso ao mercado de trabalho não estão relacionadas somente ao fato de os trabalhadores terem uma deficiência, mas também, ao tipo de deficiência que apresentam. As exigências do mercado de trabalho por um trabalhador com o “corpo perfeito/adequado” para desempenhar as atividades laborais, podem ser consideradas um ato segregativo. Pois, quanto mais leve a deficiência do trabalhador, mais fácil torna-se para o trabalhador adequar-se as exigências do mercado. Sendo assim, os trabalhadores com deficiência se deparam com uma segregação por tipo de deficiência, podendo ser este um fator favorável ou desfavorável no momento da conquista de uma vaga no mercado de trabalho.

Constatou-se neste estudo que a maioria dos trabalhadores com deficiência participantes conquistou o seu primeiro emprego por conta própria, estes utilizaram-se da entrega currículo (30,7%) pessoalmente nas empresas/instituições, a indicação (21,8%) de familiares e amigos, foi o segundo meio mais utilizado. Diante destes dados, percebe-se que os trabalhadores com deficiência têm utilizado pouco os órgãos responsáveis pela oferta de vagas de emprego do município, esta realidade também se apresenta no estudo de Vianna, Tardelli e Almeida (2012).

Os cargos administrativos prevaleceram entre os trabalhadores com deficiência deste estudo (29,3%), sendo estes em sua maioria de assistentes e técnicos administrativos (exceto três participante com deficiência que ocupavam cargos de chefe e subchefe), assim como nos estudos realizados por Lancillotti (2003), Veltrone, Almeida (2010), Assis e Carvalho-Freitas (2014). A partir dos dados apresentados e dos estudos referidos, pode-se constatar que os trabalhadores com deficiências têm sido alocados em postos de trabalho que demandam uma baixa exigência na qualificação profissional.

O uso de tecnologias assistivas foi referido por apenas 13 (6,7%) trabalhadores com deficiência. Estes equipamentos, produtos ou sistemas (fabricados em série ou sob medida) são utilizados para aumentar, manter ou melhorar as capacidades funcionais das pessoas com deficiências. Podem variar de uma simples bengala a um complexo sistema computadorizado e são indicados, segundo os critérios do art. 19, do Decreto 3.296, de dezembro de 1999, que os apresentam como recursos que visam a superação de barreiras da comunicação e da mobilidade, possibilitando a plena inclusão social (BRASIL, 1999). Maia e Carvalho-Freitas (2015), ressalta em seus estudo as empresas tem investido em recursos de tecnologias assistivas e que estes tem contribuído para o desempenho ocupacional dos trabalhadores com deficiência.

Do total de 192 trabalhadores com deficiência, apenas 27 (14,2%) participam de movimentos sociais que discutam questões relacionadas a inclusão no mercado de trabalho. Dentre o grupo de trabalhadores participantes, constatou-se que estes ocupam postos de trabalho em instituições públicas, tem maior renda e nível escolar e são das áreas da educação e administrativas. Os movimentos sociais das minorias em busca de garantir seus direitos civis tem início no século XX. Além dos movimentos, neste século, surgem, pelo mundo inteiro, instituições especializadas no atendimento das deficiências e inicia-se a implantação dos programas de reabilitação. As Organizações intergovernamentais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e Organização Internacional do Trabalho (OIT), iniciam um movimento de apoio a equiparação de oportunidades para as pessoas com deficiência e a criar um intercâmbio de conhecimentos sobre a deficiência (MENDONÇA, 2010; MATOS, 2017).

Os movimentos iniciados pela população (sociedade e grupos minoritários) com o apoio das organizações, contribuiu para o surgimento de uma nova perspectiva ideológica em relação à questão, com forte ênfase nos direitos, na iniciativa individual e na autonomia dessas pessoas (GOSS; GOSS; ADAM-SMITH, 2000). Estes movimentos foram muito importantes e resultaram em conquistas e garantias de direitos sociais para as pessoas com deficiência (MENDONÇA, 2010; SILVA, 2015; MATOS, 2017).

Em relação a mudanças no cotidiano relacionadas ao trabalho e ao significado do trabalho, pode-se observar que em um grupo de 85 trabalhadores com deficiência, a maioria referiu não ter percebido mudanças e a maioria classifica o trabalho como uma atividade importante da vida. A atividade de trabalho ocupa um espaço significativo na vida das pessoas, está relacionada com a independência e a sobrevivência (PINHEIRO; DELLATORRE, 2015).

Para os trabalhadores com deficiência a atividade de trabalho relaciona-se aos sentimentos de cidadania, vitória, realização pessoal, conciliação de interesses, finanças, relações sociais, valorização pessoal e profissional, bem esta/autoestima (PEREIRA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008). Este também é visto como necessidade, prazer, meio que possibilita o desenvolvimento de relações pessoais, de aprendizado (PAIVA; BENDASSOLLI; TORRES, 2015).

Na avaliação de funcionalidade que a média do escore final da avaliação foi de 10,7 (valor mínimo de 0 e máximo de 37). Na avaliação de qualidade de vida a média foi de 69,4 (valor mínimo de 42 e máximo de 98,5). As médias de ambas as avaliações demonstram que os

trabalhadores com deficiência apresentam uma boa condição de funcionalidade e de qualidade de vida.

O acesso a saúde é garantido pela Constituição Federal brasileira (BRASIL, 1988); as pessoas com deficiência têm este direito reforçado pelo Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 (BRASIL, 1999) e pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012). As condições de funcionalidade de uma pessoa com deficiência estão relacionadas ao acesso que estas têm aos serviços de saúde e de reabilitação (VIANNA; TARDELLI; ALMEIDA, 2012; BRASIL, 2012). Sendo assim, o acesso a estes serviços são fundamentais para que estas pessoas tenham a oportunidade de minimizar as limitações e agravos causados pelas deficiências e potencializar as suas condições de funcionalidade (JANNER et al., 2018). Frente a esta afirmativa, ressalta-se pessoas com deficiência devem ser acompanhadas por equipes multiprofissionais sob abordagem interdisciplinar, visando assim a atenção integral destas (BRASIL, 2012; JANNER et al., 2018).

As condições de saúde e funcionalidade estão diretamente ligadas a qualidade de vida das pessoas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). E ao considerar que o trabalho é um dos elementos da vida humana que compõe a qualidade de vida, entende-se a importância da inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Como mencionado, a média de qualidade de vida apresentada foi boa, resultado este que se aproxima dos estudos de Abreu e Morais (2012) e de Carvalho-Freitas et al. (2013), nestes os trabalhadores com deficiência apresentaram uma qualidade de vida satisfatória. Ao contrário do estudo de Coutinho et al (2017) em que os trabalhadores com deficiência apresentaram uma qualidade de vida média. Considera-se assim, que a inclusão no mercado de trabalho traz benefícios para a qualidade de vida dos trabalhadores com deficiência.

O ambiente de trabalho é composto também por gestores e trabalhadores sem deficiência, sendo assim, a partir deste ponto, passa-se a discutir a percepção destes e de trabalhadores com deficiência sobre o processo de inclusão e atuação do órgão público legal neste processo. Entre os gestores e trabalhadores sem deficiência observou-se a prevalência do sexo feminino (56,9% e 55,7%, respectivamente) e o trabalhador do órgão legal era do sexo masculino. Esta realidade não corrobora com dados apresentados pelo IBGE (60,9% eram ocupados por homens e 39,1% por mulheres (IBGE, 2016). A média de idade dos gestores foi de 44,3 anos (mínima de 26 e a máxima de 76 anos), dos trabalhadores sem deficiência foi de 37,7 anos (mínima de 18 e a máxima de 68 anos) e o trabalhador do órgão legal tinha 33 anos de idade. As médias de idade apresentada pelos grupos de participantes corroboraram a faixa etária da população brasileira ocupada (25 a 39 anos) (IBGE, 2013).

Quanto ao nível escolar, a maioria dos trabalhadores sem deficiência tinha Ensino Médio Completo (29,6%) e os gestores tinham Ensino Superior Completo (35,4%). Segundo o IBGE (2013), 50,8% dos trabalhadores brasileiros ocupados concluíram o ensino médio. Dos 77 gestores a maioria tinham graduação na área da educação (31,2%) e não tinham participado durante a graduação de discussões que abordassem a temática inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho (82,2%). A carência desta discussão, durante a formação gera desconhecimento das capacidades laborais das pessoas com deficiências (MONTEIRO et al., 2011). Desta forma, torna-se importante a capacitação de gestores sobre o processo de inclusão para que estes adquiram conhecimento sobre as legislações, a forma como organiza-se este processo no ambiente de trabalho (RENNER; SCHAAN; BOESSIO, 2015).

Trabalhadores com e sem deficiência e gestores foram questionados sobre a oferta de momento de discussão ou capacitação sobre inclusão de trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho dentro da empresa que trabalha atualmente, a maioria destes referiu que nunca tinham participado. Entre as empresas/instituições participantes apenas seis disponibilizavam espaço de discussão ou capacitação para os seus trabalhadores e gestores.

A maioria dos trabalhadores com e sem deficiência e dos gestores (49,4%, 82,1% e 79,5%, respectivamente) não percebe a existência de barreiras nos ambientes de trabalho. A legislação brasileira conceitua barreiras como, quaisquer

entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros (BRASIL, 2015a, p.9).

As barreiras arquitetônicas foram identificadas por 24 (29,4%) trabalhadores com deficiência; nove gestores e três trabalhadores sem deficiência. As barreiras referidas foram: espaços pequenos, a falta de rampas, de elevadores em condições de uso, de banheiros adaptados, as reformas, edificações antigas e a distância percorrida para acessar o ponto de ônibus.

O no art. 5º inciso XV, da Constituição Federal brasileira, é garantido a todos os cidadãos o direito à livre locomoção, sendo assim, todos tem direito de ir e vir livremente nas ruas, nas praças, nos lugares públicos, independentemente de sua condição de saúde (BRASIL, 1988). Baseado nos princípios da segurança e autonomia a Política Nacional de Mobilidade Urbana – Lei nº 12.587 de 03 de janeiro de 2012 – reforça o direito à livre locomoção a todas as pessoas. Nesta política, os municípios com mais de 20.000 habitantes devem ter um Plano

de Mobilidade Urbana e neste deve ser garantido acessibilidade a todas as pessoas com deficiência e restrição de mobilidade (BRASIL, 2012c).

Sendo assim, todas as pessoas têm legalmente garantido o direito de ir e vir, mas a ausência de infraestrutura adequada restringe a participação das pessoas com deficiência na sociedade (BRASIL, 2008b). “O ambiente pode ter um efeito significativo sobre a funcionalidade de uma pessoa” (OMS, 2013, p. 30), deste modo, a existência de barreiras arquitetônicas pode obstruir ou impedir um trabalhador com deficiência de executar as suas atividades laborais. Desta forma, torna-se necessário uma análise do posto de trabalho, para que seja garantido ao trabalhador com deficiência condições confortáveis e seguras para o desempenho da sua atividade laboral (COSTA, 2012).

As barreiras atitudinais foram mencionadas por nove trabalhadores com deficiência, um gestor e cinco trabalhadores sem deficiência. Estas barreiras estão relacionadas a não aceitação do trabalhador com deficiência, atitudes discriminatórias e preconceituosas. As barreiras atitudinais mais presentes nos ambientes de trabalho estão relacionadas a atitudes preconceituosas, vinculada na maioria das vezes, a conceitos equivocados socialmente preestabelecidos, estes caracterizam como os principais obstáculos enfrentado pelos trabalhadores com deficiência (LINO; CUNHA, 2008; VELTRONE; ALMEIDA 2010; BEZERRA; VIEIRA, 2011; MONTEIRO et al., 2011; VIANNA; TARDELLI; ALMEIDA 2012; NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015, ANTUNES et al., 2016; SIMONELLI; JACKSON FILHO, 2017).

A presença de barreiras atitudinais no ambiente de trabalho pode impedir que a equipe veja as habilidades e potencialidades dos trabalhadores com deficiência, gerando um processo de exclusão destes, assim como, pode levar este trabalhador a se auto excluir do convívio com a equipe. Sendo assim, estas barreiras interferem de forma negativa no processo de inclusão destes trabalhadores dificultando o processo de inclusão dos trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho (MONTEIRO et al., 2011).

As barreiras de comunicação foram mencionadas por um trabalhador com deficiência, quatro gestores e um trabalhador sem deficiência. Constatou-se que a principal barreiras para a inclusão de um trabalhador surdo é o desconhecimento da Língua Brasileira de Sinais – Libras, este foi apontado como uma das principais barreiras e que interfere diretamente no ambiente de trabalho e no processo de inclusão destes trabalhadores.

As dificuldades de comunicação foram apontadas nos estudos de Stoicov et al., (2009) e Monteiro et al., (2011) como uma das principais dificuldades existente para a inclusão de trabalhadores surdos. A falta de comunicação entre a equipe no ambiente de trabalho pode gerar

o isolamento do trabalhador surdo, levando estes a desistir da vaga. Desta forma, torna-se muito importante para uma efetiva inclusão de um trabalhador surdo a disponibilização de capacitações em Libras para os gestores e demais trabalhadores (STOICOV et al., 2009).

Frente aos dados pode-se observar que as barreiras se apresentam de diversas formas no cotidiano dos trabalhadores com deficiência. Estas podem comprometer o desempenho do trabalhador com deficiência e gerar situações estressoras e constrangedoras para o mesmo, assim como, para os seus colegas e gestores. As barreiras arquitetônicas, atitudinais e de comunicação, também podem gerar situações de segregação no mercado de trabalho, pois ao contratar um trabalhador o gestor pode considerar primeiramente as limitações impostas pela deficiência, ao invés de considerar as habilidades destes trabalhadores para desempenhar a função propostas. Sendo assim, Torres et al., 2002 afirma que é importante compreender que a acessibilidade não se refere apenas aos espaços físicos, está também se ocupa de aspectos sociais.

A maioria dos trabalhadores com e sem deficiência e gestores não percebem a existência de facilitadores no ambiente de trabalho. Entre os trabalhadores com deficiência 17 (19,9%) percebem a existência de facilitadores no ambiente de trabalho, assim como, seis gestores e oito trabalhadores sem deficiência também percebem. Os facilitadores mencionados foram a vaga de concurso, a disponibilidade de curso de LIBRAS pela empresa, a ampliação da tela, a tecnologia, a adaptações estruturais (banheiros, rampas e demarcação de vaga de garagem, adaptações no posto e de máquinas de trabalho).

Ressalta-se que neste estudo compreende-se como facilitador todos os fatores (adaptações, *software*, produtos de tecnologia, atitudes, relacionamentos, entre outros) que contribuem para a melhora do desempenho (OMS, 2013) dos trabalhadores com deficiência. A Lei n. 8.112, de dezembro de 1990, reserva de vagas em concursos públicos foi considerado um agente facilitador pelos trabalhadores com deficiência deste estudo, Toldrá (2009), ressalta em seu estudo que a Lei 8.213, de 24 de junho de 1991, surgiu como um facilitador para inserção de pessoas com deficiência no setor privado.

No caso da existência de trabalhadores surdos a disponibilidade de capacitações e estímulo do uso da Libras auxilia organização do processo de trabalho e melhora as relações entre a equipe (STOICOV et al., 2009). O uso de recurso de ampliação de tela, a tecnologia e adaptações nos postos de trabalho são diretos garantidos aos trabalhadores com deficiência pelo art. 27º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2014, p.176), sendo assim, “cabe ao empregador adotar todas as medidas de acessibilidade arquitetônica interna e externa do local de trabalho; de acesso à comunicação, bem como de instrumentos utilizados

no trabalho com o apoio da tecnologia assistiva”, garantindo assim condições laborais para o trabalhador com deficiência.

Em relação ao processo de inclusão constatou-se que a maioria dos trabalhadores com e sem deficiência e gestores percebe como favorável, um pequeno grupo de participantes (trabalhadores com e sem deficiência e gestores) percebe como desfavorável e um gestor e três trabalhadores sem deficiência percebem como burocráticos. Monteiro et al., (2011) e Ávila-Vitor e Carvalho-Freitas (2012) apontam em seus estudos que o processo de inclusão é compreendido como positivo para o ambiente de trabalho.

Mas, as dificuldades também constituem este cenário. Segundo Carvalho-Freitas (2009, p. 123), existem três dificuldades principais na nova realidade das organizações de trabalho, são elas: “as formas como os gestores veem a deficiência, a adequação das condições e práticas de trabalho por parte das empresas e a necessidade de avaliar a satisfação das pessoas com deficiência inseridas no mercado.”

Alguns gestores e trabalhadores sem deficiência percebem o processo de inclusão apenas como um processo burocrático. Sendo assim, constata-se que estes percebem a “inclusão”, realização por algumas empresas/instituições, como um processo obrigatório em que estas apenas cumprem a legislação para não receber uma autuação. Esta realidade apresenta-se descrita no estudo realizado por Tanaka e Manzini (2005), estes ainda afirmam que a fiscalização e as autuações são os principais mecanismos para garantir o cumprimento da legislação de inclusão.

A existência da fiscalização garantida pelas Leis n. 8.112 (Brasil, 1990), n. 8.213 (Brasil, 1991) e n. 3.298 (1999), tornou a discussão sobre o trabalho das pessoas com deficiência mais conhecida, promoveu maior conscientização sobre o processo de inclusão destes trabalhadores (MENDONÇA, 2007). As legislações existentes buscam a implementação efetiva do princípio de igualdade, pois visam reduzir as desigualdades sociais, enfrentadas pelos trabalhadores com deficiência. Mesmo a legislação brasileira sendo considerada uma das mais avançadas no que se refere à inclusão social (MENDONÇA, 2007) ainda existem desafios para a efetivação da inclusão laboral de trabalhadores com deficiência.

6. CONCLUSÃO

A partir deste estudo pode-se conhecer o cenário laboral dos trabalhadores com deficiência, na visão deles, de seus colegas e de seus gestores, bem como compreender qual a atuação do órgão legal sobre o processo de inclusão. Os trabalhadores com e sem deficiência foram em sua maioria do sexo masculino, no grupo dos gestores a prevalência foi do sexo feminino. Em relação à média de idade, os participantes deste estudo são classificados como adultos jovens, equivalendo-se a média de idade nacional dos trabalhadores. A maioria dos trabalhadores com e sem deficiência concluíram o ensino básico e a maioria dos gestores tinham Ensino Superior Completo.

Entre os trabalhadores com deficiência contatou-se a prevalência das deficiências físicas, sendo a mais referida limitações dos movimentos dos membros inferiores, o segundo maior grupo foi o das deficiências visuais, com a prevalência da visão monocular, as deficiências auditivas compuseram o terceiro grupo, sendo a baixa audição a deficiência mais referida e as deficiências intelectuais e múltiplas foram as menos frequentes neste estudo.

Os trabalhadores com deficiência deste estudo conquistaram o seu primeiro emprego mediante a entrega de currículo nas empresas, sendo assim, percebe-se o pouco envolvimento de órgão legais no processo de inclusão de trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho. Os cargos ocupados por estes trabalhadores são em sua maioria administrativos, ou seja, cargos auxiliares (secretária, atendentes, técnicos administrativos, entre outros), que demandam um nível escolar básico, assim como os apresentados pelos participantes.

Os vínculos empregatícios destes trabalhadores são em sua maioria em empresas/instituições privadas. Contatou-se que a maioria dos trabalhadores não recebeu cursos de capacitação/treinamento ao ser contratado pela empresa e que a maioria destes não faz uso de recursos de tecnologias assistivas. Quanto a participação social destes trabalhadores em movimentos sociais relacionados a questões da inclusão no trabalho percebe-se pouca adesão, sendo que os que participam, em sua maioria são trabalhadores de instituições públicas.

A maioria dos trabalhadores com deficiência referiu que a atividade de trabalho não alterou o seu cotidiano e esta tem um significado muito importante na vida destes. Em relação as avaliações de funcionalidade e qualidade de vida, contatou-se que os trabalhadores com deficiência deste estudo apresentam médias relativamente boas nas duas avaliações. A atividade laboral ocupa um espaço importante na vida destes trabalhadores, e esta não se resume apenas a cumprir o papel econômico de subsistência, esta atividade tem uma representatividade social que reflete nas condições de saúde e vida dos trabalhadores com deficiência.

Constatou-se que as empresas/instituições não ofertam a seus trabalhadores e gestores momentos de discussões e/ou capacitações sobre a inclusão no mercado de trabalho, sendo que do total de 51 empresas/instituições apenas sete disponibilizavam algum tipo de curso ou orientações ou tinham um setor que se envolvesse com questões relacionadas a inclusão.

Mesmo que a maioria dos trabalhadores com e sem deficiência e gestores tem referido que não identificam barreiras no processo de inclusão, estas ainda estão presentes. As barreiras identificadas neste estudo foram arquitetônicas, atitudinais e de comunicação, a existência destas desrespeita diretamente o trabalhador com deficiência que busca uma oportunidade no mercado de trabalho e a legislação brasileira que garante o direito ao acesso a todos os cidadãos.

O processo de inclusão foi apontado como favorável pelos trabalhadores com e sem deficiência e gestores, sendo assim constatou-se que este processo não apresenta muitas distinções dos processos dos demais trabalhadores. Algumas dificuldades também foram pontuadas, sendo a dificuldade de comunicação a mais presente nas falas de gestores e trabalhadores sem deficiência. Outro ponto ressaltado por gestores e trabalhadores sem deficiência, foi que o processo de inclusão em algumas empresas/instituições apresenta-se mais com um caráter burocrático do que realmente inclusivo, ou seja, contrata-se o trabalhador para cumprir uma exigência da legislação, mas não se oportuniza condições adequadas para este desempenhar as suas atividades de trabalho de forma autônoma e independente. Este processo organiza-se apenas de forma burocrática também para órgão legal envolvido neste estudo, pois as ações realizadas por este são somente de fiscalização e autuação das empresas/instituições que não estão cumprindo a legislação.

Frente a esta realidade compreende-se que as barreiras e dificuldades expostas pelos trabalhadores com e sem deficiência e gestores podem comprometer o desempenho laborar de um trabalhador com deficiência, levando este a desistir do trabalho ou de procurar novas oportunidades, excluindo-o socialmente. Sendo assim, fica evidente que o processo de inclusão está para além da contratação, este exige também mudanças institucionais e pessoais.

Considera-se está uma temática importante que deve ser explorada em estudos futuros, buscando discutir a relação diversas ocupações e dos fatores que compõem a vida dos trabalhadores com deficiência (sexo, idade, escolaridade, estado civil, condição de saúde, qualidade de vida, renda, entre outros). Outro ponto importante que merece um aprofundamento é a realidade enfrentada pelos trabalhadores com deficiência, assim como, pelos gestores e trabalhadores sem deficiência pois o ambiente de trabalho é sustentado por pessoas mais distintas subjetividades e habilidades.

Ressalta-se que mesmo com as discussões científicas já produzidas sobre esta temática, ainda existe uma carência em discussões relacionadas a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Isso se dá pelo fato de a maioria dos trabalhos publicados organizarem-se em formato de estudos de casos, seja de um trabalhador, de uma única empresa, com o foco em uma deficiência específica, ou baseado em dados censitários secundários.

Outro fato relevante é que nos estudos encontrados que realizavam cruzamento de dados, as deficiências geralmente eram ressaltadas, ou seja, eram cruzados dados das deficiências com sexo, idade, escolaridade. Frente a esta realidade percebe-se que em alguns estudos a deficiência está sendo apresentada antes da pessoa, quando isso deveria acontecer ao contrário. Observou-se também uma carência de estudos que discutissem questões relacionadas às condições de trabalho e gênero desta população.

Ressalta-se como limitação deste estudo a não disponibilização, por órgão competente, dos nomes das empresas/instituições que tinham em seu quadro de trabalhadores com deficiência, o que levou, a inacessibilidade do total de empresas do município.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO. SÚMULA Nº 45, DE 14 DE SETEMBRO DE 2009. Disponível em: < <https://www.agu.gov.br/atos/detalhe/201623>>. Acessado em: 15 de abril de 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/07_cceb_2008_em_vigor_em_2008_base_lse_2005.pdf>. Acessado em: 28 de mar. 2017.

ABREU, M. V.; MORAES, L. R. F. A Qualidade de Vida no Trabalho de Pessoas com Deficiência: um estudo de caso em uma grande empresa do setor metalúrgico. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, Recife, v.10, n. 1, p. 84-104, jan./abr. 2012. Disponível em: <[file:///C:/Users/aline/Downloads/21795-39975-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/aline/Downloads/21795-39975-1-PB%20(1).pdf)>. Acessado em 24 jan. 2019.

AGÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE SANTA MARIA. **Santa Maria em Dados – Economia e Finanças: Emprego**. 2012. Disponível em: <<http://santamariaemdados.com.br/4-economia-e-financas/emprego/>>. Acessado em: 24 jan. 2019.

AGÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE SANTA MARIA. **Santa Maria em Dados – Instituições de Ensino Superior**. 2018. Disponível em: <<http://santamariaemdados.com.br/6-educacao/6-2-instituicoes-de-ensino-superior/>>. Acessado em: 24 jan. 2019.

AGÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE SANTA MARIA. **Santa Maria em Dados – Instituições de Ensino Básico**. 2018. Disponível em: <<http://santamariaemdados.com.br/6-educacao/6-1-instituicoes-de-ensino-inicial-fundamental-e-medio/>>. Acessado em: 24 jan. 2019.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós Disciplinar de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.14, n. 3, p.30-50, set./dez. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acessado em: 29 jan. 2019.

ALVES, E.; SOARES, F. V. **Ocupação e Escolaridade: Tendências recentes na grande São Paulo**. Brasília: IPEA, 1996. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0428.pdf>. Acesso em 02 mar. 2018.

ALVES, V. L. R. O Significado do discurso de risco na área de reabilitação. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v.8, n.2, p.67-70, ago./out. 2001. Disponível em:<<file:///C:/Users/aline/Downloads/v8n2a02.pdf>>. Acessado em: 20 jan. 2019.

ALVES, F. B.; VILAS BOAS, M. C. A. Direito à cultura e o direito à vida: visão crítica sobre a prática do infanticídio em tribos indígenas. Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI realizado em Fortaleza. p. 4962-73, 2010. Disponível em: <<https://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/fortaleza/3822.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999. 264 p.

ANTUNES, C. F.; et al. Dificuldades Percebidas por Trabalhadores com Deficiência no Cotidiano do Trabalho. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v.21, n.3, p.01-07, jul./set, 2016. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45834/pdf>>. Acessado em 03 jan. 2018.

ARANHA, M. S. F. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. **Temas Psicol**, Ribeirão Preto, v.3, n.2, p.63-70, ago./out, 1995. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1995000200008>. Acessado em: 12 jan. 2019.

ARAÚJO, J. P.; SCHMIDT, A. A inclusão de pessoas com necessidades especiais no trabalho: a visão de empresas e de instituições educacionais especiais na cidade de Curitiba. **Rev Bras Ed Esp.** Bauru, v.12, n. 2, p.241-54, mai./ago, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382006000200007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 01 de fev. 2016.

ASSIS, A. M.; CARVALHO-FREITAS, M. N. C. Estudo de Caso Sobre a Inserção de Pessoas com Deficiência numa Organização de Grande Porte. **REAd.** Porto Alegre, v. 78, n. 2, p. 496-528, mai./ago, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4011/401137010008.pdf>>. Acessado em: 01 de mai. 2019.

BAHIA, M. S.; SCHOMMER, P. C. Inserção profissional de pessoas com deficiência nas empresas: responsabilidades, práticas e caminhos. **Organização e Sociedade**, Bahia, v.17, n.54, p. 439-461, jun./set, 2010. Disponível em: < <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/11116/8029>>. Acessado em: 12 jan. 2019.

BAPTISTA, A. K.; SILVA, F. C. M. Perfil demográfico e do emprego das pessoas com deficiência no município de Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 37-48, jul./set, 2010. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/172>>. Acessado em: 12 jan. 2019.

BARTALOTTI, C. C. A Inclusão Social da Pessoa com Deficiência e o Papel da Terapia Ocupacional. **Cidadania e Justiça.** Brasília, v. 7, n. 13, p. 196-176, set. 2004. Disponível em: < http://www.amb.com.br/docs/publicacoes/Outros/revista_cj_n7.pdf#page=168>. Acessado em: 16 de abril de 2019.

BARTALOTTI, C. C. **Inclusão social das pessoas com deficiência**: utopia ou possibilidade?. São Paulo: Paullus, 2006. 60 p.

BARROS, A. B.; SILVA, S. M. M. da.; COSTA, M. P. R. da. Dificuldades no processo de inclusão escolar: percepções de professores e de alunos com deficiência visual em escolas públicas. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.** Perdizes, v35, n.88, p. 145-163, ago./dez, 2015. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-711X2015000100010&script=sci_abstract&tlng=en>. Acessado em: 04 jan. 2018.

BEYER, H. **Inclusão e Avaliação na Escola: de alunos com necessidades educacionais especiais.** 2ª ed. Porto Alegre: Mediação, 2006. 128 p.

BENETTON, M. J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. M. L. Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional. **Revista do CETO**, São Paulo, v.8, n.8, p.27-40, 2003. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4174745/mod_resource/content/1/Benetton%20H%C3%A1bitos%20cotidiano%20e%20terapia%20ocupacional.pdf>. Acessado em: 30 jan. 2019.

BEZERRA, S. S.; VIEIRA, M. M. F.; Pessoa com Deficiência Intelectual: a Nova “Ralé” das Organizações Do Trabalho, **REA**, São Paulo, v. 52, n. 2, p.232-244, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-75902012000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em 04 jan. 2018.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; FONSECA, A. M. R. Percepções de pessoas com baixa visão sobre seu retorno ao mercado de trabalho. **Paidéia**, Monte Alegre, v.21, n.49, p.187-195, mai./ago, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2011000200006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em 04 jan. 2018.

BOTELHO, A. R. **Ensino de ortografia e Sistema Braille**. 2011. 172f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal da Bahia, Bahia, BA, 2011.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil**.1824. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm>. Acessado em: 28 de jan. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acessado em: 28 de jan. 2016.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1989. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm>. Acessado em: 23 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm>. Acessado em: 28 de jan. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acessado em: 28 de jan. 2016.

BRASIL. Lei nº. 9.394 de 20 de dezembro de 1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 30 de out. 2012.

BRASIL. Lei 3.298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acessado em: 28 de jan. 2016.

BRASIL. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília. 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acessado em 30 de out. 2015.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à saúde auditiva. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília. 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html> . Acesso em: 05 mar. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html>. Acessado em: 11 de jun. 2019.

BRASIL. Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html>. Acessado em 05 mar. 2019.

BRASIL. Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília. 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128_24_12_2008.html>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008**. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2008b.

BRASIL. Portaria MS/SAS nº 400, de 16 de novembro de 2009. Indica as diretrizes nacionais para a atenção à saúde de pessoas ostomizadas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília. 2009a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: 24 jan. 2019.

BRASIL. Orientações Técnicas. Centro de Referência da Assistência Social – CRAS.

Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, Brasília, 2009b.

Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 mar. 2019.

BRASIL. Orientações Técnicas – Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2011b.

Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2012a. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acessado em 05 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 12.705, de 8 de agosto de 2012. Dispõe sobre os requisitos para ingresso nos cursos de formação de militares de carreira do Exército. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2012b. Disponível em: <

<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1032693/lei-12705-12>>. Acessado em 15 fev. 2019.

BRASIL. Viver sem Limite. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

SDH-PR/SNPD, Brasília, 2013a. Disponível em:

<https://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_0.pdf> . Acesso em: 2 mar. 2017.

BRASIL. Legislação brasileira sobre pessoas com deficiência. – 7. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013b.

BRASIL. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

(Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acessado em: 09 jan. 2019.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 2015a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acessado em: 26 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.183, de 4 de novembro de 2015. Altera as Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, para tratar da associação do segurado especial em cooperativa de crédito rural e, ainda essa última, para atualizar o rol de dependentes, estabelecer regra de não incidência do fator previdenciário, regras de pensão por morte e de empréstimo consignado, a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003, para assegurar pagamento do seguro-defeso para familiar que exerça atividade de apoio à pesca, a Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012, para estabelecer regra de inscrição no regime de previdência complementar dos servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, para dispor sobre o pagamento de empréstimos realizados por participantes e assistidos com entidades fechadas e abertas de previdência complementar e a Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2015b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113183.htm>. Acessado em: 04 mar. 2018.

BRISOLA, N. A. V.; MARCONDES, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**. São José dos Campos, v.20, n.35, p.201-8, jan./jul, 2014. Disponível em: <<https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/228>>. Acessado em: 04 mar. 2018.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, jan./jun, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acessado em: 02 fev. 2018.

CALDAS JÚNIOR, A.; MACHIAVELLI, J. **Atenção e Cuidado da Saúde bucal da pessoa com deficiência**: introdução ao Recife: Ed. Universitária, 2015. 65p.

CARVALHO-FREITAS, M. N. **A Inserção de pessoas com deficiência em empresas brasileiras – Um estudo sobre as relações entre concepções de deficiência, condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho**. 2007, 315p. Tese (Doutorado em Administração), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CARVALHO-FREITAS, M. N. Inserção e gestão do trabalho de pessoas com deficiência: um estudo de caso. **RAC**, Curitiba, v. 13, p. 121-138, jun, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v13nspe/a09v13nspe.pdf>> . Acesso em: 18 maio 2010

CARVALHO-FREITAS, M. N. et al. Comprometimento organizacional e qualidade de vida no trabalho para pessoas com e sem deficiência. **Psico-USF**, Campinas, v.18, n.1, p.109-120, dez, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em: 06 abr. 2019.

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades Humanas e Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus Editora, 2001. cap. 2, p. 41-59.

CERTEAU, M. **A Invenção do Cotidiano**. Petrópolis, Vozes, 1998. 320 p.

COELHO, C. M.; SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Trabalhadores com deficiência: vivências de prazer e sofrimento. **Psicologia & Sociedade**, Minas Gerais, v.26, n.1, p.214-223, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822014000100023&script=sci_abstract>. Acessado em 04. jan. 2018.

CONCOLATTO, C. P.; RODRIGUES, T. G.; OLTRAMARI, A. P. Mudanças nas Relações de Trabalho eo Papel Simbólico do Trabalho na Atualidade. **Farol – Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**. Belo Horizonte, v.4, n.9, p.340-89, abr, 2017. Disponível em: <<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/farol/article/view/3254>> Acessado em: 01 fev. 2019.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. 5 ed. rev. e atual. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2014.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. Método de pesquisa em administração. 7ª edição Porto Alegre: Bookman, 2003. 269 p.

COSTA, V. A. Formação de professores e educação inclusiva frente às demandas humanas e sociais Para quê?. In: MIRANDA, T. G.; GALVÃO FILHO, T. A. **O professor e a educação inclusiva: formação, práticas e lugares**. Salvador: EDUFBA, 2012. cap. 5, p. 89-110.

COSTA, M. C.; ALMEIDA, M. V. M. Esquizo-ocupação: uma ferramenta de análise da instituição Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v.15, n.1, p.11-16, jan./mai, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13932>>. Acessado em: 26 jan. 2019.

COUTINHO, B. G. et al. Qualidade de vida no trabalho de pessoas com deficiência física. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 561-73, mar, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000200561&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 26 abr. 2019.

CROCHIK, J. L. **Preconceito, Indivíduo e Cultura**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 3ª Edição, 2006. 174 p.

DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001. cap. 1, p.19-40.

DECHICHI, C.; et al. Educação especial e inclusão educacional: formação profissional e experiências em diferentes contextos. Uberlândia: EDUFU, 2011. 224 p.

DECROP, A. Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers. **Recherche et Applications en Marketing**, França, v.19, n. 2, p. 126-127, jul./sep. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300019>. Acessado em: 23 mar. 2018.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; MOLINIER, P. Comprendre la résistance au changement. Documents du médecin du travail, **INRS**. Quebec, v. 2, n. 58, p.1-8, 1994. Disponível em: <<http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TC%2049>>. Acessado em 31 jan. 2019.

DELGADO, M. C. S.; GOULART, I. B. Práticas de desenvolvimento de pessoas com deficiência em uma instituição do setor educacional. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 6, n. 1, p.39-52, jan./jun, 2011. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/volume6_n1/Delgado_%26_Goulart.pdf>. Disponível em: 20 abr. 2019.

DINIZ, D. Deficiência e Políticas Sociais – entrevista com Colin Barnes. **SER Social**, Brasília, v.15, n.32, p.237-251, jan./jun, 2013. Disponível em: <<http://www.espanholacessivel.ufc.br/entrevista.pdf>>. Acessado em 02 jan. 2019.

DRUMMOND, A. F.; REZENDE, M. B. **Intervenção da Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. p. 95-137.

DSM V – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V**. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

DOVAL, J. L. M. **Inclusão de pessoas portadoras de deficiência no mercado de trabalho: desafios e tendências**. 199p.2006. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

DUARTE, Newton. A individualidade para-si. Contribuição a uma teoria histórico social da formação do indivíduo. 2 ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1999.

ENGELS, F. **O Papel do Trabalho na Transformação do macaco em Homem**. São Paulo, Global Editora, 1986. 33 p.

ETHOS. **O que as empresas podem fazer pela inclusão das pessoas com deficiência**. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Institucional/BNDES_Transparente/Pro-equidade_de_genero/inclusao_das_pessoas_com_deficiencia.pdf>. Acessado em: 27 de jan. 2016.

EON, F. O que é responsabilidade social? **Revista ResponsabilidadeSocial.com**, 2014. Disponível em: <<http://www.responsabilidadesocial.com/entrevista/fabio-eon/>>. Acessado em: 20 abr. 2019.

FARIAS, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n.2, p.429-439, abr./jun, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000200018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 26 jan. 2019.

FARIAS, J. H.; KREMER, A. Reestruturação Produtiva e Precarização do Trabalho: o Mundo do Trabalho em Transformação. **REAd**, Porto Alegre, v.10, n.5, p. 1-26, set./out, 2004. Disponível em: <http://www.ufjf.br/angelo_esther/files/2012/10/RH-I-

REESTRUTURA%C3%87%C3%83O-PRODUTIVA-E-PRECARIZA%C3%87%C3%83O-DO-TRABALHO-FARIA1.pdf>. Acessado em: 31 jan. 2019.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>. Acessado em: 25 jan. 2019.

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES. **História do Movimento Apaeano**. Rio de Janeiro. 2019. Disponível em:< <http://apaerj.org.br/page/historia-do-movimento-apaeano-24314>>. Acessado em: 21 jan. 2019.

FERREIRA, J. R. Educação especial, inclusão e política educacional: notas brasileiras. In: RODRIGUES, D. **Inclusão e Educação** - Doze Olhares Sobre a Educação Inclusiva. São Paulo. Editora Summus, 2006.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p:1421-28, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em: 20 dez. 2018.

FERREIRA, E. W.; BERTOLUCCI JÚNIOR, L.; BORGES, M. M. C. Perfil demográfico e do emprego das pessoas portadoras de deficiência: população dependente de políticas públicas na ilha da prosperidade de Uberlândia – MG. In: **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP)**, Caxambú, MG: APEB; 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_663.pdf>. Acessado em: 15 abr. 2019.

FIGUEIRA, E. **Teologia da Inclusão**: a trajetória das pessoas com deficiência na história do Cristianismo. São Paulo: Figueira Digital, 2015. 191 p.

FLECK, M. P. A.; et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p.178-83, abr./jul. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012>. Acessado em: 22 abr. 2018.

FLÔRES, J. R. A. **Fragmentos da História Ferroviárias Brasileira**. Santa Maria: Pallotti, 2007. 320 p.

FOLETTTO, V. T. **Apontamentos sobre a história da arquitetura de Santa Maria**. Santa Maria: Câmara de Vereadores de Santa Maria, 2008. 269 p.

FONSECA, R. T. M. O trabalho protegido do portador de deficiência. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, I, n.0, fev. 2000. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4891>. Acesso em 10 mar 2016.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Fortaleza: UEC, 2002. 109 p.

FRANÇA, T. H. P. M. **Deficiência e Pobreza no Brasil a relevância do trabalho das pessoas com deficiência.** [Tese] Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 2014.

FREITAS, G. R.; MARANHÃO, T. L. G.; FÉLIX, W. M. A Deficiência Auditiva e a Possibilidade de Inclusão no Mercado de Trabalho. **Rev. Psic**, Perdizes, v. 11, n. 34, p.185-218, fev, 2017. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/685>>. Acessado em: 17 de abr. 2019.

FURLAN, P. G. et al. A formação profissional de terapeutas ocupacionais e o curso de graduação da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**. São Carlos, v. 22, n. 1, p:109-19, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/651/493>>. Acessado em: 24 jan. 2015.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura subjetividade e contexto histórico-social. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v.14, n.3, p.104-109, out./dez, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13924>>. Acessado em: 26 jan. 2019.

GARCIA, V. G.; MAIA, A. G. Características da participação das pessoas com deficiência e/ou limitação funcional no mercado de trabalho brasileiro. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.395-418, jul./dez, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982014000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em 03 fev. 2018.

GARIN, O.; et al. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. **Health Qual Life Outcomes**, London, v.8, n.51, p.1-15, feb./abr, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20482853>>. Acessado em: 28 mar. 2019.

GATTÁS, M. L. B. **Interdisciplinaridade em cursos de graduação na área de saúde da universidade de Uberaba-Uniube.** Tese (doutorado) – Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, 2005.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 176 p.

GLASER, B.; STRAUSS, A. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company, 1967.

GOLDSCHMIDT, R.; DARLÉA C. P. O direito fundamental do deficiente físico ao trabalho digno e sua inclusão no mercado de trabalho. In: **Anais do Seminário Nacional de Dimensões Materiais e Eficácias dos Direitos Fundamentais-Descontinuado.** v.1. n.1, p.245-258. 2011. Disponível em: <<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/seminarionacionaldedimensoes/article/viewFile/911/524>>. Acessado em: 28 mai. 2018.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. cap. 6, p. 185-221.

GOMES, J. R. A. A.; HAMANN, E. M.; GUTIERREZ, M. M. U. Application of the WHOQOL-BREF in a community segment as a subsidy for health promotion actions. **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v.17, n.2, p.495-516, abr./jun, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200495>. Acessado em: 26 jun. 2018.

GOSS, D; GOSS, F; ADAM-SMITH, D. Disability and employment: a comparative critique of UK legislation. *The International Journal of Human Resource Management*, 11:4, p. 807-821, Aug. 2000. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09585190050075132>>. Acessado em 25 mar. 2019.

GUIMARÃES, G. D. **Aspectos da teoria do cotidiano**: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. 150 p.

HELLER, A. O cotidiano e a história. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972. 176 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados do Senso de 2010**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=431690>>. Acessado em 28 de jan. de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População Economicamente Ativa (PEA) – 2001 – 2011**. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pmemet2.shtm>>. Acessado em 28 de jan. de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População Economicamente Ativa (PEA)**. 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acessado em 28 de jan. de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População Ocupada**. 2013. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/primeiros_resultados/analise04.shtm>. Acesso em: 04 mai. 2019.

INSTITUTO ETHOS. Perfil social, racial e de gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas ações afirmativas. São Paulo, 2010. 51 p.

INSTITUTO ETHOS. **Perfil social, racial e de gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas ações afirmativas**. São Paulo, 2016. 96 p. Disponível em: <<https://www3.ethos.org.br/wp-content/uploads/2012/12/4Perfil-Social-Racial-e-de-G%C3%AAAnero-das-500-Maiores-Empresas-do-Brasil-e-suas-A%C3%A7%C3%B5es-Afirmativas-Pesquisa-2010.pdf>>. Acessado em: 20 mar. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População**: população estimada ano de 2018. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santamaria/panorama>>. Acessado em 28 de jan. de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Orientações sobre ostomia**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/cartilha_folder_Inca.pdf> acessado em: 20 de jan. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Mercado de trabalho**: conjuntura e análise. Ministério do Trabalho e Emprego. 2015. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/bmt_59_completo.pdf> acessado em: 25 de jan. 2016.

INGHAM-BROOMFIELD, R. A nurses' guide to mixed methods research. **Aust. J. Adv. Nurs.** Australian, v.33, n.4, p.46-52, 2016. Disponível em: <<http://www.ajan.com.au/Vol33/Issue4/5Broomfield.pdf>>. Acessado em: 24 jan. 2019.

JAPIASSU, H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago editora LTDA, 1976. 221 p.

JANNER, B.; et al. Pessoas com deficiência: identificando um cenário para a inserção do terapeuta ocupacional no interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** João Pessoa, v. 2, n. 1, p.68-84, jan, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufjf.br/index.php/ribto/article/view/12591>>. Acessado em: 06 mai. 2019.

LANCILLOTTI, S. S. P. **Deficiência e trabalho**: redimensionando o singular no contexto universal. Campinas: Autores Associados; 2003. 111p.

LANCMAN, S. Construção de Novas Teorias e Práticas em Terapia Ocupacional, Saúde e Trabalho. In: LANCMAN, S. **Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional**. – São Paulo: Roca, 2004. cap. 3, p. 71-83.

LANNA JÚNIOR, M. C. M. **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil**. Secretária de Direitos Humanos. Secretária Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2010. 482 p.

LEAL, D. R.; MATTOS, G. D.; FONTANA, R. T. Trabalhador com deficiência física: fragilidades e agravos autorreferidos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66, n.1, p.59-66, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000100009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 04 jan. 2018.

LEFEBVRE, H. **A Vida Cotidiana no Mundo Moderno**. São Paulo: ed. Ática, 1991. 216 p.

LIMA, E. M. F. A.; OKUMA, D.G.; PASTORE, M. N. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 243-254, mai./ago, 2013. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/811/436>>. Acessado em: 30 jan. 2019.

LIMA, E. V. S. et al. Infanticídio Indígena no Brasil: uma Análise Jurídica e Cultural. **Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão**, Santa Cruz do Sul, v.5, n.1, p.158-165, jan, 2017. Disponível em: http://www.revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/eletronica/article/viewFile/158-165/pdf_139. Acessado em: 01 fev. 2019.

LINO, M. V.; CUNHA, A. C. B. 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**, São João Del-Rei, v.3, n.1, ago, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=600221&indexSearch=ID>>. Acessado em 04 jan. 2018.

LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D. **Marxismo e Educação**: debates contemporâneos. 2ªed. Campinas, SP: Autores Associados: Histedbr, 2008. 274 p.

LURIA, A. R. **O desenvolvimento cognitivo**: seus fundamentos culturais e sociais. São Paulo: Ícone, 1990. 223 p.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas: análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p: 304-11, abr./jun, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em: 20 jan. 2019.

MAGALHÃES, M. P. **O artigo 94 do Estatuto do Idoso e as consequências da eventual extensão do conceito de infração penal de menor potencial ofensivo**. 2009. Disponível em: <http://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/UCB_001cae455b8613ce62edc9dbbec0fde4/Details>. Acesso em 20 de abril de 2017.

MAIA, A. M. C.; CARVALHO-FREITAS, M. N. O Trabalhador com Deficiência na Organização: um Estudo Sobre o Treinamento e desenvolvimento e a Adequação das Condições de Trabalho. **REAd**, Porto Alegre, v.82, n. 3, p. 689-718. Set./dez, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/read/issue/view/2725>>. Acessado em: 25 abr. 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2006. 311p.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1985. 984 p.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. Lisboa: Avante, 1981. 614 p.

MARX, K. **Manuscrito Econômico-filosófico**. 4. reimpr. São Paulo: Boitempo, 2010. 191 p.

MAZZOTTA, M. J. S. **Educação especial no Brasil**: história e políticas públicas. 2 ed. São Paulo: Cortez; 1999. 232 p.

MATOS, N. R. V. **Inclusão Perversa**: uma reflexão sobre o sentido do trabalho para pessoas com deficiência. 1. ed. Curitiba: Appris, 2017. 163 p.

MENDES, H. S. F.; BASTOS, C. C. B. C. Um estudo sobre a realidade da inclusão de pessoas com deficiência na educação superior no Paraná. **Revista Educação Especial**. Santa Maria, v.29, n.54, p.189-202. Jan./abr, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/17215>>. Acessado em 04 jan. 2018.

MENDONÇA, L. E. A. **Lei de Cotas: Pessoas com Deficiência: a visão empresarial**. São Paulo, LTr, 2010. 240 p.

MENDONÇA, R. C. T. **Breves comentários sobre os dispositivos legais que subsidiam a política de inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho**. 2007. Disponível em: <<http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi¶metro=19683>>. Acessado em: 04 abr. 2019.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, jan./mar. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acessado em: 22 de mar. 2019.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 80 p.

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S. (org). **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Foicruz, 2005. 255 p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior Cadastro e-MEC**. 2019. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acessado em: 24 jan. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2016. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>. Acessado em: 24 jan. 2019.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho**. 3. ed. Brasília: MTE, 2009. 97 p.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) – 2011**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/indicadores/rais-2011>>. Acessado em: 20 mai. 2018.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Parecer/Conjur/ MTE nº 444/2011**. Disponível em: <<http://www.assessoria.net/imsistema/file/PARECER%20CONJUR%20444.pdf>>. Acessado em: 15 de abril de 2019.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.41, n.3, p.8-19. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n3/v41n3a02.pdf>>. Acessado em: 25 jan. 2019.

MONTEIRO, L. G. et al. Responsabilidade social empresarial: inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. **Rev. Bras. Educ. Espec.** Bauru, v. 17, n. 3, p. 459-480, set./dez, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382011000300008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em 20 de mar. 2019.

NASCIMENTO, E. S.; MIRANDA, T. G. O trabalho e a profissionalização das pessoas com deficiência. **Revista da FAGED**. Salvador, v.12, n.12, p. 169-84, dez, 2007. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/entreideias/article/view/2761>>. Acessado em: 26 jun. 2018.

NERI, M. et al. Retratos da deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, 2003. 28p.

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano: Conhecimento e Crítica**. 6ª ed. – São Paulo, Cortez, 2005. 96 p.

NEVES-SILVA P.; PRAIS, F. G.; SILVEIRA, A. M. Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho em Belo Horizonte, Brasil: cenário e perspectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.8, p.2549-2558, mar./mai, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802549&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 04 jan. 2018.

NÚCLEO DE ESTUDOS REGIONAIS E AGRÁRIOS. **Mapa de Localização e Divisão Distrital do Município de Santa Maria, RS**. 2006. Disponível em:<<http://coral.ufsm.br/nera/>>. Acessado em: 28 jun. 2016.

NUNES, L. R. P.; GLAT, R.; FERREIRA, J. R.; MENDES, E. G. **Pesquisa em Educação Especial na pós-graduação**. Rio de Janeiro: Editora Sette Letras, 1998. 214 p.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.12, n.3, p.983-1010, set./dez, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/19.pdf>>. Acessado em: 25 jan. 2019.

OLIVEIRA, M. J. I.; SANTOS, E. E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.2, n.2, p.7-24, jan./jun, 2013. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/219>>. Acessado em: 02 fev. 2018.

OLIVEIRA, E. R. **Ações de Inclusão de funcionários com deficiência em empresas de diferentes ramos de atividades**. 2008. 83p. Dissertação (Mestrado em distúrbios do desenvolvimento), Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP. 2008.

OLIVEIRA, M. A.; GOULART JÚNIOR, E. FERNANDES, J. M. Pessoas com deficiência no mercado de trabalho: considerações sobre políticas públicas nos Estados Unidos, União

Europeia e Brasil. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 15, n. 2, p. 219-232, mai./ago, 2009. Disponível em:
<[file:///C:/Users/aline/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_406756957013%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/aline/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_406756957013%20(1).pdf)>
Acessado em: 25 mar. 2019.

OLIVEIRA, M. F. Metodologia Científica: um manual para a realização de pesquisas em administração. Catalão: UFG, 2011. Disponível em:
<https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf>. Acessado em 17 de jun. de 2019.

OMOTE, S. A integração do deficiente: um pseudo-problema científico. **Temas Psicol**, Ribeirão Preto, v.3, n.2, p.55-62, ago./set.1995. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1995000200007>. Acessado em: 25 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos humanos**. Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://www.cedipod.org.br>> Acessado em 02 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolução 31/123. 1981** – Ano Internacional das Pessoas Deficientes da Assembleia Geral das Nações em 16 de dezembro de 1976. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me002911.pdf>>. Acessado em 02 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolução 37/52** – Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência. Assembleia Geral das Nações Unidas em 03 de dezembro de 1982. Disponível em:
<http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/publicacoesdeficiente/programadeacao_mundialparaaspcd-onu.pdf> Acessado em 21 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolução 44/25 de 1988** – Convenção de Direitos da Criança. Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1988. Disponível em:
<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/direitos/tratado11.htm>>. Acessado em 21 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração sobre Educação para Todos**. Jomtien, Tailândia, 1990. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direito-a-Educa%C3%A7%C3%A3o/declaracao-mundial-sobre-educacao-para-todos.html>>. Acessado em 21 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração de Salamanca sobre Princípios, Política e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais**. Salamanca, Espanha, 1994. Disponível em:
<http://redeinclusao.pt/media/fl_9.pdf>. Acessado em 21 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Dia Internacional das Pessoas com Deficiência: OIT pede mais ações para apoiar a integração das pessoas com deficiência no mundo do trabalho**. Brasília. 2007. Disponível em:

<<http://www.oitbrasil.org.br/news/nov/>>. Acesso em: 07 abr. 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acessado em 26 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**: Classificação Detalhada com definições Todas as categorias com as suas definições, inclusões e exclusões. 2003. Disponível em: <<http://arquivo.esse.ips.pt/esse/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>>. Acessado em: 10 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global disability action plan 2014–2021: better health for all people with disability**. Genebra. 2014. Disponível em: <https://www.who.int/disabilities/policies/actionplan/Disability_action_plan_faq.pdf>. Acessado em: 10 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora Edusp, 2002. 326p.

PACHECO, K. M. B.; ALVES, V. L. R. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. **Acta Fisiátr**, São Paulo, v.14, n.24, p.242-48, dez, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102875>>. Acessado em: 24 jan. 2019.

PADOIN, M. M. A Viação Férrea e o Desenvolvimento do Comércio e da Indústria de Santa Maria. In: RIBEIRO, J. I. **Nova História de Santa Maria**: contribuições recentes. Santa Maria, Pallotti, 2010. 563 p.

PAIVA, J. C. M.; BENDASSOLLI, P. F.; TORRES, C. C. Sentidos e significados do trabalho: dos impedimentos às possibilidades do trabalho de pessoas com deficiências. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 218-239, abr. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000100013>. Acessado em: 06 abr. 2019.

PEDRAL, C.; BASTOS P. **Terapia Ocupacional**: metodologia e prática. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. 322 p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p: 103-9, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em: 20 fev. 2019.

PELLEGRINI, A. C. As relações entre o brincar no método da Terapia Ocupacional Dinâmica e no Modelo Lúdico: subsídios para a clínica na saúde mental infantil. **Revista do CETO**, São Paulo, v.10, n.10, p.40-47, set, 2007. Disponível em: <<http://www.ceto.pro.br/atividades/index.php/revista>>. Acessado em: 30 jan. 2019.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. 616 p.

PEREIRA, A. C. C.; PASSERINO, L. Um estudo sobre o perfil dos empregados com deficiência em uma organização. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 18, n. 2, p. 245-264, abr./jun, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382012000200006>.

Acessado em: 06 fev. 2019.

PEREIRA, C. S.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Qual o significado do trabalho para as pessoas com e sem deficiência física? **Psico-USF**, Campinas, v. 13, n. 1, p.105-114, jan./jun, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v13n1/v13n1a13.pdf>>.

Acessado em: 04 abr. 2019.

PERUZZOLO, S. R.; COSTA, G. M. T. **Estimulação precoce**: contribuição na aprendizagem e no desenvolvimento de crianças com Deficiência Intelectual (DI). **REI – Revista de Educação do IDEAU**, Getúlio Vargas, v. 10, n. 21, p. 1-13, jan./jul, 2015. Disponível em:

<https://www.idea.com.br/getulio/restrito/upload/revistasartigos/246_1.pdf>. Acessado em:

06 abr. 2019.

PESSOTI, I. **Deficiência Mental**: da superstição à ciência. São Paulo, T.A. Queiroz, 1984. 206 p.

PICCOLO, G. M.; MENDES, E. G. Contribuições a um Pensar Sociológico Sobre a Deficiência. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 34, n. 123, p. 459-475, abr.-jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v34n123/08.pdf>>. Acessado em 03 jan. 2018.

PINHEIRO, L. R. S.; DELLATORRE, R. Desafios da Inclusão de Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho: um Estudo Sobre a Pessoa dos Envolvimentos. **Perspectivas**, Erechin, v. 39, n. 148, p. 95-109, dez, 2015. Disponível em:

<http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/148_537.pdf>. Acessado em: 29 de mai.

2019.

PIOVESAN, F. Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos. **Sur, Rev. int. direitos human**, São Paulo, v.1, n.1, p.20-47, jan./ mar, 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-64452004000100003&script=sci_abstract&tlng=pt)

[64452004000100003&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-64452004000100003&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acessado em: 20 jan. 2019.

PONTE, A. S.; FEDOSSE, E. Caracterização de sujeitos com lesão cerebral adquirida em idade produtiva. **Rev. CEFAC**, Campinas, v.18, n.5, p.1097-1108, nov./dez, 2016a.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462016000501097&script=sci_abstract&tlng=pt)

[18462016000501097&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462016000501097&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acessado em 28 jun. 2017.

PONTE, A. S.; FEDOSSE, E. Lesão Encefálica Adquirida: impacto na atividade laboral de sujeitos em idade produtiva e de seus familiares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.10, p.3171-3182, dez, 2016b. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016001003171&script=sci_abstract&tlng=pt)

[81232016001003171&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016001003171&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acessado em: 20 jun. 2018.

PORTO, A. **O Trabalho alemão no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Graf. Santa Terezinha, 1934. 280 p.

QUEIROZ, M. S.; PUNTEL, M. A. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 120 p.

RAMALHO, C. E.; SOUZA, R. J. B. Dificuldades da inclusão do deficiente físico no mercado de trabalho. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Contábeis**, Goiânia, v.5, n.8, p.1-8, out, 2005. Disponível em: <http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/msnp3krdnoulhbw_2013-4-26-12-19-25.pdf>. Acessado em: 20 jan. 2018.

RECH, T. L. **A emergência da inclusão escolar no Governo FHC: movimentos que a tornaram uma “verdade” que permanece.** 2010. 138f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2010.

RECHIA, A. **Santa Maria Panorama Histórico Cultural.** Santa Maria: Associação Santa-Mariense de Letras, 1999.

REDIG, A. G.; GLAT, R. Programa educacional especializado para capacitação e inclusão no trabalho de pessoas com deficiência intelectual. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 95, p. 330-355, abr, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40362017000200330&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 08 mar. 2019.

RENNER, J. S.; SCHAAN, S. P.; BOESSIO, A. T. Inclusão de Pessoas com Deficiência no Trabalho: a Visão dos Gestores de uma Indústria Calçadista. **Agenda Social**, Campos dos Goytacazes, v. 9, n. 1, p. 122-41, jan./fev, 2015. Disponível em: <<http://www.revistaagendasocial.com.br/index.php/agendasocial/article/view/207>>. Acessado em: 29 de mai. 2019.

RIBEIRO, C. V. S.; LÉDA, D. B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.4 n.2, p.76-83, out./dez, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-42812004000300006>. Acessado em 25 jan. 2019.

ROCHA, E. F. Deficiência e Reabilitação: Questões Históricas e Epistemológicas. In: ROCHA, E. F. **Reabilitação de Pessoas com Deficiência: a intervenção em discussão.** São Paulo: Roca, 2006. cap. 2, p. 9-60. 312 p.

ROGALSKI, S. M. Histórico do Surgimento da Educação Especial. **Revista de Educação do IDEAU**, Getúlio Vargas, v.5, n.12, p.1-13, jul./dez, 2010. Disponível em: <https://www.ideau.com.br/getulio/restrito/upload/revistasartigos/168_1.pdf>. Acessado em 15 jun. 2018.

SALES, G. P.; FERREIRA, T. F. Aplicação do Questionário “WHOQOL – BREF” para avaliação da qualidade de vida nos participantes do projeto de promoção em saúde corra pela vida de São Roque de Canaã/ES. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v.5, n.28, p.366-74, jul./ago, 2011. Disponível em: <<http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/353>>. Acessado em: 20 jun. 2017.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São

Carlos, v.21, n.2, p.265-273, mar./mai, 2013. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/813>>. Acessado em: 26 jan. 2019.

SALIMENE, A. C. M. Reabilitação e ideologia: um breve histórico. **Rev. Serviço Soc. Hospital São Paulo**, São Paulo, v.3, n.1, p.34-7, jan./jun, 1996. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/280029235/Deficiencia-e-Historia>>. Acessado em: 20 jan. 2018.

SANTOS, M. **O Espaço do Cidadão**. São Paulo: Nobel, 1987. 45 p.

SANTOS, R. N. L. C.; et al. Integralidade e Interdisciplinaridade na Formação de estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. méd**, Rio de Janeiro, v.39, n. 3, p:378-87, jul./set, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300378&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em 20 jan. 2019.

SANTOS W. Pessoas com deficiência e inclusão no trabalho na América Latina: desafios à universalização dos direitos. **Cad. Bras. Ter. Ocup**, São Carlos, v. 25, n. 4, p. 839-854, out./dez, 2017. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1668>>. Acessado em: 20 abr. 2019.

SASSAKI, R. K. **Símbolo Internacional de Acesso**: diretrizes oficiais. São Paulo: PRODEF/APADE, 1996. 22 p.

SASSAKI, R. K. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. **Revista Nacional de Reabilitação**, São Paulo, v.5, n.25, p.5-14, mar./abr, 2002. Disponível em: <https://acessibilidade.ufg.br/up/211/o/TERMINOLOGIA_SOBRE_DEFICIENCIA_NA_ER_A_DA.pdf?1473203540>. Acessado em 28 jan. 2018.

SASSAKI, R. K. Como chamar as pessoas que têm deficiência? In: SASSAKI, R. K. **Vida Independente**: história, movimentos, lideranças, conceitos, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003. 45 p.ira

SASSAKI, R. K. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? **Revista Nacional de Reabilitação**, São Paulo, v. 9, n. 43, p. 9-10, mar./abr. 2005. Disponível em: <http://www.pcd.mppr.mp.br/arquivos/File/Artigo_-_Deficiencia_mental_ou_intelectual.pdf>. Acessado em 28 de jan. de 2019.

SASSAKI, R. K. **Inclusão**: Construindo uma sociedade para todos. 7a ed. Rio de Janeiro: WVA, 2006. 76p.

SCALABRIN, V. **O desenvolvimento urbano da cidade de Santa Maria, RS**. 2011. 37f. Monografia (Curso de Geografia) – Universidade Regional Do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, 2011.

SCHEUERMANN, T. H. A inclusão do deficiente físico no mercado de trabalho. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 99, 2012. Disponível em: <<http://www.ambito->

juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11372>. Acesso em 20 fev. 2018.

SCHNAPPER, D. **Contra o fim do trabalho**. Lisboa: Terramar. 1998. 142 p.

SENNA NETO, D. F. Efeitos da globalização nas relações de trabalho: A participação da sociedade na elaboração de políticas públicas de proteção ao trabalho humano. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7728>. Acesso em jan 2017.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.187-192, jan./mar, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232000000100016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em 20 jan. 2018.

SILVA, C. S. A história da avenida rio branco da cidade de Santa Maria: uma narrativa através da fotografia. **Anais: I Encontro de Pesquisas Históricas – PUCRS**. Porto Alegre, RS, 2014. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/oficinadohistoriador/article/view/19015/12073>>. Acessado em: 24 jun. 2017.

SILVA, O. M. **A Epopeia ignorada**: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: CEDAS; 1986. 470 p.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p. Disponível em: <www.posarq.ufsc.br/download/metPesq.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2011.

SILVA, T. F.; HENRIQUE, A. R. P.; ROCHA, V. L. **Acessibilidade: edificações, mobiliários e espaços para uma real inclusão social**. Rio de Janeiro: War Editora, 2015. 96 p.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Ciênc., Cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p:593-601, out./dez, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n115/1177-1186/pt/>>. Acessado em: 20 jan. 2019.

SILVEIRA, C.; et al. Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v.59, n.3, p.234-240, nov./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302013000300008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 17 jan. 2017.

SKILAR, C. **Atualidade da educação bilíngue para surdos**. 2. Ed. Porto Alegre: Mediação, 1999. 208 p.

SMITH, D. D. **Introdução à educação especial**: ensinar em tempos de inclusão. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SOUZA, M. R.; KAMIMURA, A. L. M. Pessoas com deficiência e mercado de trabalho. **Anais: VII Seminário de Saúde do Trabalhador e V Seminário O Trabalho em Debate “Saúde Mental Relacionada ao Trabalho.** São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000112010000100024&script=sci_arttext>. Acesso em 04 jan. 2018.

SOUZA-SILVA, J. R.; DIEGUES, D.; CARVALHO, S. G. Trabalho e deficiência: reflexões sobre as dificuldades da inclusão social. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, Campinas, v.12, n.1, p. 27-33, jan, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1519-0307>. Acessado em: 22 mar. 2018.

SOUZA, J. C.; SANTOS, A. C. B. A psicodinâmica do trabalho nas fases do capitalismo: análise comparativa do taylorismo-fordismo e do toyotismo nos contextos do capitalismo burocrático e do capitalismo flexível. **Rev. Ciênc. Admin.**, Fortaleza, v.23, n.1, p.186-216, jan./abr, 2017. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/4756/475655252008.pdf>>. Acessada em: 31 jan. 2019.

STAIMBACK, S.; STAINBACK, W. **Inclusão: Um guia para educadores.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. 456p.

STRIEDER, R.; MENDES, R.; ZIMMERMANN, R. L. G. **Nas dobras e endobras da educação inclusiva:** da igualdade para convivência com os diferentes. Joaçaba: Editora Unoesc, 2013. 206 p.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Sumula 377**, 22 de abril de 2009. Superior Tribunal de Justiça, 2009. Disponível em: < http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/Inclus%C3%A3o,-direito-de-todos>. Acessado em 26 fev. 2019.

SUZANO, J. C. C.; NEPOMUCENO, M. F.; ÁVILA, M. R. C.; LARA, G. B.; CARVALHO-FREITAS, M. N. Análise da produção acadêmica nacional dos últimos 20 anos sobre a inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho. In CARVALHO-FREITAS, M. N.; MARQUES, A. L. (Orgs.). **O trabalho e as pessoas com deficiência: pesquisas, práticas e instrumentos de diagnóstico.** Curitiba: Juruá, 2008, p. 23-42.

TAKATORI, M. A. Terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.25, n 4, p.371-377, out./dez, 2001. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=300809&indexSearch=ID>>. Acessado em 26 jan. 2019

TANAKA, E. D. O.; MANZINI, E. J. O que os empregadores pensam sobre o trabalho da pessoa com deficiência?. **Rev. bras. educ. espec.** São Paulo, v.11, n.2, mai./ago, p.273-294, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382005000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 16 mai. 2018.

TECNEP. **Curso de Especialização:** Educação Profissional Tecnológica. Módulo III – As necessidades educacionais especiais. Disciplina VI – As necessidades Educacionais Especiais de Alunos com Deficiência Múltipla. Ministério da Educação. 2008.

TEIXEIRA, J. V. S. **Inclusão de pessoas com deficiência na indústria**: acessibilidade e adequação ergonômica de postos de trabalho no processo de fabricação de tubos e conexões plásticas. 2014. 148 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2014.

TELES, H. F. R. **A Aceitação do Deficiente Auditivo no Mercado de Trabalho**. 2011. Disponível em: <<https://www.webartigos.com/artigos/a-aceitacao-do-deficiente-auditivo-no-mercado-de-trabalho/71223>>. Acessado em: 02 abr. 2019.

TOLDRÁ, R. C. Políticas afirmativas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 110-117, mai./ago. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14064/15882>>. Acessado em: 02 abr. 2019.

TOLDRA, R. C.; et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador - SP, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v.35, n.121, p.10-22, dez, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 16 jun. 2018.

TOLFO, S. R; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.19, n. esp., p.38-46, jan, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822007000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em 25 jan. 2019.

TOMÉ, R. J. M. **Deficiência, nanismo e mercado de trabalho**: dinâmicas de inclusão e exclusão. 2014. Dissertação (Ciências do Trabalho e Relações Laborais) – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2014.

TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A.; ALVES, J. B. M. A acessibilidade à informação no espaço digital. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 83-91, set./dez, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v31n3/a09v31n3.pdf>>. Acessado em: 20 de jan. 2019.

TRINDADE, D. F. Interdisciplinaridade: um novo olhar sobre as ciências. In: FAZENDA, I. **O que é interdisciplinaridade?**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2013. 65-83 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 176 p.

UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION. **Princípios Fundamentais da Deficiência**. Reino Unido, 1976. Disponível em: <<https://disability-studies.leeds.ac.uk/library/>>. Acessado em 03 fev. 2018.

VASCONCELOS, F. D. O trabalhador com deficiência e as práticas de inclusão no mercado de trabalho de Salvador, Bahia. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.35, n.121, p.41-52, jan./jun, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100006>. Acessado em: 04 jan. 2018.

VELTRONE, A. A.; ALMEIDA, M. A. Perfil da pessoa com deficiência no mercado de trabalho na cidade de São Carlos-SP. *Rev. Educ. Espec.*, Santa Maria, v. 23, n. 36, p. 73-90, jan./abr, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/1434>>. Acessado em 04 jan. 2018.

VIANNA, L. M. B. P.; TARDELLI, P. G. A. S.; ALMEIDA, L. I. R. Inclusão e Mercado de Trabalho: uma Análise das Dificuldades Enfrentadas por Pessoas com Deficiência em Ingressar no Mercado de Trabalho da Grande Vitória (ES). **DESTARTE**, Marília, v.2, n.2, p.95-109, abr./jun, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382013000200011>. Acessado em: 04 jan. 2018.

VYGOTSKY, L. S. **A Formação social da mente**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 90 p.

WALBER, V. B.; SILVA, R. N. As práticas de cuidado e a questão da deficiência: integração ou inclusão. **Estud. Psicol**, Natal, v. 23, n. 1, p. 29-38, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n1/v23n1a04.pdf>>. Acessado em 26 de mai. 2019.

WATANABE, M.; NICOLAU, S. M. A Terapia Ocupacional na Interface da Saúde e do Trabalho. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001. 181 p.

WITTMANN-VIEIRA, R.; GOLDIM, J. R. Bioética e Cuidados Paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 3 p. 334-9, set./ dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300003>. Acessado em: 26 mai. 2018.

WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. **International Journal of Mental Health**, *Chhattisgarh* v.23, n.3, p.24-56, 1994. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207411.1994.11449286>>. Acessado em: 22 de setembro de 2018.

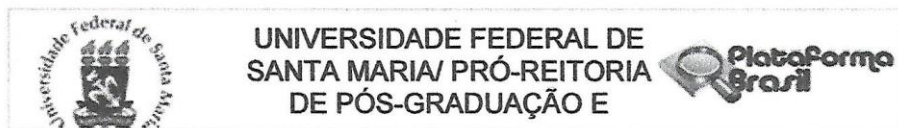
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of functioning, disability and health**: ICF. World Health Organization; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Measuring Health and Disability**: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneve: WHO, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547598_eng.pdf> Acessado em 4 de jan. de 2017.

ZOLA, I. K. Toward the necessary universalizing of disability policy. **The Milbank Quarterly**, EUA, v. 83, n. 4, p. 401–28, dez, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690291/>>. Acessado em 24 mai. 2018.

8. ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHADORES E TRABALHADORAS COM DEFICIÊNCIA: UMA ANÁLISE DO COTIDIANO, DA ATIVIDADE LABORAL E DA INCLUSÃO NO MERCADO DE TRABALHO NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS

Pesquisador: Elenir Fedosse

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73001617.4.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.351.904

Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula "TRABALHADORES E TRABALHADORAS COM DEFICIÊNCIA: UMA ANÁLISE DO COTIDIANO, DA ATIVIDADE LABORAL E DA INCLUSÃO NO MERCADO DE TRABALHO NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS" e se vincula ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana.

No resumo do projeto consta o seguinte texto: "Inclusão social é atualmente um dos temas mais debatidos e propagados dentro do contexto de políticas públicas de acessibilidade, pois apesar das pessoas com deficiência terem por lei o direito de acesso ao mercado de trabalho, muitas dificuldades e barreiras ainda são enfrentadas por este grupo devido às práticas sociais atuais. Este estudo tem por objetivo analisar a inserção laboral de pessoas com deficiência no mercado de trabalho de Santa Maria, RS, aprofundando a discussão sobre inclusão e dos fatores relevantes deste cenário. É de caráter transversal, de caráter descritivo e de natureza quali-quantitativa; ocupado de trabalhadores com deficiência inseridos no mercado de trabalho do município de Santa Maria, RS, seus empregadores/supervisores e colegas trabalho (trabalhadores sem deficiência). Os trabalhadores com deficiência serão convidados a responder uma entrevista semiestruturada, organizada pelas pesquisadoras, a um o Questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEA, o World Health Organization Disability Assessment Schedule II – WHO-

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

Anexo B – Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB

Itens de Conforto	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana.					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.					
Quantidade de banheiros.					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex.					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.					
Quantidade de lavadora de louças.					
Quantidade de fornos de micro-ondas.					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição.
2	Poço ou nascente.
3	Outro meio.

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada.
2	Terra/Cascalho.

	Quantidade que possui				
	0	1	2	3	4+
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados Domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputadores	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava Roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas		2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de Roupa	0	2	2	2	2

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental completo/Médio incompleto	2
Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	7

Serviços Públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Anexo C – World Health Organization Disability Assessment Schedule II – WHO-DAS II

ÁREA 1 Compreensão e Comunicação

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você tem tido para:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema Não é possível fazê-la
D.1.1 Concentrar-se para fazer algo por dez minutos?	1	2	3	4	5
D.1.2 Lembrar as coisas mais importantes que tem que fazer?	1	2	3	4	5
D.1.3 Analisar e encontrar soluções para os problemas do dia a dia? (da vida diária)	1	2	3	4	5
D.1.4 Aprender uma nova tarefa, como por exemplo, chegar a algum lugar em que nunca esteve?	1	2	3	4	5
D.1.5 Compreender de maneira geral o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5
D.1.6 Iniciar e manter uma conversa	1	2	3	4	5

ÁREA 2 Capacidade para se movimentar no seu arredor / entorno

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você tem tido para:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema Não é possível fazê-la
D.2.1 Ficar em pé durante longo período de tempo, como por exemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5
D.2.2 Colocar-se de pé quando estava sentado?	1	2	3	4	5
D.2.3 Mover-se dentro de sua casa?	1	2	3	4	5
D.2.4 Sair de sua casa?	1	2	3	4	5
D.2.5 Caminhar longas distâncias como, por exemplo, um quilometro [ou equivalente]?	1	2	3	4	5

ÁREA 3 Cuidado Pessoal

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você tem tido para:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema Não é possível fazê-la
D.3.1 Tomar banho (lavar todo o corpo)?	1	2	3	4	5
D.3.2 Vestir-se?	1	2	3	4	5
D.3.3 Comer?	1	2	3	4	5
D.3.4 Estar só durante uns dias?	1	2	3	4	5

ÁREA 4 Relacionar-se com outras pessoas

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você tem tido para:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema Não é possível fazê-la
D.4.1 Relacionar-se com pessoas que não conhece?	1	2	3	4	5
D.4.2 Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
D.4.3 Manter boa relação com pessoas próximas?	1	2	3	4	5
D.4.4 Fazer novos amigos?	1	2	3	4	5
D.4.5 Ter relações sexuais?	1	2	3	4	5

ÁREA 5 Atividades da vida diária

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você tem tido para

	Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema Não é possível fazê-la
D.5.2 Cumprir com seus afazeres domésticos?	1	2	3	4	5
D.5.3 Realizar bem seus afazeres domésticos mais importantes?	1	2	3	4	5
D.5.4 Acabar todo o trabalho doméstico que tem para fazer?	1	2	3	4	5
D5.5 Acabar seus afazeres domésticos tão rápido como era necessário?	1	2	3	4	5

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você tem tido para:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema Não é possível fazê-la
D.5.8 Cumprir o seu trabalho diário?	1	2	3	4	5
D.5.9 Realizar bem as tarefas mais importantes de seu trabalho?	1	2	3	4	5
D.5.10 Terminar todo o trabalho que necessitava fazer?	1	2	3	4	5
D5.11 Terminar todo o trabalho tão rápido como era necessário?	1	2	3	4	5
D5.12 Tem tido que reduzir seu nível de trabalho devido a seu estado de saúde?	Não 1				
	Sim 2				
D5.13 Tem ganho menos dinheiro devido ao seu estado de saúde (condição de saúde)?	Não 1				
	Sim 2				

ÁREA 6 Participação em Sociedade

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você tem tido para:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema Não é possível fazê-la
D.6.1 Quanta dificuldade tem tido de participar, ao mesmo nível que o restante das pessoas, em atividades da comunidade (por exemplo, festas, atividades religiosas ou outras atividades)?	1	2	3	4	5
D.6.2 Quanta dificuldade tem tido com barreiras ou obstáculos existentes no seu entorno?	1	2	3	4	5
D.6.3 Quanta dificuldade tem tido para viver com dignidade (ou respeito) devido às atitudes e ações de outras pessoas?	1	2	3	4	5
D6.4 Quanto tempo tem dedicado ao seu estado de saúde ou às conseqüências do mesmo?	1	2	3	4	5
D6.5 Quanto tem lhe afetado emocionalmente o seu estado de saúde?	1	2	3	4	5
D6.6 Que impacto econômico vem tendo para você e sua família o seu estado de saúde?	1	2	3	4	5
D6.7 Quanta dificuldade tem tido sua família devido ao seu estado de saúde	1	2	3	4	5
D6.8 Quanta dificuldade você tem tido para realizar, por si mesmo (a), coisas que lhe ajudem a relaxar e desfrutar?	1	2	3	4	5

Anexo D – World Health Organization Quality of Life – WHOQOL – BREF

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New

Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" 11 ...

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.**)
 Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and*

Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect*

Dis [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

Política editorial: Veicular produção científica de caráter crítico e reflexivo em torno do campo da saúde pública/coletiva de modo a socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos, com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse: Desde sua criação, em 1992, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos:

Publica matérias inéditas de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) dossiês - textos ensaísticos ou analíticos resultantes de estudos ou pesquisas originais sobre tema indicado pelos editores e a convite deles.
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;
- f) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;

g) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área, definidos pelo Conselho Editorial;

h) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse definidos pelo Conselho Editorial; e

i) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares:

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho e sua adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todo texto enviado para publicação é submetido a uma pré-avaliação, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, é encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores), cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. Os artigos publicados na *Saúde e Sociedade*, para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores e neles deverá constar a informação de que o texto foi publicado anteriormente na revista *Saúde e Sociedade*, indicando o volume, número e ano de publicação.

A ocorrência de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação.

Da autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o

delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, os gráficos e tabelas também devem estar inseridos no texto original.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, todas as imagens também devem estar inseridas no texto original.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de três autores, deve ser citado o primeiro, seguido de "et al.". Exemplo: Martins et al. (2014) ou (Martins et al., 2014).

Referências

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

- **Livro**

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde global*. São Paulo: Manole, 2014.

- **Capítulo de Livro**

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

- **Artigo de Periódico**

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

- **Tese**

SANTOS, A. L. D. dos. *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

- **Documento on-line**

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World malaria report: 2010. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2011.

- **Legislação (Lei, Portaria etc.)**

- **Versão impressa**

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

- **Versão eletrônica**

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

- **Artigo ou matéria de jornal**

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 15 out. 2010. *Equilíbrio e Saúde*, p. 14.

- **Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)**

- **Versão impressa**

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. *Livro de resumos...* São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- **Versão eletrônica**

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2006.

Open Access

A *Saúde e Sociedade* utiliza o modelo *Open Access* de publicação, portanto seu conteúdo é livre para leitura e download, favorecendo a disseminação do conhecimento.

Taxas

A *Saúde e Sociedade* não cobra taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.

9. APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título do estudo: Trabalhadores e Trabalhadoras com deficiência: uma análise do cotidiano, da atividade laboral e da inclusão no mercado de trabalho no município de Santa Maria, RS.

Pesquisador (a) responsável: Elenir Fedosse

Pós-graduando (a): Aline Sarturi Ponte

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria / Departamento de Fonoaudiologia

Telefone para contato: (55) 9612-0320

Prezado(a) Senhor(a):

Convidamos o (a) Sr (a) para participar do estudo intitulado “Trabalhadores e Trabalhadoras com deficiência: uma análise do cotidiano, da atividade laboral e da inclusão no mercado de trabalho no município de Santa Maria, RS”, sob a responsabilidade do pesquisador Prof^ª. Dra. Elenir Fedosse, a qual pretende analisar o cotidiano de pessoas com deficiência em idade produtiva, bem como sua inserção profissional no mercado de trabalho, na cidade de Santa Maria, RS.

Trabalhadores com deficiência – o (a) Sr (a) será convidado a responder uma entrevista semiestruturada – esta apresenta perguntas sobre suas atividades de trabalho. O Questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEA será utilizado para análise das questões socioeconômicas; o *World Health Organization Disability Assessment Schedule II – WHO-DAS II* avalia o nível de funcionalidade em seis domínios de vida, o *Quality of Life – WHOQOL – BREF* mensura a percepção dos indivíduos a respeito de sua qualidade de vida.

Trabalhadores sem deficiência, Empregador/Responsável pelo setor e Funcionário do Ministério do Trabalho e Emprego do município de Santa Maria, RS – o (a) Sr (a) será convidado a responder uma entrevista semiestruturada – apresenta perguntas sobre as suas percepções sobre a inclusão de pessoas com deficiência no ambiente de trabalho.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que o (a) Sr (a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Durante as entrevistas a

pesquisadora contará com auxílio de um gravador de áudio. Os riscos e benefícios apresentados pelo estudo são: o risco, o preenchimento do questionário poderá causar constrangimentos, caso algum participante sinta-se constrangido com os questionamentos a pesquisadora suspenderá imediatamente a coleta de dados, garantirá a exclusão dos dados já coletados e o participante terá total liberdade para desvincular-se da coleta de dados. O benefício apresentado pela pesquisa estará relacionado à discussão sobre a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho de Santa Maria, RS.

Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes do o (a) Sr (a) se decidir a participar, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (55) 9612-0320, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFSM. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Foi esclarecido que a minha participação será totalmente voluntária e que não terei nenhuma despesa.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, os participantes não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

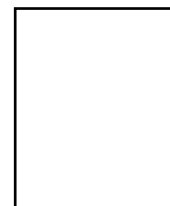
Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Santa Maria _____, de _____ de 20 ____

Assinatura do participante

Pesquisador responsável Elenir Fedosse



Impressão do dedo
polegar caso não
possa assinar

Apêndice B – Termo de Assentimento

Eu _____

entendi que a pesquisa é sobre “Trabalhadores e Trabalhadoras com deficiência: uma análise do cotidiano, da atividade laboral e da inclusão no mercado de trabalho no município de Santa Maria, RS”, sob a responsabilidade do pesquisador Prof^ª. Dra. Elenir Fedosse, a qual pretende analisar o cotidiano de pessoas com deficiência em idade produtiva, bem como sua inserção profissional no mercado de trabalho, na cidade de Santa Maria, RS.

Trabalhadores com deficiência – o (a) Sr (a) será convidado a responder uma entrevista semiestruturada – esta apresenta perguntas sobre suas atividades de trabalho. O Questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEA será utilizado para análise das questões socioeconômicas; o *World Health Organization Disability Assessment Schedule II – WHO-DAS II* avalia o nível de funcionalidade em seis domínios de vida, o *Quality of Life – WHOQOL – BREF* mensura a percepção dos indivíduos a respeito de sua qualidade de vida.

Trabalhadores sem deficiência, Empregador/Responsável pelo setor e Funcionário do Ministério do Trabalho e Emprego do município de Santa Maria, RS – o (a) Sr (a) será convidado a responder uma entrevista semiestruturada – apresenta perguntas sobre as suas percepções sobre a inclusão de pessoas com deficiência no ambiente de trabalho.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que o (a) Sr (a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Durante as entrevistas a pesquisadora contará com auxílio de um gravador de áudio. Os riscos e benefícios apresentados pelo estudo são: o risco, o preenchimento do questionário poderá causar constrangimentos, caso algum participante sinta-se constrangido com os questionamentos a pesquisadora suspenderá imediatamente a coleta de dados, garantirá a exclusão dos dados já coletados e o participante terá total liberdade para desvincular-se da coleta de dados. O benefício apresentado pela pesquisa estará relacionado à discussão sobre a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho de Santa Maria, RS.

Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes do o (a) Sr (a) se decidir a participar, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (55) 9612-

Email: cep.ufsm@gmail.com. Web: www.ufsm.br/ce

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética Cidade Universitária - Bairro Camobi 97105-900 - Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362, Email: cep.ufsm@gmail.com. Web: <http://nucleodecomites.ufsm.br/index.php>.

0320, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFSM. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Fui esclarecido que a minha participação será totalmente voluntária e que não terei nenhuma despesa.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, os participantes não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Santa Maria _____, de _____ de 20__

Nome e/ou assinatura da criança/adolescente

Nome e assinatura dos pais/responsáveis

Pesquisador responsável Elenir Fedosse

Apêndice C – Questionário Sociodemográfico – Trabalhadores com deficiência.

Participante Nº: ____

Data da Coleta: ____/____/____

1. Idade:
2. Estado Civil: Solteiro (); Casado (); União Estável () Divorciado (); Viúvo ().
3. Escolaridade: Analfabeto (); EFI (); EFC (); EMI (); EMC (); Curso Téc. incompl.(); Curso Téc. compl. (); ESI (); ESC (); Especialização (); Mestrado (); Doutorado (); Pós-Doutorado ().
4. Você estudou em escola regular ou especial?
5. Ocupação:
6. Salário mensal
7. Renda bruta da família
8. Renda per capita da família
9. Quantas horas semanais você trabalha?
10. Quanto tempo faz que você está no seu emprego atual?
11. Deficiência:
12. Deficiência Congênita () ou Adquirida ()
13. No caso deficiência adquirida, o que ocasionou a deficiência?
14. Você tem familiares com deficiência? Se sim, qual o grau de parentesco?
15. Com quantos anos você começou a trabalhar? / No caso deficiência adquirida, com que idade você retornou ao trabalho após a doença/acidente?
16. Qual foi o seu primeiro emprego? No caso deficiência adquirida, qual foi o seu primeiro emprego ao retornar para o trabalho?
17. Qual foi o caminho para encontrar o primeiro emprego? No caso deficiência adquirida, qual foi o caminho para retornar para o trabalho?
18. Você necessitou de alguma adaptação no seu posto de trabalho?
19. Você recebeu algum tipo de capacitação para exercer a sua função atual?
() Não recebi.
() Sim, treinamento realizado pelo empregador/supervisor do setor.
() Sim, treinamento realizado por outro colega do mesmo setor.
() Sim, capacitação fornecida pela empresa
() Sim, curso Técnico fornecido pela empresa
() Outro, qual?
20. A empresa disponibiliza algum momento de discussão ou capacitação sobre inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho?
21. Você participa de movimentos sociais e/ou políticos relativos à inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho? Por quê?

Apêndice D – Entrevista Semiestruturada – Trabalhadores com deficiência.

Participante Nº: ____

Data da Coleta: ____/____/____

1. Quando e como aconteceu a decisão de você trabalhar? No caso de deficiências adquiridas, como aconteceu a decisão de retornar ao trabalho?
2. Você encontrou dificuldades para conseguir emprego?
3. Você recebeu apoio dos seus familiares quando decidiu começar a trabalhar? No caso de deficiências adquiridas, você recebeu apoio dos seus familiares para retornar ao trabalho?
4. Como você percebe o seu processo de inclusão no setor/empresa que trabalha atualmente?
5. No seu processo de inclusão você percebeu algum tipo de barreira – destaque cada uma delas.
 - Acessibilidade
 - Atitudinal (familiares, colegas externos e da empresa ou de outras pessoas da empresa?)
6. No seu processo de inclusão você percebeu algum tipo de facilitador, destaque cada uma delas.
7. Você já passou por sofreu algum tipo de discriminação aqui dentro do setor/ empresa?
8. As adaptações que foram feitas no seu posto de trabalho ajudam no desempenho da sua atividade de trabalho? (No caso de posto de trabalho adaptado)
9. Você percebeu alterações nas suas relações sociais (família, amigos, *etc.*) após a inclusão no mercado de trabalho? Quais?
10. Quais as principais alterações você percebeu em seu cotidiano após a inclusão no mercado de trabalho?
11. O que significa para você estar inserido no mercado de trabalho?

Apêndice E – Entrevista Semiestruturada: Trabalhadores sem deficiência.

Participante Nº _____

Data da Coleta: ____/____/____

1. Idade: _____
2. Sexo: F () M ()
3. Estado Civil: Solteiro (); Casado (); Divorciado (); Viúvo ()
4. Escolaridade: Analfabeto (); EFI (); EFC (); EMI (); EMC (); E Prof. (); ESI (); ESC ().
5. Ocupação/profissão: _____
6. Você tem familiares com deficiência?
7. Grau de parentesco: _____
8. Você tem colegas com deficiência no seu setor?
9. Como foi para você receber este colega com deficiência em seu setor?
10. Como você percebe a inclusão deste colega no setor/empresa?
11. Você percebe alguma diferença no ambiente de trabalho após a inclusão do seu colega com deficiência?
12. Você percebe que os seus colegas com deficiência enfrentam algum tipo de barreira de acessibilidade ou atitudinal dentro do setor/empresa?
13. Você percebe algum tipo de facilitador dentro do setor/empresa no processo de inclusão de pessoas com deficiência, destaque cada uma delas.
14. Você já participou, aqui dentro do setor/empresa, de algum curso, reunião que foi tratado algum tema sobre inclusão de pessoas com deficiência no trabalho?
15. Você já presenciou algum tipo de discriminação com os seus colegas com deficiência aqui dentro do setor/empresa?
16. Você participa de movimentos sociais e/ou políticos relativos à inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho? Por quê?

Apêndice F – Entrevista Semiestruturada – Empregador/Responsável pelo Setor.

Participante Nº: ____

Data da Coleta: ____/____/____

1. Idade:
2. Sexo: F () M ()
3. Estado Civil: Solteiro (); Casado (); Divorciado (); Viúvo ()
4. Escolaridade: Analfabeto (); EFI (); EFC (); EMI (); EMC (); E Prof. (); ESI (); ESC ().
5. Formação profissional: _____
6. Durante a sua formação profissional você teve alguma discussão sobre a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho?
7. Ocupação: _____
8. Você tem familiares com deficiência?
9. Grau de parentesco: _____

10. Você teve contato regular/cotidiano com pessoas com deficiência fora da atual experiência?
11. Como foi para você receber um trabalhador com deficiência nesta empresa ou no setor que você coordena?
12. Você percebe que o trabalhador com deficiência aqui do setor/empresa depara-se com algum tipo de barreira de acessibilidade ou atitudinal?
13. Quando a empresa contrata um trabalhador com deficiência que necessite de adaptações no posto de trabalho, como estas são realizadas e por quem?
14. Como você percebe a inclusão da pessoa com deficiência na sua empresa/setor?
15. Você percebe algum tipo de facilitador dentro do setor/empresa no processo de inclusão de pessoas com deficiência, destaque cada uma delas.
16. Você percebeu resistência dos demais trabalhadores para aceitarem um colega com deficiência?
17. Você observou alguma mudança no ambiente de trabalho após a inclusão da(s) pessoa(s) com deficiência na sua empresa/setor?
18. Você já presenciou algum ato discriminatório dos demais trabalhadores de sua empresa/setor relacionado à(s) pessoa(s) com deficiências? Se sim, como você tratou a situação?
19. A empresa disponibiliza algum momento de discussão ou capacitação sobre inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho?
20. Você acha que a inclusão de uma pessoa com deficiência trouxe alguma contribuição para a empresa/setor?
21. Você participa de movimentos sociais e/ou políticos relativos à inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho? Por quê?

Apêndice G – Entrevista Semiestruturada – Trabalhador do órgão legal do município de Santa Maria, RS.

Participante Nº: ____

Data da Coleta: ____/____/____

1. Idade:
2. Sexo: F () M ()
3. Profissão
4. Cargo
5. Tempo de serviço no cargo

6. O órgão de Santa Maria realiza algum tipo de ação voltada às empresas para que estas recebam trabalhadores com deficiência? Se sim... Quais? Como? Quem? Onde?

7. O órgão de Santa Maria realiza algum tipo de ação junto às pessoas com deficiência em idade laboral? Se sim... Quais? Como? Quem? Onde?

8. O órgão de Santa Maria realiza fiscalização das empresas que tem trabalhador(es) com deficiência incluso(s) em seu quadro funcional? É necessário? Por quê? Quem faz? Como é feita?

9. O que é feito nos casos de denúncias relacionadas à irregularidade no processo de inclusão de um trabalhador com deficiência? Quem faz?

10. Como você percebe o processo de inclusão de trabalhadores com deficiência em Santa Maria, RS?