

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Maria Savegnago

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DAS PESSOAS  
PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA NO GRUPO HOSPITALAR  
CONCEIÇÃO**

**Porto Alegre**

**2006**

Maria Savegnago

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DAS PESSOAS  
PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA NO GRUPO HOSPITALAR  
CONCEIÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Di Diego Antunes

**Porto Alegre - RS**

**2006**

MARIA SAVEGNAGO

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DAS PESSOAS  
PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA NO GRUPO HOSPITALAR  
CONCEIÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde.

Conceito final:.....

Aprovado em ..... de ..... de 2006.

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

---

Orientadora: **Profa. Elaine Di Diego Antunes** – UFRGS / EA

## **AGRADECIMENTOS**

Meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para o resultado deste trabalho, em especial:

A Orientadora Profa. Elaine Di Diego Antunes, pela atenção dedicada, ensinamentos, apoio e incentivo na finalização deste trabalho.

Ao Juan, meu companheiro pela paciência nos momentos difíceis.

As Pessoas Portadoras de Deficiência, os entrevistados que colaboraram na construção deste trabalho.

“O desenho universal não é uma tecnologia direcionada apenas aos que dele necessitam; é um desenho para todas as pessoas. Deve ser atraente, ter um componente estético muito forte. A idéia do desenho universal é evitar a necessidade de ambientes e produtos especiais para pessoas com deficiências, no sentido de assegurar que todos possam utilizar todos os componentes do ambiente e todos os produtos”.

Edward Steinfel – arquiteto americano

## RESUMO

Este estudo tratou da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) das Pessoas Portadoras de Deficiência (PPDs), trabalhadoras do Grupo Hospitalar Conceição, (GHC), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O principal objetivo do estudo é analisar a QVT de acordo com a opinião das PPDs, identificando aspectos que poderiam propiciar melhorias em sua qualidade de vida, com reflexos no desempenho organizacional. A pesquisa foi realizada através de um questionário, onde participaram 30 PPDs. Com base nos dados coletados e analisados, o conceito aparece associado a bom ambiente de trabalho, acessível área física, mobiliário e equipamento adequados ao uso, clima agradável, humanizados, bom relacionamento, ser respeitado pela diferença, valorização profissional, salário justo, bom atendimento médico e ter saúde. Os resultados apontaram necessidade de melhorias estruturais na empresa, como a remoção de barreiras organizacionais, traduzidas pelo pensamento inclusivos, e também físicos, dentre elas a otimização da acessibilidade. Programas e políticas voltadas à qualificação dos trabalhadores, como forma de obter e melhorar a QVT.

Palavras Chave: Qualidade de Vida no Trabalho, Pessoas Portadoras de Deficiência

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Evolução do conceito de Qualidade de Vida do Trabalhador .....	37
Quadro 2 - QVT – conceito e sugestões de melhorias .....	64

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme o sexo .	49
Tabela 2 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme a faixa etária.....	49
Tabela 3 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme o tempo de permanência no GHC.....	50
Tabela 4 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme o estado civil.....	50
Tabela 5 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme o número de dependentes.....	50
Tabela 6 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme a escolaridade.....	51
Tabela 7 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme o cargo	51
Tabela 8 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa segundo o tipo de deficiência .....	52
Tabela 9 - Questões sobre inclusão social respondidas pelos participantes.....	53
Tabela 10 - Relação de cursos sugeridos pelos PPDs.....	55
Tabela 11 - Meio de transporte utilizado pe los PPDs .....	56
Tabela 12 - Nível de satisfação em relação aos atributos .....	58
Tabela 13 - Regressão – Ordem de influencias dos atributos na satisfação.....	58
Tabela 14 - Preocupações dos PPDs em grau de importância.....	58
Tabela 15 - Recursos ou serviços utilizados no cuidado de sua saúde .....	59
Tabela 16 - Exposição aos riscos dos PPDs que participaram da pesquisa .....	60
Tabela 17 - Uso de Equipamento de Proteção Individual.....	60
Tabela 18 - Opinião dos pesquisados utilizando-se a escala de 1 a 5, onde 1 representa discorda totalmente até 5 concorda totalmente .....	61
Tabela 19 – Estatística da Tabela 18 .....	62
Tabela 20 - Grau de satisfação dos trabalhadores PPDs pesquisados.....	65



## LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CEPPAM	Comissão Especial de Políticas de Promoção da Acessibilidade e da Mobilidade
CLT	Consolidação das Leis Trabalhista
CORDE	Coordenação Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCR	Hospital Cristo Redentor
HF	Hospital Fêmeina
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PPD	Pessoas Portadoras de Deficiência
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho

SUS Sistema Único de Saúde

UTIs Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA .....	15
1.2	OBJETIVO GERAL .....	18
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
1.4	JUSTIFICATIVA .....	19
<b>2</b>	<b>REVISÃO TEÓRICA</b> .....	<b>22</b>
2.1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA EXCLUSÃO/INCLUSÃO DAS PPDS.....	22
2.2	LEGISLAÇÃO BRASILEIRA .....	25
2.3	CONCEITUAÇÃO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA (PPDS).....	28
2.4	PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA NO BRASIL .....	32
<b>3</b>	<b>QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR</b> .....	<b>34</b>
3.1	CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO .....	34
3.2	ORIGEM E EVOLUÇÃO .....	36
3.3	CRITÉRIOS E MODELOS DE INVESTIGAÇÃO.....	37
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO</b> ..... ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.	
4.1	A ORGANIZAÇÃO: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO .....	43
4.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	44
4.3	COLETA DE DADOS .....	46
<b>4.3.1</b>	<b>Análise dos dados</b> .....	<b>47</b>
4.4	LIMITAÇÃO DO ESTUDO .....	47
<b>5</b>	<b>RESULTADO DA PESQUISA</b> .....	<b>49</b>
5.1	PERFIL DOS TRABALHADORES PPDS NO GHC.....	49

5.2	INCLUSÃO SOCIAL E QVT.....	53
6	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>72</b>
	<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>73</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Qualidade nos serviços tornou-se exigência determinante por parte dos consumidores e usuários, exigindo que as organizações públicas e privadas reorientem suas atividades, aperfeiçoem constantemente seus processos de gestão, de modo a adequarem-se às novas demandas.

A qualidade em serviços é feita pelas pessoas, com a ajuda da tecnologia. As organizações são constituídas de pessoas, e estas passam a maior parte do tempo de suas vidas trabalhando nessa instituição.

Os programas de QVT têm como objetivo básico conciliar os valores e metas das empresas com os valores pessoais dos indivíduos que nela trabalham, bem como valorizar a importância do ser humano como fator diferencial de competitividade. Também objetivam criar um bom ambiente de trabalho como meta para melhorar a produtividade e o clima organizacional. Qualidade de serviços e QVT não podem mais ser tratadas isoladamente.

Na pesquisa da QVT se tem por base o conhecimento dos trabalhadores em relação a fatores que intervêm em sua relação com o trabalho, e representa uma alternativa de gestão, visando propiciar maior participação, integração e desenvolvimento do trabalhador, numa visão holística do ser humano.

Com as novas formas de organização do trabalho, que buscam tornar o trabalho e vida pessoal complementares, fica evidente que diversos fatores, além daqueles presentes na organização, interferem na satisfação do indivíduo, refletindo em seu desempenho no trabalho. Assim, não se pode ter preocupação apenas com a qualidade de vida dos trabalhadores em situação de trabalho, para que se tornem mais produtivos e motivados; é preciso entender o conceito de QVT como o gerenciamento de condições que extrapolam os limites da organização em termos de melhoria da qualidade de vida dos empregados, em

todas as dimensões do seu ser: física, social, psicológica, intelectual e profissional.

No Brasil, o contexto socioeconômico é marcado por desigualdades no mercado de trabalho e educação, no que tange às minorias sociais. No âmbito das minorias, sob o ponto de vista econômico, engloba negros, mulheres, índios e portadores de uma deficiência, ou seja, todos aqueles que são considerados merecedores de tratamento desigual e humilhante simplesmente porque são identificados como pertencentes às minorias.

Inclusão social é o assunto principal das discussões que tratam questões relacionadas às minorias. Tal inclusão diz respeito ao acesso que os portadores devem ter a bens e a serviços socialmente constituídos e que são negligenciados ou simplesmente negados. Acesso que vai desde a entrada em um ônibus de transporte coletivo até em uma universidade, ou desde uma ocupação no mercado de trabalho até um cargo público. Vivemos numa sociedade que deixa muito a desejar quando o assunto está relacionado aos portadores de deficiência, pois a estrutura da sociedade atual visa atender às necessidades e as relações entre as pessoas não portadoras de deficiência.

A experiência de colocação de PPDs no mercado de trabalho vem revelando a capacidade laborativa numa série diversificada de funções. A crescente elevação do nível educacional das PPDs e o advento das tecnologias de telecomunicações e informática tem aumentado o número dos que têm condições de produzir com qualidade. A maioria apresenta limitações superáveis mediante arranjos institucionais e acomodações no trabalho (PASTORE, 2001).

A sociedade continua recebendo as PPDs, desde que sejam capazes de moldar-se aos requisitos dos serviços, de acompanhar os procedimentos tradicionais, de contornar obstáculos existentes no meio físico e de lidar com atitudes discriminatórias da sociedade.

Por isso o objetivo aqui é conhecer mais a realidade das PPDs que trabalham no GHC, e ao conhecer poder compreender, pois a valorização da pessoa portadora de deficiência e a sua inserção no mercado de trabalho

crecem na medida em que se compreende seu modo de vida seus costumes, seus hábitos e sua própria cultura.

Este trabalho apresenta a seguinte estrutura: Inicialmente definição do problema, a caracterização da empresa, e das PPDs que nela trabalham, bem como a justificativa, destacando os motivos pelos qual este estudo é relevante. Ainda traz uma revisão de textos da legislação voltados à proteção da PPD e sua acessibilidade no mercado de trabalho. A seguir uma abordagem teórica sobre qualidade de vida no trabalho, que fundamentarão o desenvolvimento desta pesquisa. Incluem-se os objetivos propostos e no capítulo 2, os métodos e técnicas a serem utilizadas no capítulo 6. E, por último se apresenta a análise e interpretação dos dados coletados, seguindo-se das conclusões da pesquisa.

## 1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Cada comunidade tem sempre alguma pessoa com algum tipo de necessidade especial. Parte das sociedades vem desenvolvendo estratégias de suporte para a manutenção da independência destas pessoas sempre que tal foi possível, mas um número de deficientes sente um problema continuo de “acesso” ao mercado de trabalho. Somam-se os obstáculos à mobilidade, os quais significam incapacidade de acesso à educação e ao trabalho, e mesmo o transporte especializado não soluciona as dificuldades sentidas nos edifícios ou no local de trabalho. Incapacidades de visão e audição geram problemas semelhantes, em especial, os relacionados à comunicação.

A capacidade de andar, pensar, apreender, ver e falar dos portadores de deficiência depende, em grande parte, das barreiras e facilidades que encontram. Em muitos casos, a deficiência desaparece com a simples remoção de obstáculos. È o que acontece, por exemplo, com quem usa cadeira de rodas e

passa a dispor de transporte adequado e arquitetura condizente, como boas rampas de acesso. Na prática, essa pessoa deixa de ser deficiente.

Não se constituindo ainda em prática predominante, existem diversos movimentos que buscam resgatar e priorizar o valor do ser humano, da sua subjetividade, em todas as atividades sociais. Como exemplo, pode-se citar o Sistema Único de Saúde (SUS), que dentro suas diretrizes propõem especial destaque a Eqüidade. O princípio da Eqüidade estabelece que a assistência à saúde deve considerar, em todos os sentidos, as características particulares de cada pessoa.

No Brasil, atualmente, existem Leis como a Lei n. 8.213/91 art. 93, também citado no Decreto nº. 3.298/99 art. 36, que reservam parte do mercado de trabalho às Pessoas Portadoras de Deficiências, as denominadas PPDs. A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) dispensou tratamento diferenciado às pessoas com deficiência. O art. 7, inciso XXXI, prevê proibição de qualquer ato discriminatório no tocante a salário ou critério de admissão do empregado em virtude de portar deficiência.

Entretanto, mesmo que tais leis estejam em vigor, e algumas delas há mais de uma década, ainda há um contingente de PPDs, em situação de desemprego.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), atualmente trabalha com uma série de instâncias que visam promover a uma condição de igualdade grupos historicamente discriminados, dentre essas, cita-se a Comissão Especial de Políticas de Promoção da Acessibilidade e da Mobilidade (CEPPAM-GHC), Portaria 141/2005, cujo objetivo principal é assessorar a Diretoria e as Gerências do GHC para a inclusão das PPDs.

Em julho de 2006 constava nos registros dos Recursos Humanos do GHC a existência de 60 pessoas portadoras de deficiência e 15 reabilitados em atividade no GHC, o que equivale a 1,1% dos trabalhadores.

A CEPPAM está realizando um mapeamento com finalidade de atualizar as informações e identificar outros possíveis casos. Inicialmente pretende-se saber: Quem são? Onde estão? Em que condições trabalham?



Apesar do número de PPDs trabalhadores no GHC ser muito reduzido, há ocorrências de situações de discriminação, rejeição ou criação de barreiras dificultando a inserção destes. Citam-se, os casos de PPDs colocados à disposição ou encaminhados ao banco de remanejamento pelas chefias imediatas. Também há casos em que a própria PPD busca ajuda junto aos Recursos Humanos, na solução do problema, seja pela queixa feita verbalmente, escrita ou através de um pedido de transferência para um novo local de trabalho. Em ambas as situações é investigado a causa, e o indivíduo é recolocado e acompanhado por profissionais da Gerência de Recursos Humanos, da CEPPAM, e especialmente, da Coordenação da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento.

No último processo seletivo em 2006, destinado à formação de cadastro de candidatas, houve 3 (três) PPDS inscritos e 2 (dois) aprovados. Dados extraídos junto à Coordenação da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento.

O processo de inclusão social é uma realidade e a tendência é aumentar o ingresso destes trabalhadores. Portanto, cabe a mobilização de forças para melhorar as condições de vida destes portadores de deficiência.

As Pessoas Portadoras de Deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que outras pessoas, e que estes direitos, inclusive de não ser submetidas à discriminação com base na deficiência, emanam da dignidade e da igualdade que são inerentes ao ser humano.

O repúdio preconceituoso ou a segregação caridosa vem cedendo passo à compreensão de que a limitação para o trabalho não se constitui como um estigma intransponível, mas ao contrário, como um aspecto meramente instrumental, cuja superação é mister que se faça por meio da ação social e estatal.

A organização do serviço e do processo de trabalho da instituição hospitalar historicamente reafirma, no seu cotidiano, práticas centradas no individualismo, na verticalização e na fragmentação das ações. Essas práticas centralizadoras ainda são reproduzidas, pois é muito difícil instituir uma nova

cultura organizacional voltada para a participação efetiva dos trabalhadores, na busca de um novo modelo de gestão.

O processo de trabalho não é compreendido como um processo de participação, desenvolvimento e de produção de conhecimento, dificultando a implementação de ações, quanto à formação e a qualificação dos trabalhadores do GHC. A atual gestão enfrenta o grande desafio de como incentivar e viabilizar a qualificação e o aperfeiçoamento constante dos trabalhadores, com o objetivo de repensar suas práticas e seus problemas incorporados no processo de trabalho.

Espera-se que este estudo possa trazer uma contribuição no processo de inclusão das PPDs, através da ampliação do conhecimento sobre o tema e das vantagens que possam vir deste processo, beneficiando também os demais trabalhadores da instituição e usuários.

Busca-se, portanto, através deste trabalho, responder a seguinte questão da pesquisa:

Como melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores portadores de deficiência do GHC?

## 1.2 OBJETIVO GERAL

Analisar, segundo a opinião das Pessoas Portadoras de Deficiência do Grupo Hospitalar Conceição, a Qualidade de Vida desses Trabalhadores.

### 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceituar QVT com a visão das PPDs;
- Identificar fatores críticos que afetam a QVT das PPDs;
- Propor práticas de gestão que melhorem a QVT das PPDs.

### 1.4 JUSTIFICATIVA

A deficiência não é sinônimo de incapacidade ou invalidez. Estas muitas vezes existem em função da relação entre as pessoas com deficiência e seu ambiente., por exemplo, quando as pessoas se deparam com barreiras culturais, físicas ou sociais que impedem o seu acesso aos diversos sistemas da sociedade, à disposição dos demais cidadãos. Consequentemente, a incapacidade é a perda, ou a limitação, das oportunidades de participar da vida em igualdade de condições com os demais (CERIGNONI, 2005).

É necessário sensibilizar os trabalhadores e usuários do GHC e a população em geral para desenvolver, na assistência à saúde, um olhar que considere as especificidades de cada pessoa, conforme estabelece o princípio de Eqüidade.

Pensar na qualidade de vida e no bem estar dos trabalhadores em saúde do GHC é pensar e refletir, também, em um novo modelo de atenção. Visa o acompanhamento do desenvolvimento do trabalhador, desde sua chegada, via Processo Seletivo Público, o seu desempenho no contrato de experiência, no

acompanhamento do seu crescimento profissional, nas possibilidades de inserção e ou readaptação em outros locais de trabalho, até o seu desligamento, em último caso.

O trabalhador portador de deficiência, desde quando candidato a uma vaga, necessita de um conjunto de ações de inclusão e proteção social à sua pessoa, para que não seja colocado em situação de vulnerabilidade.

Embora tenha sido criada a CEPPAM-GHC, os avanços são lentos. Ainda hoje, devido à persistência de desinformação e inadequação das condições de arquitetura, transporte e comunicação, muitas pessoas talentosas são colocadas de lado no trabalho. Podem até ser estigmatizados pelos próprios colegas, o que é desumano e contraproducente.

O número total exato de PPD no GHC ainda é desconhecido, pois não há informação centralizada dos trabalhadores antigos. Portanto, se desconhece quem são, e em que condições trabalham. O mapeamento está sendo realizado pela CEPPAM, e deveria ser concluído até dezembro de 2006.

[...] que o investimento nos Recursos Humanos irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. “Assegurar que os trabalhadores de saúde estejam satisfeitos com seu processo de trabalho e com o resultado de seu trabalho, é um caminho prático e certo para o avanço do sistema” (BRASIL, 2000, p. 12).

A finalidade deste estudo é de contribuir com o trabalho que a CEPPAM vem desenvolvendo, no programa de inclusão de trabalhadores portadores de deficiência. Pessoas com deficiência possuem limitações, que nem sempre incapacitam, ou causam desvantagem no exercício de suas atividades, mas mesmo assim são discriminadas pelos colegas. As dificuldades encontradas em muitos locais de trabalho causam danos não somente a este indivíduo com para toda a sociedade, pois impede que tenha uma vida normal.

Outros trabalhadores também seriam beneficiados como os oriundos da Reabilitação Profissional. Eles são segurados incapacitados para o trabalho na sua atividade habitual e reabilitados para poder atuar em atividades diversas ou até na mesma com restrições (GONZAGA, 2000).

Estes estão a cargo do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e prevista na legislação previdenciárias, art. 90 da Lei n. 8.213/91 e art. 77 do Decreto n. 3.048/99.

Pretende-se estudar a qualidade de vida do trabalhador PPDs dentro de um conceito mais atualizado, que não envolva apenas o ambiente da instituição, mas também desenvolva valores humanos e motive a realização de ações que possam beneficiar também os usuários.

## 2 REVISÃO TEÓRICA

Esse capítulo apresenta a revisão da literatura sobre os PPDs e o tema Qualidade de Vida no Trabalho.

Visando a inserção da Pessoa Portadora de Deficiência no mercado de trabalho, é importante contextualizar a evolução histórica e social da situação das PPDs ao longo da construção da civilização.

Sobre QVT se abordará tópicos considerados relevantes para o desenvolvimento desse estudo, com origem, evolução, e conceitos definidos pelos principais autores.

### 2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA EXCLUSÃO/INCLUSÃO DAS PPDS

Na antiguidade, alguns dos povos primitivos costumavam exterminar os portadores de deficiência por considerá-los empecilhos à sobrevivência do grupo, outros os protegiam e sustentavam para buscar a simpatia dos deuses, ou como gratidão pelos esforços dos que se mutilavam na guerra. Exemplo dos povos avessos aos deficientes, são os Sirionos (antigos habitantes das selvas da Bolívia), que por suas características de povo semi-nômade não se podiam dar "o luxo" de transportarem doentes e deficientes, abandonando-os à própria sorte e os Balis (nativos da Indonésia), que eram impedidos de manter contatos amorosos com pessoas muito diferentes do normal. Os astecas também segregavam, em campos semelhantes a jardins zoológicos, os deficientes, por ordem de Montezuma, para que fossem ridicularizados, (FONSECA, 2000).

Os hebreus viam, na deficiência física ou sensorial, uma espécie de punição de Deus, e impediam qualquer portador de deficiência de ter acesso à direção dos serviços religiosos.

A Lei das XII Tábuas, na Roma antiga, autorizava os patriarcas a matar seus filhos defeituosos, o mesmo ocorrendo em Esparta, onde os recém-nascidos, frágeis ou deficientes, eram lançados do alto do Taigeto (abismo de mais de 2.400 metros de altitude, próximo de Esparta).

Há, como dizíamos, exemplos opostos, de povos que sempre cuidaram de seus deficientes, ou outros que, evoluindo moral e socialmente, mudaram de conduta. Os hindus, ao contrário dos hebreus, sempre consideraram os cegos, pessoas de sensibilidade interior mais aguçada, justamente pela falta da visão, e estimulavam o ingresso dos deficientes visuais nas funções religiosas.

Os atenienses, por influência de Aristóteles, protegiam seus doentes e os deficientes, sustentando-os, até mesmo por meio de sistema semelhante à Previdência Social, em que todos contribuía para a manutenção dos heróis de guerra e de suas famílias. Assim também agiam os romanos do tempo do império. Discutiam, estes dois povos, se a conduta adequada seria a assistencial, ou a readaptação destes deficientes para o trabalho que lhes fosse apropriado.

Um exemplo mitológico da concepção antiassistencialista e profissionalizante é a figura de Hefesto, que na obra "Ilíada" de Homero, se apresentava como detentor de grande habilidade em metalurgia e em artes marciais, a despeito de sua deficiência nos membros inferiores.

Durante a Idade Média, já sob a influência do Cristianismo, os senhores feudais amparavam os deficientes e os doentes, em casas de assistência por eles mantidas.

Progressivamente, no entanto, com a perda de influência do feudalismo, veio à tona a idéia de que os portadores de deficiência deveriam ser engajados no sistema de produção, ou assistidos pela sociedade, que contribuía compulsoriamente para tanto. Em 1723, na Inglaterra, fundou-se a Work House,

que se destinava a proporcionar trabalho aos deficientes, mas foi ocupada pelos pobres que alijaram os primeiros daquele programa.

Na França, instituiu-se, em 1547, por Henrique II, assistência social obrigatória para amparar deficientes, através de coletas de taxas. Mas foi com o Renascimento que a visão assistencialista cedeu lugar, definitivamente, à postura profissionalizante e integrativa das pessoas portadoras de deficiência. A maneira científica da percepção da realidade daquela época derrubou o estigma social piegas que influenciava o tratamento para com as pessoas portadoras de deficiência, e a busca racional da sua integração se fez por várias leis que passaram a ser promulgadas.

Na Idade Moderna (a partir de 1789), vários inventos se forjaram com intuito de propiciar meios de trabalho e locomoção aos portadores de deficiência, tais como a cadeira de rodas, bengalas, bastões, muletas, coletes, próteses, macas, veículos adaptados, camas móveis e etc.; o Código Braille foi criado por Louis Braille e propiciou a perfeita integração dos deficientes visuais ao mundo da linguagem escrita.

No século XX, as guerras mundiais impulsionaram o desenvolvimento da reabilitação pela necessidade de proporcionar uma atividade remunerada e uma vida social digna para os soldados mutilados. A guerra do Vietnã, na década de 60, foi responsável por um grande número de portadores de deficiência. Foram constatados, além do comprometimento físico, que os deficientes apresentavam problemas de readaptação social.

O despertar da atenção para a questão da habilitação e da reabilitação do portador de deficiência para o trabalho surgiu a partir da Revolução Industrial, quando as guerras, epidemias e anomalias genéticas deixaram de ser as causas únicas das deficiências, e o trabalho, em condições precárias, passou a ocasionar os acidentes mutiladores e as doenças profissionais, sendo necessária a própria criação do Direito do Trabalho e um sistema eficiente de Seguridade Social, com atividades assistenciais, previdenciárias e de atendimento à saúde, bem como a reabilitação dos acidentados.



São exemplos de portadores de deficiência que se destacaram ao longo da história recente, apesar de seus limites físicos ou sensoriais, justamente superando-os e demonstrando a adaptabilidade humana às adversidades, desde que se viabilizem meios para tanto o compositor Ludwig Van Beethoven, que tinha impedimentos no sistema auditivo, o escritor português cego, Antonio Feliciano de Castilho, o escultor brasileiro, Antônio Francisco Lisboa (Aleijadinho), Lord Byron, grande poeta e herói da guerra de libertação da Grécia e Helen Keller, nos Estados Unidos (FONSECA, 2000).

## 2.2 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Os direitos das pessoas com deficiência são os mesmos de qualquer cidadão. Entretanto, essas pessoas têm necessidades específicas, pela sua própria condição, que devem ser levadas em consideração, para não serem marginalizadas ou excluídas do convívio social.

A partir da década de 1950 iniciou-se no Brasil a legislação nacional voltada a pessoas com deficiência. Com a edição do Decreto nº. 44.236, o Governo Federal instituiu uma campanha de educação e reabilitação para deficientes visuais. Organizava-se o primeiro serviço governamental de reabilitação com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social.

A Lei Federal nº. 4.613 concede pela primeira vez a isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), na compra de automóveis por pessoas com deficiência.

A Lei Brasileira de Assistência (LBA), na década de 1970, incluiu os serviços de reabilitação em seus programas.

As ações tinham caráter assistencialista até a década de 1980. Inicialmente o Brasil aderiu sob a forma de ações governamentais concretas mas com participação reduzida aos pressupostos do modelo integracionista da deficiência. Os conceitos de integração e inclusão social passaram a ser debatidos amplamente, a partir do estabelecimento pela ONU, do ano Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência.

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) é a primeira Carta Constitucional que enfatiza, sobremaneira, a tutela da pessoa portadora de deficiência no trabalho. O art. 7, inciso XXXI, preceitua: "proibição de qualquer discriminação no tocante a salário ou critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência". "Este dispositivo é de vital importância, como se vê, pois a nação brasileira assume o compromisso de admitir o portador de deficiência como trabalhador, desde que sua limitação física não seja incompatível com as atividades profissionais disponíveis".

O art. 37, inciso VIII, também da Constituição Federal (BRASIL, 1988), determina que "A lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de sua admissão". Na esfera privada, a Lei nº. 8.213/91, também institui a obrigatoriedade de reserva de postos os portadores de deficiência.

A Lei nº 8.112/90 impõe que a União reserve, em seus concursos, até 20% das vagas a portadores de deficiências, havendo iniciativas semelhantes nos Estatutos Estaduais e Municipais, para o regime dos servidores públicos.

Destaca-se a Lei 7.853/89 que foi regulamentada pelo Decreto 3.298/99, dez anos depois da edição da primeira e dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da PPD; determina o atendimento prioritário e adequado na área de educação, saúde formação profissional e do trabalho, recursos humanos e edificações. Também a Lei nº. 7.853/89 cria a Coordenação Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), e estabelece mecanismo de tutela dos interesses difusos das pessoas deficientes, pelo Ministério Público, impõe a priorização das medidas de integração dos deficientes

no trabalho e na sociedade, institui as Oficinas Protegidas de Trabalho e define como criminosa a conduta injustamente discriminatória de deficientes no trabalho.

O artigo 4º do Decreto 3.298/99 especifica a conceituação técnica, sob o ponto de vista médico, das deficiências física, auditiva, visual, mental e múltipla. E os artigos 34 a 45 da nova diretrizes com relação ao acesso ao trabalho.

Lei 8.212/91 dispõe sobre a organização da Seguridade Social e Plano de custeio. Regulamentada pelo Decreto 2.173/97. Art.4º.

A Lei 8.213/91(Lei das cotas) estabelece regras para a habilitação e reabilitação profissional e disciplina a reserva de vagas no setor privado – Dispões sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Regulamentada pelo Decreto 2.172/97. Art.89 a 93.

Na área da assistência social, cita-se a Lei 8.742/93, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

Em 1994 é editada a NBR 9050, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), relativa à acessibilidade para pessoas com deficiência ou dificuldade de locomoção.

A Lei 8.859/94 estende aos alunos de escolas especiais o direito à participação de estágio, e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei 9.394/96 garante a educação e o atendimento especializado na rede regular de ensino, com apoios necessários.

A Lei 8.899/94, regulamentada pelo Decreto 3.691/00 concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual.

Em 2000 são publicadas a Lei 10.048, que dispõe sobre prioridade de atendimento e a acessibilidade nos transportes, e a Lei 10.098, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.

No ano 2001 foi editado o Decreto 3.956 que promulga a Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contras as pessoas portadoras de deficiência.

A Lei 10.436 é publicada em 2002 e que reconhece como meio legal de comunicação e expressão a Libras – Língua Brasileira de Sinais e outros recursos de expressão a ela associada.

No ano 2003 é publicada a Lei 10.690, que dentre os diversos assuntos trata da Isenção de Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI).

O Decreto 5.296/04 regulamenta as Leis 10.048/00, que da prioridade ao atendimento às pessoas que especifica, e 10.098/00, 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.

Apesar do arcabouço jurídico que garante inúmeros direitos, estes ainda não são cumpridos na sua totalidade (CERIGNONI, 2005).

### 2.3 CONCEITUAÇÃO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA (PPDS)

A denominação PPD, em si, consagrada com a Lei nº. 8.213/91, já apresenta um aparente paradoxo: conforme Aurélio Buarque de Holanda Ferreira (1999, p. 1612), portador, é “que porta ou conduz, ou traz consigo ou em seu carregador”. De outro lado, segundo o mesmo autor, deficiência, é “falta, falha, carência, imperfeição, defeito”. O termo é questionável, pois não parece adequado dizer que uma pessoa PORTA aquilo que lhe falta; que NÃO TEM. São as palavras que vão adquirindo novos significados.

“A deficiência é parte constituinte da pessoa, faz parte de sua identidade” (CERIGNONI, 2005, p.11).

Apesar de vários esforços no sentido de buscar uma terminologia mais adequada para caracterizar as pessoas com deficiência, ainda persiste a confusão. Por exemplo: a expressão “portador de necessidades especiais” permitiu ampliar o grupo de tal forma que ficou difícil definir de fato quem seria ou não uma pessoa com deficiência

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua IX Assembléia, apresentou pela primeira vez conceitos para casos interligados:

- Deficiência – A deficiência é definida como uma possível seqüela, traduzida em perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente;
- Incapacidade – A incapacidade é resultante da deficiência, e corresponde a qualquer redução ou falta de capacidades para exercer uma atividade dentro dos padrões considerados para realizar atividades ou desenvolver habilidades consideradas normais ao ser humano;
- Desvantagem ou impedimento – Desvantagem é a dificuldade ou impossibilidade da pessoa em desempenhar papel social condizente com sua idade, sexo e outros fatores sociais e culturais levados em conta neste caso.

Neste trabalho é utilizado o termo PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, ou, resumidamente, PPD, para referir-se às deficiências de modo geral, ou à soma delas. Quando diz respeito a uma deficiência específica, o termo empregado a caracteriza: SURDO, CEGO, CADEIRANTE. Para as pessoas com dificuldades de deambulação, que necessitam órtese e/ou muletas ou ainda bengalas canadenses, o termo usado é muletante. E, REABILITADOS são os segurados do INSS, que retornam ao trabalho na sua atividade habitual com restrições.

O Decreto n.3.298/99 (BRASIL, 1999), que regulamenta a Lei nº. 8.213/91, apresenta a conceituação em seu Art. 3 de “pessoa portador de deficiência”:

I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

O Decreto n. 5.296/04 (BRASIL, 2004), Art. 5 § 1º considera:

I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. comunicação;
2. cuidado pessoal;
3. habilidades sociais;
4. utilização dos recursos da comunidade;

5. saúde e segurança;

6. habilidades acadêmicas;

7. lazer; e

8. trabalho;

e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências; e

II - pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

A deficiência pode gerar dificuldades ou até impossibilidade de execução de atividades comuns às outras pessoas, e inclusive na dificuldade de manutenção do emprego. Por isso, muitas vezes, é necessária a utilização de equipamentos diversos que permitam melhor convívio, dadas às barreiras impostas pelo ambiente social.

Diante disso, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) dispensou tratamento diferenciado às pessoas com deficiência. O art. 7, inciso XXXI, prevê proibição de qualquer ato discriminatório no tocante a salário ou critério de admissão do empregado em virtude de portar deficiência.

A Lei n. 8.213/91 art. 93, também citado no Decreto n. 3.298/99, art. 36, determina que a empresa com 100(cem) ou mais empregados esta 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.

O percentual a ser aplicado é sempre proporcional ao número total de empregados das empresas, desta forma.

a) I – 100 até 200 empregados: 2%;

b) II – de 201 a 500: 3%;

c) III - de 501 a 1000: 4%;

d) IV – de 1001 em diante: 5%.

Portanto, o número de PPDs trabalhadores no GHC é muito reduzido. No último processo seletivo destinado a formação de cadastro de candidatos houve 3 (três) PPDS inscritos e 2 (dois) aprovados.

## 2.4 PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA NO BRASIL

O conjunto de Leis voltadas as PPDs é razoavelmente avançado, e busca garantir a estas pessoas oportunidades de estudo e trabalho como qualquer outro cidadão. Apesar das conquistas, a forma como a sociedade ainda vê não é muito diferente da forma como é visto e tratadas antigamente.

O direito à profissionalização assume, aqui, papel imprescindível de socialização do portador de deficiência, e mesmo que seja ele portador de deficiência física, mental, ou sensorial, as suas limitações para o trabalho ã constituem em barreiras, tão somente, instrumentais. Todas elas são superáveis, desde que se rompam os preconceitos herdados.

Nas empresas, já no processo de integração, pode-se observar como aquela sociedade lida com a deficiência. Importante, também são as boas condições de trabalho, para que esta pessoa possa desenvolver suas tarefas de maneira saudável e produtiva. Além desta condição, ressaltamos a satisfação, o bem estar no ambiente de trabalho e a motivação, como requisitos fundamentais.

De acordo com o Censo do IBGE (2000), 24,6 milhões dos brasileiros são portadores de algum tipo de deficiência, 14,5% da população total (169,8 milhões). Destes, 9 milhões estão em idade de trabalhar, mas apenas 1 milhão trabalha (11%), enquanto que nas nações mais avançadas isso ultrapassa a 30%.



O universo de pessoas com deficiência considerado no Censo do IBGE (2000), se distribui da seguinte forma: deficiência mental (11,5%); tetraplegia, paraplegia, ou hemiplegia (0,44%); falta de um membro ou parte dele (5,32%); alguma dificuldade de enxergar (54,16%); alguma dificuldade de ouvir (19%); alguma dificuldade de caminhar (22,7%); grande dificuldade de enxergar; grande dificuldade de ouvir (0,6%).

Os deficientes tendem, no geral, a sofrer de elevados níveis de absenteísmo por causa da doença relacionada com a deficiência. Isto requer flexibilidade acrescida na atribuição de pessoas a tarefas e deve haver uma maior margem de segurança construída no processo. Os deficientes podem constatar que não podem operar ao mesmo ritmo que os colegas não deficientes, mas isto é verdade apenas em alguns casos e por isso deve ser tomada mais atenção ao perfil das capacidades pessoais.

No Brasil, a crescente tendência de humanização em nossos hospitais, “acolhimento, Humaniza SUS”, onde cada pessoa deve ter suportes organizacionais gerados por uma visão e uma gestão de recursos humanos, permite um trabalho para agir, pensar e sentir e não apenas repetir automaticamente as tarefas.

“O princípio mais importante, segundo as organizações que empregam PPDs, é garantir um tratamento igualitário entre os funcionários” (WELTER, 2006, p. 4).

Fernandes (1996, p. 13), salienta que, “não se pode falar em qualidade de produtos e serviços se aqueles que vão produzi-lo não têm Qualidade de Vida no Trabalho”.

### 3 QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR

Nestes últimos anos tem sido intenso o esforço empreendido pelas organizações para sobreviver, como também tem sido enorme o desgaste e o sacrifício exigido do trabalhador moderno. Na teoria têm sido criadas novas ferramentas de gestão, mas infelizmente aquelas que visam proporcionar uma melhor condição de trabalho e satisfação, não apenas do ganho pecuniário, ainda deixam muito a desejar.

Na primeira parte deste trabalho se buscam conhecer o conceito, a origem e evolução da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), enfatizando a contribuição de alguns pesquisadores para o estudo sobre a satisfação do indivíduo no trabalho. Muitos são os autores que se dedicaram ao tema QVT, tais como: Walton (apud RODRIGUES, 1994), Davis e Newstrom (1992), Fernandes (1996), Limongi-França (2003), entre outros.

A proposta é destacar alguns autores e buscar uma literatura relacionada ao tema proposto, visando uma complementação e atualização dos conceitos existentes.

#### 3.1 CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Qualidade de Vida no Trabalho é o conjunto de ações de uma empresa que envolvem a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. Um olhar para a empresa e as pessoas como um todo.

Quando se fala em QVT geralmente se associa as melhorias das condições físicas e de instalações, atendimento de reivindicação salarial, redução de jornada e outras medidas que geram custos adicionais. O investimento em tecnologia nem sempre resolve o problema de produção das empresas, nem a satisfação de seus empregados. Mas não se pode deixar de pensar nas pessoas, pois é através dos recursos humanos, em todos os níveis que se dará a mudança.

Conforme Limongi-França (1997, p. 80):

Qualidade de vida no trabalho é o conjunto das ações de uma empresa que envolve a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial. O posicionamento biopsicossocial representa o fator diferencial para realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas, durante o trabalho na empresa.

A mesma pesquisadora esclarece que, a origem do conceito vem da medicina psicossomática, que propõe uma visão integrada, holística do ser humano, em oposição à abordagem cartesiana que divide o ser humano em partes. E conclui, ao afirmar que, no contexto do trabalho esta abordagem pode ser associada à ética da condição humana. Esta ética busca desde a identificação, eliminação, neutralização ou controle de riscos ocupacionais observáveis no ambiente físico, padrões de relação de trabalho, carga física e mental requerida para cada atividade, implicações políticas e ideológicas, dinâmica de liderança empresarial e do poder formal até o significado do trabalho em si, relacionamento e satisfação no trabalho.

Para Fernandes (1996), embora diversos autores apresentem enfoques diferentes para o conceito de QVT, todos eles voltam seus conceitos para a questão da conciliação de interesses dos indivíduos e das organizações. A autora referencia a influência dos fatores físicos, tecnológicos e sócio-psicológicos que afetam na cultura e no clima organizacional, influenciando no bem estar do trabalhador.

[...] QVT deve ser considerada como uma gestão dinâmica porque as organizações e as pessoas mudam constantemente e é contingencial porque depende da realidade de cada empresa no contexto em que está inserida. Além disso, pouco resolve atentar-se apenas para fatores físicos, pois aspectos sociológicos e psicológicos interferem igualmente na satisfação dos indivíduos em situação de trabalho; sem deixar de considerar os aspectos tecnológicos da organização do próprio trabalho que, em conjunto, afetam a cultura e interferem no clima organizacional com reflexos na produtividade e na satisfação dos empregados (FERNANDES, 1996, p. 46).

### 3.2 ORIGEM E EVOLUÇÃO

A qualidade de vida sempre foi objeto de preocupação da raça humana, e no trabalho sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem estar na execução de suas tarefas.

Na antiguidade, os ensinamentos de Euclides (300 a.C.) de Alexandria sobre os princípios da geometria serviram de inspiração para a melhoria do método de trabalho dos agricultores à margem do Nilo, assim como a Lei das Alavancas, de Arquimedes, formulada em 287 A.C., veio a diminuir o esforço físico de muitos trabalhadores.

Em 1950, no “Tavistock Institute”, em Londres, Eric Trist e colaboradores desenvolveram uma série de estudos sobre problemas específicos de organizações e de relação social. A partir dos anos 60 surge uma nova proposta que valoriza a organização do trabalho e os benefícios por ela causados (FERNANDES, 1996).

A preocupação com a organização racional do trabalho esta presente nas organizações desde o começo do século passado, através da administração científica, porém a atenção dada ao bem estar físico e emocional dos trabalhadores é mais recente.

A partir do século XVIII e XIX, as preocupações com as condições de trabalho e a influência destas na produção moral do trabalhador passaram a ser estudadas de forma científica.

Hoje, dentro do contexto existente, passou a ser de responsabilidade dos atores sociais, estado, empresa, trabalhadores e dos sindicatos, discutirem QVT.

Apresenta-se a seguir, a evolução do conceito de Qualidade de Vida do Trabalhador (QVT).

<b>Concepções Evolutivas da QVT</b>	<b>Características ou Visão</b>
1. QVT como variável (1959 a 1972)	Reação do indivíduo ao trabalho. Investiga-se como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.
2. QVT como uma abordagem (1969 a 1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional; mas ao mesmo tempo, buscava-se trazer melhorias tanto ao empregado como à direção.
3. QVT como um método (1972 a 1975)	Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisfatório. Era visto como sinônimo de grupos autônomos de trabalho, enriquecimento de cargo integração social e técnica.
4. QVT como um movimento (1975 a 1980)	Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as reações dos trabalhadores com a organização. Os termos “administração participativa” e “democracia industrial” eram freqüentemente ditos como ideais do movimento de QVT.
5. QVT como tudo (1979 a 1982)	Como panacéia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais.
6. QVT como nada (futuro)	No caso de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não passará de um “modismo” passageiro.

**Quadro 1 - Evolução do conceito de Qualidade de Vida do Trabalhador**

Fonte: Nadler e Lawer (apud FERNANDES, 1996, p. 42).

### 3.3 CRITÉRIOS E MODELOS DE INVESTIGAÇÃO

Abrahan H. Maslow (apud CARVALHO, 1989), estabeleceu uma espécie de hierarquia das necessidades do ser humano fundamentais:

- a) necessidades fisiológicas – ar, comida, repouso, abrigo, etc.;
- b) necessidades de segurança- proteção contra o perigo ou privação;
- c) necessidades sociais – amizade, inclusão em grupos, etc.;

- d) necessidades de estima – reputação, reconhecimento, auto-respeito, amor, etc.;
- e) necessidade de auto realização – realização do potencial, utilização plena dos talentos, etc.

Outro autor da Escola das Relações Humanas, Douglas McGregor (apud CARVALHO, 1989), formulou sua pesquisa com base nas teorias “X” e “Y”, considerava, entre outras coisas, que o compromisso com os objetivos depende das recompensas à sua execução, e que o ser humano não só aprende a aceitar as responsabilidades, como passa a procurá-las.

Importante também as pesquisas de Frederic Herzberg (apud RODRIGUES, 1994). Os entrevistados (engenheiros e contadores) associavam a insatisfação com o trabalho ao ambiente e a satisfação com o trabalho ao conteúdo. Deste modo, os fatores higiênicos, capazes de produzir insatisfação são: a política e a administração da empresa, as relações interpessoais com os supervisores, supervisão, condições de trabalho, salários, status e segurança no trabalho. Os fatores motivadores, geradores de satisfação abrangem: realização, reconhecimento, o próprio trabalho, responsabilidade e progresso ou desenvolvimento.

Walton (1973 apud RODRIGUES, 1994, p. 81), considera que:

[...] a expressão Qualidade de Vida tem sido usada com crescente freqüência para descrever certos valores ambientais e humanos, negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico.

Walton (1973 apud FERNANDES, 1996, p. 48) estabeleceu oito categorias a serem investigadas para analisar QVT:

- a) Compensação Justa e Adequada – busca-se a obtenção de remuneração adequada pelo trabalho realizado, no valor igual aos seus colegas, e de acordo com o mercado externo de trabalho;
- b) Condições de Trabalho – mede as condições do ambiente do trabalho. Inclui o número de horas trabalhadas, a carga de trabalho, materiais,

equipamentos, mobiliário, segurança e saúde. Referem-se as reais condições onde o trabalho é desenvolvido;

c) Uso e Desenvolvimento de Capacidades – Refere-se as oportunidades oferecidas e no aproveitamento do talento humano. Importante a concessão de autonomia, incentivo a capacidade plena do indivíduo. Também a avaliação do produto e o retorno aos envolvidos no processo;

d) Oportunidade de Crescimento e Segurança – São as políticas da Instituição estabelecidas para o desenvolvimento e crescimento pessoal, bem como o aproveitamento e segurança no emprego. Respeito e valorização dos empregados;

e) Integração Social na Organização – Refere-se a igualdade de oportunidades, independente de idade, cor, raça, sexo, política, aparência e outras formas de discriminação, bem como a cultura do bom relacionamento;

f) Constitucionalismo – Mede o grau em que os direitos são cumpridos na instituição. Respeito aos direitos trabalhistas, privacidade pessoal dentro da instituição e liberdade de expressão;

g) Trabalho e Espaço Total de Vida – Deve-se encontrar equilíbrio entre a vida e o trabalho. Tempo reservado ao trabalho, família e lazer (descanso);

h) Relevância Social da Vida no Trabalho – Mede o conhecimento do empregado em relação à imagem da empresa, a responsabilidade social da instituição na comunidade, a qualidade dos produtos e a prestação dos serviços.

Outro modelo criado para a investigação da QVT, desenvolvido por Hackman e Oldhan (1975 apud FERNANDES, 1996, p. 55-56) propõe a avaliação através dos seguintes termos:

a) Dimensões da tarefa – nessa categoria são identificados seis critérios para a satisfação no trabalho: variedade de habilidades, identidade da tarefa, significado da tarefa, inter-relacionamento, autonomia e feedback (do próprio trabalhador e extrínseco);

b) estados Psicológicos e Críticos – envolvem a percepção da significância do trabalho, da responsabilidade pelos resultados e o conhecimento dos reais resultados do trabalho;

c) Resultados pessoais do trabalho – incluem a satisfação geral e a motivação para o trabalho de alta qualidade, bem como o absenteísmo e a rotatividade baixa.

Westley (1979 apud RODRIGUES, 1994, p. 88), segundo o qual a avaliação da qualidade de vida nas organizações pode ser vista através de quatro indicadores:

- a) Econômico – Tratamento igualitário as pessoas. Refere-se à equidade de salários, remuneração adequada, benefícios, local de trabalho e carga horária;
- b) Político – Refere-se á segurança no emprego, direito a participação social (representação sindical), liberdade de expressão relacionamento com chefia;
- c) Psicológico – Refere-se a realização pessoal e profissional, nível de desafio, satisfação no trabalho, criatividade, auto-avaliação, diversidade de tarefas e identidade com as tarefas;
- d) Sociológico – Refere-se a participação nas decisões relacionadas com o trabalho, valorização, autonomia, grau de responsabilidade e de bom relacionamento.

Davis e Werther (1983 apud FERNANDES, 1996, p. 54) estabelecem critérios de avaliação no qual especificam elementos organizacionais, ambientais e comportamentais com influenciadores da QVT:

- a) Elementos Organizacionais – refere-se ao fluxo de trabalho, que sofre influência da natureza ou produto; das práticas de trabalho, que são as formas estabelecidas para desempenhar a atividade; e abordagem mecanicista, que identifica detalhadamente cada tarefa em um cargo, afim de que o tempo e o esforço dos trabalhadores sejam minimizados no desempenho desta;
- b) Elementos Ambientais – Envolve a habilidade e a disponibilidade dos empregados, assim como as expectativas sociais;
- c) Elemento Comportamental – leva-se em consideração o ambiente de trabalho como fator de influência no comportamento dos trabalhadores, e dizem respeito as necessidades humanas. Destacam-se quatro dimensões: autonomia, variedade, identidade de tarefa e retro informação.

Limongi-França (2003, p. 107) considera que a sociedade vive novos paradigmas de modos de vida dentro e fora da empresa, gerando em consequência, novos valores e demandas de QVT. Contribuem outras ciências, como:

- Saúde – a ciência tem buscado preservar a integridade física, mental e social do ser humano, e não apenas atuar sobre o controle das doenças, gerando avanços biomédicos, maior expectativa de vida e reintegração da pessoa que adoece;
- Ecologia – vê o homem como parte integrante e responsável pela preservação dos seres vivos e dos insumos da natureza;



- Ergonomia – estuda as condições de trabalho ligadas à pessoa. Fundamenta-se na medicina, na psicologia, na motricidade e na tecnologia industrial, visando conforto e operação;
- Psicologia – juntamente com a filosofia, demonstra a influência das atitudes internas e perspectivas de vida de cada pessoa em seu trabalho e a importância do significado intrínseco das necessidades individuais para seu desenvolvimento com o trabalho;
- Sociologia – resgata a dimensão simbólica do que é compartilhado e construído socialmente, demonstrando suas implicações nos diversos contextos culturais e antropológicos da empresa;
- Economia – enfatiza a consciência de que os bens, recursos e serviços devem envolver de forma equilibrada a responsabilidade e os direitos da sociedade;
- Administração – procura aumentar a capacidade de mobilizar recursos para atingir resultados, em ambiente cada vez mais complexo, mutável e competitivo;
- Engenharia – elabora formas de produção voltadas para a flexibilização da manufatura, armazenamento de materiais, uso da tecnologia, organização do trabalho e controle de processos.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa pretendeu identificar fatores que possam contribuir com a Qualidade de Vida no Trabalho, das pessoas portadoras de deficiência, no Grupo Hospitalar Conceição, verificando as percepções das mesmas, diante de fatores de QVT.

Desenvolveu-se como instrumento de coleta de dados um questionário para possibilitar a avaliação do nível de satisfação das PPDs, verificando os fatores que interferem no cotidiano.

A pesquisa constituiu em estudo exploratório e de campo, de caráter qualitativo na elaboração de conceitos para o questionário, e quantitativo quanto aos procedimentos de mensuração das respostas fechadas. As perguntas abertas tentaram obter manifestações espontâneas, para verificação de outros fatores não incluídos.

Nesta pesquisa, investigou-se a QVT tomando-se como ponto de partida Walton (apud RODRIGUES, 1994) e Limongi-França (2003).

Dessa forma, identificou-se no referencial teórico pesquisado, uma série de variáveis considerada pelos autores como intervenientes na qualidade de vida dos trabalhadores, que foram complementadas por outras, específicas da organização e do setor hospitalar.

#### 4.1 A ORGANIZAÇÃO: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

O GHC localiza-se em Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul. Constituiu-se em 1975, a partir da intervenção da União Federal ao desapropriar os hospitais privados: Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital Fêmeina (HF), tendo essas três empresas passadas ao regime jurídico de Sociedade Anônima.

O GHC está vinculado ao Ministério da Saúde, o qual é seu acionista majoritário. Conta com, além das 03 unidades hospitalares, 12 postos de saúde de saúde comunitária. Totaliza cerca de 1.800 leitos, incluindo UTI's e emergência, que apresentam internação média de 5.300 pessoas/mês, e realizam algo em torno de 5.000 consultas/dia, 900 partos/mês e mais de 3.000 cirurgias/mês.

Quanto à população atendida, 50% é da cidade de Porto Alegre, 40% da Região Metropolitana e 10% de outros municípios do Estado e do Brasil.

Dos serviços prestados pelo Grupo Hospitalar Conceição, 100% estão voltados para atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), empregando cerca de 6.047 trabalhadores.

O GHC forma um terço dos especialistas em medicina no Rio Grande do Sul. Propicia campo de estágio para alunos de 24 faculdades da área da saúde. Atende 125.000 pessoas nas 12 unidades do Serviço de Saúde Comunitária, correspondendo a 10% da população do município. Seu orçamento anual é algo em torno de R\$350.000.000,00 (trezentos e cinquenta milhões de reais)<sup>1</sup>.

A forma de ingresso é através de processo seletivo público. Os 6.047 mil trabalhadores são regidos pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhista (CLT), assim estão distribuídos:

---

<sup>1</sup> Dados extraídos através do site: <http://www.ghc.com.br>, e dos registros obtidos diretamente na Gerência de Recursos Humanos.

- 4.800 trabalhadores no HNSC (incluindo os Postos de Saúde comunitária);
- 1.188 trabalhadores no HCR;
- 655 trabalhadores no HF.

Uma comunidade hospitalar, de modo geral, pode ser descrita como qualquer outra organização empresarial, em termos de gestão administrativa. É uma empresa de recuperação de saúde, e configura-se como uma organização bastante complexa, na qual além das atividades específicas que envolvem atuações de profissionais diretamente ligados aos cuidados da saúde, estão presentes simultaneamente um hotel, uma farmácia, uma lavanderia e um restaurante. Para se entender melhor a estrutura pode-se dividir em três áreas básicas: recursos humanos, recursos materiais e recursos físicos.

As instituições hospitalares também buscam modelos de qualidade na prestação de assistência, que contribuem na melhoria da própria qualidade de vida da população.

## 4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram deste estudo 35 trabalhadores, que se encontravam em atividade no período em que foi realizada a pesquisa, 02 a 15 de outubro de 2006. Houve retorno de 30 questionários.

Participaram do estudo trabalhadores dos Hospitais Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição, Instituto da Criança e Diabete e Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmeina. Não foram contemplados dois Postos do Serviço de saúde Comunitária.

A identificação dos nomes dos funcionários foi através da CEPPAM e da Gerência de Recursos Humanos, através do cadastro existente, 60 funcionários relacionados como portadores de necessidades especiais.

O contato foi feito pela pesquisadora pessoalmente, no local e durante o trabalho dos participantes. O roteiro inicial era de apresentação, a seguir as informações sobre o estudo e convite para participação. A metade respondeu no momento, auto-preenchimento, inclusive esclarecendo dúvidas. Outros por motivo de trabalho, não podiam interromper a atividade, era deixado o questionário para posterior devolução.

Vários sinalizaram preocupação com a sua identificação prévia ao estudo, pois a pesquisadora portava a relação das PPDs, e também com o futuro das respostas. Observei que o fato de eu ser funcionária do GHC colaborou na adesão à participação.

O questionário foi lido e preenchido pela própria pesquisadora em 3 casos, e por solicitação dos próprios participantes. Alegaram não enxergar, dificuldade de leitura. A pesquisadora lia a questão e registrava a resposta.

Não participaram 12 funcionários que se encontravam afastados do trabalho por diversos motivos: licença saúde, férias, doença de familiar e folgas. Houve 3 trabalhadores que não quiseram participar, alegaram já estar na condição de aposentadas e que estava “tudo bem”, e 4 afirmaram não serem portadores de deficiência, e que não sabiam por que constavam na relação. Outros não foram contatados pela dificuldade de localização devido aos horários, escala e locais de trabalho.

Salienta-se que os hospitais funcionam durante 24 horas, com regime de trabalho diferente para cada categoria profissional.

### 4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio da aplicação do questionário estruturado, a fim de que se pudessem abordar questões de maneira mais completa, evitando o risco de dispersão, e de interferências.

Outras fontes foram a CEPPAM e a Gerência de Recursos Humanos na identificação destes trabalhadores.

O questionário apresenta 9 sentenças condicionadas a um sistema de variação de 1 a 5 (onde 1 representa muito insatisfeito até 5 muito satisfeitos), além de 21 sentenças também com variações de 1 a 5 (onde 1 representa discordo totalmente a 5 concordo totalmente), Escala de Likert. Também continha 10 questões abertas e 24 fechadas.

Na primeira e segunda parte do questionário eram relativas a inclusão dos PPDs e QVT e na última a caracterização dos respondentes.

Na análise dos recorreu-se às técnicas de análise documental, análise de conteúdo e estatística (descritiva, como média, desvio-padrão e porcentagem).

Os dados em que se buscou avaliar a percepção e opinião dos funcionários sobre QVT, foram tabulados manualmente, obtendo resultados em valores absolutos e relativos a cada questão.

### 4.3.1 Análise dos dados

Após a coleta de dados procedeu-se o tratamento estatístico. A planilha eletrônica Excel foi utilizada para elaboração de algumas tabelas e gráficos. Para a tabulação e processamento estatístico recorreu-se a orientação de um profissional específico da área.

Na análise e interpretação dos resultados da pesquisa buscou-se identificar os principais fatores que causam satisfação e insatisfação aos trabalhadores em relação à sua QVT. Também se analisou fatos importantes na inclusão das PPDs como trabalhadores no GHC.

A última etapa que corresponde às conclusões da pesquisa apresenta sugestões para a melhoria da qualidade de vida dos funcionários.

## 4.4 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Ao aplicar o questionário verificou-se que o número de participantes é significativamente pequeno em relação ao total de trabalhadores no GHC.

A limitação do estudo demonstrada pelo pequeno número de participantes demonstra que seria muito interessante, ampliar para se poder ter um conhecimento mais abrangente do todo hospitalar.

Os questionários que foram deixados para preenchimento, ou seja, não respondidos no momento, tem nas perguntas abertas maior conteúdo de respostas. Poderia se pensar em certa inibição por presença do pesquisador, o

fator tempo por estar em horário de trabalho, ou medo de exposição. De qualquer maneira, num futuro estudo com grupos de minorias, deve-se pensar na preservação do indivíduo na instituição. Por isso deixamos de relacionar os setores de trabalho dos mesmos.

O grau de conhecimento influenciou nas respostas, e neste caso os questionários deixados aos funcionários podem ter sido respondidos com auxílio de outros. É o caso de um comentário feito por um participante “minha filha me ajudou”. Isso leva a pensar na elaboração de um instrumento mais acessível, que possa ser interpretado por todos igualmente.

Estes trabalhadores são portadores de deficiências distintas, ou seja um não é igual ao outro, e que portanto suas características geram necessidades específicas para cada indivíduo. Para um estudo mais completo são necessárias abordagens diferentes.

Coletar dados requer tempo, que dependem do pesquisador e dos participantes. Para incluir uma população maior o tempo disponibilizado foi insuficiente. A demora na aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do GHC foi o motivo principal, seguido da dificuldade de localização dos PPDs em seus locais de trabalho.

Cabe salientar que a pesquisa tem a pretensão de demonstrar somente a visão do trabalhador com vínculo empregatício com a instituição, embora se saiba que os usuários compartilham de áreas comuns e, portanto, também possam ser beneficiados de alguma maneira.



## 5 RESULTADOS DA PESQUISA

### 5.1 PERFIL DOS TRABALHADORES PPDS NO GHC.

Procurou-se neste estudo identificar quem são as PPDs que trabalham na Instituição. A relação fornecida pela Gerência de Recursos humanos demonstra que 55% são do sexo feminino e 45% do sexo masculino. Dos entrevistados a maioria é do sexo masculino 17, sendo apenas 13 do sexo feminino.

**Tabela 1 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme o sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Masculino	17	56,7
Feminino	13	43,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborada pela autora.

Quanto à faixa etária percebe-se uma concentração acima de 40 anos. Para fins de análise, dividiu-se em quatro faixas de idade, conforme mostra a Tabela 2.

**Tabela 2 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme a faixa etária**

<b>Idade</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Ate 40 anos	09	30,0
40 a 45 anos	09	30,0
Mais de 45 anos	12	40,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborada pela autora.

Com relação ao tempo de permanência no GHC, verificou-se que 66,7% está na Instituição há 10 ou mais anos. É interessante observar a relação com a idade, o que nos leva a concluir que há certa estabilidade no emprego.

**Tabela 3 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme o tempo de permanência no GHC**

<b>Tempo em anos</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Percentual cumulativo</b>
Menor que	01	3,3	3,3
1 a 3 anos	04	13,3	16,7
3 a 5 anos	04	13,3	30,0
5 a 10 anos	01	3,3	33,3
10 anos ou mais	20	66,7	100,0
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborada pela autora.

Mais da metade dos trabalhadores PPDs no GHC é casado, percentual de 63,3%, sendo seguido por solteiros 16,7%, separados e divorciados 13,3%, e viúvos 6,7%.

**Tabela 4 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme o estado civil**

<b>Estado Civil</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Solteiro	05	16,7
Casado	19	63,3
Separado / Divorciado	04	13,3
Viúvo	02	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborada pela autora.

Dos respondentes 66,7% possuem filhos, sendo 30% com 2 filhos. Os demais 33,3% não têm filhos.

**Tabela 5 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme o número de dependentes**

<b>N. de Dependentes</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
1 filho	06	20,0
2 filhos	09	30,0
3 ou mais filhos	05	16,7
Nenhum	10	33,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborada pela autora.

No que se refere ao nível de escolaridade, optou-se em agrupar a população pesquisada em 4 níveis de instrução conforme a Tabela 6. Dados do Censo 2000 mostra que a taxa de analfabetismo é muito maior entre as pessoas com deficiência (18,9% contra 7,2% da população total na região sul). O tempo de escolarização tem reflexo direto na preparação profissional e nas possibilidades de emprego das pessoas.

**Tabela 6 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme a escolaridade**

<b>Nível de Escolaridade</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
1º grau / ensino fundamental	02	6,7
2º grau / ensino médio	21	70,0
Superior	05	16,7
Pós-Graduação / especialização	02	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborada pela autora.

Dos participantes 14 trabalham no Hospital Nossa Senhora da Conceição, 46,7%; 11 no Hospital Cristo Redentor, 40,0%; 2 no Hospital da Criança Conceição, 2 no Hospital Fêmeina e 1 no Instituto da Criança e Diabete.

**Tabela 7 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa conforme o cargo**

<b>Cargo</b>	<b>Fr</b>
Auxiliar administrativo	05
Auxiliar de enfermagem	03
Auxiliar geral	02
Auxiliar de RX	01
Bioquímico	01
Enfermeiro	01
Especialista em Manutenção	01
Farmacêutico	01
Motorista	01
Médico	01
Supervisor administrativo	01
Técnico administrativo	05
Técnico de enfermagem	06
Telefonista	01
<b>Total</b>	<b>30</b>

Fonte: elaborada pela autora.

Nos hospitais há turnos de trabalho manhã ou tarde de 6 horas, turno integral diurno de 8 horas, noturno de 12 horas (plantão), e há categorias que a jornada é de 4 ou 5 horas diária.

A jornada diária de trabalho de 08 horas é feita por 43%, e são principalmente da área administrativa. O regime de 6 horas diárias e plantões noturnos são utilizados nas instituições hospitalares por várias categorias, sendo mais freqüente na área assistencial.

Procurar-se-á demonstrar na Tabela 8 os tipos de deficiência para melhor compreender estes trabalhadores.

**Tabela 8 - Distribuição das PPDs que participaram da pesquisa segundo o tipo de deficiência**

<b>Tipo de Deficiência</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Deficiência Física	17	58,6
Deficiência sensorial	10	34,5
Deficiência mental ou intelectual	-	-
Deficiência múltipla	-	-
Reabilitado	01	3,4
Outra (restrição)	02	6,9
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Fonte: elaborada pela autora.**

O censo 2000 (IBGE, 2000) revelou que as mulheres são as mais afetadas com as dificuldades para ver e maioria nas dificuldades motoras. Os homens, de acordo com o levantamento, sofrem mais de distúrbios intelectuais, físicos e auditivos. O alto índice de deficiência visual pode ser explicado por dois fatores: o envelhecimento populacional e a ampliação do conceito de deficiência visual, que não se restringe apenas a cegueira.

Dos participantes 3 são pessoas que se locomovem em cadeiras de rodas. A deficiência visual parcial predomina, sendo 1 cego. Somente um caso de deficiência múltipla, auditiva, da fala e parcial visual. Este caso não participou da pesquisa, por não ser possível a comunicação. A PPD fazia basicamente leitura labial.

## 5.2 INCLUSÃO SOCIAL E QVT

Todas as pessoas devem ser respeitadas, não importa o sexo, a idade, origens étnicas, a opção sexual ou as deficiências. Uma sociedade aberta para todos, que estimula a participação de cada um aprecia as diferentes experiências humanas e reconhece o potencial de todo o cidadão é denominado sociedade inclusiva.

Para que uma sociedade seja inclusiva é preciso cooperar no esforço coletivo de todos os sujeitos que dialogam em busca do respeito, da liberdade e da igualdade.

A pesquisa procurou contextualizar a pessoa do PPD, o conhecimento cotidiano, questionando sobre a história no seu trabalho.

Na pergunta “Você faz parte de alguma associação, sociedade ou grupo de PPDs?”, 7 pessoas entrevistados somente afirmaram participar da CEPPAM, e 2 participam de associações externas. Os demais responderam não.

**Tabela 9 - Questões sobre inclusão social respondidas pelos participantes**

	<b>Não</b>	<b>%</b>	<b>Sim</b>	<b>%</b>
Você sabe quantos PPDs trabalham no GHC?	27	90,0	03	10,0
Considera importante a empresa capacitar os trabalhadores para atender PPDs usuários do SUS	03	10,0	27	93,1
Você faz parte de alguma associação, grupos de PPDs?	21	70,0	09	30,0
Você já se sentiu discriminado por ser uma PPD no GHC?	22	73,3	07	23,3
No caso de ocorrências de problemas, relacionados com sua condição de PPD, no seu trabalho, você saberia onde buscar atendimento?	15	50,0	14	46,7
Você enfrenta ou já enfrentou alguma barreira no trabalho por se PPD?	20	66,7	08	26,7
Você já trocou de setor?	14	46,7	16	53,3

Fonte: elaborada pela autora.

Ao se questionar os trabalhadores sobre quais os aspectos, na opinião deles, que mais têm dificultado a contratação de PPDs no GHC, tive como resposta:

- 05 não responderam;
- 07 responderam “não sei”;
- 02 responderam “preconceito, discriminação, credibilidade”;
- 03 responderam “acessibilidade, instalações do hospital”;
- 04 responderam “legislação, edital confuso, poucas vagas”;
- 02 responderam “falta de capacitação, de preparo, medo de trabalhar no hospital”;
- 02 responderam “não é fácil atender deficientes, ser solidário, e também não é fácil aceitar como tal” “faltam pessoas preparadas para lidar com as diferenças”;
- 01 respondeu “no início foi difícil porque o GHC não estava adaptado com os PPDs”;
- 01 respondeu “no GHC ou em qualquer lugar os PPDs tem condições para o trabalho”.

A forma de ingresso no GHC, conforme as normas, é através de processo seletivo público, e com reserva de vaga aos PPDs. Historicamente, os contratos antigos não se realizavam desta maneira. No último processo seletivo não houve inscritos para vários cargos disponíveis, os quais exigiam formação profissional para o exercício.

A primeira grande barreira para trabalhar é a educação. Segundo a Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação, no Brasil pouco mais de 3 mil estão no ensino médio (MEC, 2000 apud CERIGNONI, 2005). Pelas

cotas as empresas deveriam contratar um maior número de PPDs, habilitados ou capacitados, mas não são encontrados. São necessários programas que ampliem o seu acesso à educação e à formação profissional.

Na descrição dos motivos que levaram a troca de setor de trabalho, 04 disseram por oportunidade de crescimento profissional, para exercício de função com maior responsabilidade, 01 por atrito com a chefia e 01 por restrição de função. Não descreveram o motivo 17 pessoas.

Com relação aos cursos que consideram importante a empresa oferecer aos trabalhadores, citaram:

**Tabela 10 - Relação de cursos sugeridos pelos PPDs**

<b>Cursos / capacitações sugeridas</b>	<b>Nº de PPDs</b>
Humanização, relações humanas	4
Atendimento ao público	3
Informática	2
Qualificação e atualização de cada atividade, reciclagem, básica	5
Acessibilidade para o setor de engenharia	1
Libras	1
Não opinaram	

**Fonte: elaborada pela autora.**

Referente a cursos que consideram importante a empresa oferecer, para capacitar os trabalhadores em geral, para o atendimento de usuários PPDs no SUS observou-se que somente 11 descreveram, apesar de 90% afirmar ser importante. Os cursos sugeridos foram: Libras (tradutor de sinais), manejo, conscientização, treinamento para lidar com as pessoas que necessitam de atenção especial e oficinas esclarecedoras.

Com relação ao meio de transporte utilizado pelos PPDs, para ir ao trabalho 53,3% faz uso do público, e 33,3% de carro próprio. Dos usuários de cadeira de rodas somente um utiliza ônibus.

Pesquisa do Ministério das Cidades realizada em agosto de 2004 indica que da frota de 48,2 mil ônibus dos 218 municípios que responderam à pesquisa,

apenas 2.191 (4,5%) contam com cadeiras especiais, elevadores e ou plataformas de embarque (CERIGNONI, 2005).

**Tabela 11 - Meio de transporte utilizado pelos PPDs**

<b>Transporte</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Público	16	53,3
Carro próprio	10	33,3
Carro próprio com motorista	1	3,3
Trajetos feitos a pé	1	3,3
Cadeira de rodas e/ou outro	1	3,3
Bicicleta	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborada pela autora.

Na questão do “acesso para chegar ao local de trabalho”, 83% disseram não terem nenhuma dificuldade. A falta de local próprio e seguro para estacionar bicicletas foram citados por 3 trabalhadores, que gostariam de fazer uso deste meio de transporte.

Há normas legais sobre o acesso de portadores de deficiência física a locais públicos. As adaptações para o acesso físico devem estar de acordo com a NBR 9.050, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que fixa os padrões e critérios necessários para propiciar às pessoas portadoras de deficiência condições adequadas e seguras de acessibilidade autônoma a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos.

Na pergunta: “Durante seu trabalho você enfrenta ou já enfrentou alguma barreira por ser PPD?”, 20 responderam que não, e 08 assinalaram os itens arquitetura, arranjo mobiliário, material, equipamento, relacionamento, no desempenho da atividade que exige esforço e não reconhecimento da capacidade laborativa.

No entanto, na questão de “Quais as dificuldades que você enfrenta no seu trabalho atualmente, e que poderiam ser melhoradas”, 21 citaram os fatores descritos a seguir:

- Arquitetônico: poucas rampas, portas estreitas, área física pequena, portas e estruturas físicas mal elaboradas, faltam de corrimão em



escadas e elevadores;

- Mobiliário: não estão de acordo com as normas de segurança, mesas, cadeiras, mobiliário para digitação tanto as mesas como as instalações dos computadores, adequação do mobiliário, altura climatização do ambiente, ruídos de maquiarias, iluminação e falta de equipamento para levar peso;
- Relações no trabalho, discriminação, estresse com tarefas e ordens;
- Atendimento médico prestado aos funcionários.

Nas relações de trabalho surge a falta de preparo para lidar e entender a pessoa diferente que é o PPD.

Na questão, sobre o “conhecimento da existência de sanitários para PPDs”, na instituição onde trabalha, 16 afirmaram que não há nenhum, 7 não responderam e outros 7 disseram:

- 3 funcionários informaram que há 1 sanitário;
- 1 funcionário informou que há 2 sanitários;
- 2 funcionários informaram que há 3 sanitários;
- 1 funcionário informou que há 4 sanitários.

Os sanitários devem ter dimensões necessárias à utilização das PPDs e, quando existentes devem atender a todos os pavimentos. Os trabalhadores deveriam ter conhecimento, pois o GHC atende um grande número de usuários do SUS, inclusive PPDs.

Tabela 12 - Nível de satisfação em relação aos atributos

Atributos	Média	Nível de satisfação
Ambiente físico	3,41	68,2
Horário	4,60	92,0
Relacionamento com colega	4,50	90,0
Atividade ou tarefa	4,37	87,4
Benefícios diversos	3,82	76,4
Salário	4,10	82,0
Relacionamento com chefia	4,24	84,8
Cargo que exerce	4,40	88,0
Considerando as questões a cima qual sua satisfação em ser funcionário do GHC	4,27	85,4

Alfa de Cronbach = 0,77

Fonte: elaborada pela autora.

Tabela 13 - Regressão – Ordem de influencias dos atributos na satisfação

Atributos	Beta	Ordem de importancia
Ambiente físico	,212	4º
Horário	-,231	8º
Relacionamento com colega	,223	3º
Atividade ou tarefa	,632	1º
Benefícios diversos	-,059	7º
Salário	,292	2º
Relacionamento com chefia	,081	5º
Cargo que exerce	,017	6º

Fonte: elaborada pela autora.

Na Tabela 12 observa-se o grau de satisfação dos trabalhadores, no seu trabalho na sua instituição. Constata-se que a atividade ou tarefa tem maior importância, em segundo lugar vem o salário e em terceiro o relacionamento com colegas.

Tabela 14 - Preocupações dos PPDs em grau de importância

Preocupação atual	Fr	%
Moradia	27	100,0
Alimentação	21	77,8
Saúde	15	55,6
Divertimento/lazer	14	51,9
Educação	14	51,9
Outras	1	3,7

Fonte: elaborada pela autora.

Das preocupações atuais, em grau de importância evidencia-se a moradia e a alimentação, conforme conta na Tabela 14.

Na questão do cuidado com a própria saúde, 23 afirmaram que fazem revisões médicas periódicas. O uso de medicamento contínuo é consumido por 16 trabalhadores, 53%, que usam parte de seu salário para a aquisição.

O GHC não oferece um plano de benefícios privados na área de saúde, e 43,3 % o possuem, o que significa custo financeiro. Metade faz uso do SUS, sendo que no GHC, a Saúde do Trabalhador exclusivamente para o atendimento de funcionários.

**Tabela 15 - Recursos ou serviços utilizados no cuidado de sua saúde**

<b>Serviços</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
SUS no GHC	15	50
Saúde do Trabalhador, no GHC	14	46,7
Outro local com atendimento SUS	2	6,7
Convênio ou plano de saúde	13	43,3
Outro	1	3,3

**Fonte: elaborada pela autora.**

Com o gradual envelhecimento da população de trabalhadores, torna-se ainda mais importante detectar alterações na saúde para evitar envelhecimento funcional precoce. O instrumento padronizado de avaliação através de exames médicos na admissão e periódicos avalia a capacidade para o trabalho.

As pessoas têm necessidades diferentes. Os hábitos de lazer a mais citados pelos PPDs são passeios, parques e viagem, seguidos de esportes. Para 08 dos respondentes são importantes os “passeios com a família”. Leitura, ouvir música e cinema aparecem em 4º lugar. Quatro pessoas se ocupam com música, pintura e horticultura.

Em instituições hospitalares são comuns jornadas longas de trabalho, plantões de 12 horas, trabalho nos finais de semana e noturno, que interferem nas suas vidas particulares e familiares. Ficar em casa, descansar e dormir é lazer para 05 pessoas.

Quando questionados se gostariam de fazer algo diferente do que faz atualmente 08 disseram: estudar, trabalhar em outro local e trabalho junto à natureza.

**Tabela 16 - Exposição aos riscos dos PPDs que participaram da pesquisa**

<b>Tipo de risco</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Biológicos	18	75
Químicos	12	50
Ritmo intenso trabalho	7	29,2
Físicos	12	50
Ergonômicos	12	50
Outro	3	12,5

**Fonte: elaborada pela autora.**

Em relação às condições de trabalho, 77% disseram que tem exposição a algum tipo de riscos. Destes, 75% são biológicos e 50% químicos, físicos e ergonômicos.

Mesmo com todos os recursos disponíveis, hoje é possível identificar e eliminar alguns dos riscos, outros são minimizados e controlados. Importante os trabalhadores fazerem o uso do Equipamento e Proteção Individual e Coletivo, preservando a sua saúde.

**Tabela 17 - Uso de Equipamento de Proteção Individual**

	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Não precisa usar	13	43,3
Precisa usar, mas não recebe	1	3,3
Usa sempre que necessário	14	46,7
Preciso usar, mas não recebo	1	3,3
Desconheço	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Fonte: elaborada pela autora.**

**Tabela 18 - Opinião das PPDs utilizando-se a escala de 1 a 5, onde 1 representa discorda totalmente até 5 concorda totalmente**

<b>Afirmações</b>	<b>Média</b>
Tenho conhecimento sobre a Lei das Cotas para PPDs	4,50
Tenho conhecimento do produto final do trabalho que realizo	4,31
Quando necessário tenho apoio da chefia para a realização das tarefas	4,31
O trabalho que realizo é reconhecido pela chefia	4,28
Participo de reunião no grupo de trabalho mensalmente	3,97
No GHC o respeito e tratamento é justo por parte de sua chefia e superiores	3,97
No GHC os PPDs são acolhidos em seus locais de trabalho	3,96
No GHC o relacionamento entre chefia e subordinados são bons	3,93
Existe facilidade em participar de cursos, palestras oferecidas no GHC	3,86
No GHC tenho oportunidade de sugerir melhorias sobre o trabalho	3,71
No GHC os PPDs são respeitados por suas diferenças	3,71
Existe autonomia de decisão na resolução de questões diárias surgidas no trabalho	3,66
No GHC o trabalhador tem oportunidade de participar de decisão no trabalho	3,63
Recebo treinamento para realizar as minhas tarefas	3,62
O mobiliário e a disposição do mesmo, no meu local de trabalho esta de acordo com minhas necessidades	3,21
O GHC se preocupa com a qualidade de vida dos trabalhadores	3,20
Conheço a CEPPAM	3,00
A alternância de poder “dirigente” tem contribuído para a melhoria da QVT	2,93
O sindicato colabora na Qualidade de Vida do Trabalhador	2,68
No GHC os sanitários são mantidos limpos e adequados para o uso	2,66

**Alfa de Cronbach = 066**

**Fonte: elaborada pela autora.**

A verificação de índices de QVT pode trazer informações de fatores que interferem diretamente na satisfação e motivação pessoal e coletiva, com reflexos na excelência da estrutura e do serviço. Permite conhecer como as pessoas se sentem em relação a vários aspectos da empresa.

Na questão Q25.1 - Preocupação do GHC com a qualidade de vida dos trabalhadores, demonstrou o menor desvio-padrão, 0,96, o que significa que neste aspecto as PPDs tem percepções semelhantes.

Na fonte de renda – Salário supre as necessidades pessoais, Q25.2, o desvio-padrão 1,1. Não foi pesquisada a faixa salarial dos participantes, mas os trabalhadores ainda o consideram pouco satisfatório, apesar de um dos melhores ao ser comparado com o mercado. Dos participantes, na Tabela 14, a maior preocupação é com a moradia, a alimentação e a compra de medicamentos.

Tabela 19 – Estatística da Tabela 18

Questão	Nº. participante	Ponto Mínimo	Ponto Máximo	Média	Desvio-Padrão
Q25.1	30	1	5	3,20	,961
Q25.2	29	1	5	3,62	1,115
Q25.3	28	1	5	3,96	1,170
Q25.4	28	1	5	3,71	1,329
Q25.5	29	1	5	3,66	1,173
Q25.6	29	1	5	3,97	1,451
Q25.7	29	1	5	4,31	1,312
Q25.8	29	1	5	4,28	1,066
Q25.9	29	1	5	4,31	1,168
Q25.10	29	1	5	3,62	1,399
Q25.11	29	1	5	3,93	1,223
Q25.12	29	1	5	3,97	1,239
Q25.13	27	1	5	3,63	1,182
Q25.14	28	1	5	3,86	1,380
Q25.15	28	1	5	2,68	1,362
Q25.16	29	1	5	2,66	1,370
Q25.17	28	1	5	3,71	1,301
Q25.18	29	1	5	3,21	1,590
Q25.19	28	1	4	4,50	7,937
Q25.20	28	1	5	3,00	1,785
Q25.21	29	1	5	2,93	1,361
Valid N (listwise)	26				

Alfa de Cronbach = 066

Fonte: elaborada pela autora.

Na questão Q25.15 – Se o sindicato colabora na QVT, a média foi 2,68. Sabe-se que é de responsabilidade dos sindicatos colaborarem com os trabalhadores, lutando, criticando, intermediando negociações, fiscalizando e fazendo com que as leis sejam cumpridas. Na opinião dos PPDs, a atuação dos sindicatos na melhoria da QVT é insatisfatória.

O maior descontentamento é referente às condições de higiene dos sanitários nos locais de trabalho, segundo a opinião, expressaram insatisfação. Mostra que precisa ser melhorada a limpeza e a adequação para uso. Importante ter condições de segurança e saúde em relação a riscos de doenças.

As questões Q25.8 a Q25.12 referem-se às relações de trabalho entre superiores e subordinados, sendo eles tem opiniões semelhantes das chefias imediatas, desvio-padrão 1,0.

Na questão Q25.14 – Existe facilidade em participar de cursos e palestras, desvio-padrão 1,38, onde há divergência de opinião. Deve-se diferenciar entre educação continuada ou treinamento em serviço obrigatório, o qual é planejado e os outros eventos, sobre diversos assuntos, que nem sempre estão relacionados à atividade, os quais a participação é aberta.

O ponto de maior desvio-padrão foi sobre a Lei nº. 8.213/91 e Dec.nº. 3.298/99, referente a cotas para PPDs, portanto conhecimento sobre seus direitos. Geralmente os que já participaram da CEPPAM, ou de algum evento tiveram acesso à informação.

Outro fator importante na questão Q25.18 – se o mobiliário está de acordo com as necessidades, desvio-padrão 1,59, onde os participantes apresentaram respostas dispersas em relação à média.

Nas questões Q25.3 e 25.4 – referente à inclusão das PPDs, desvio-padrão 1,17 e 1,32, se observa que no acolhimento as respostas são mais semelhantes, enquanto que no respeito por suas diferenças divergem mais.

As pessoas portadoras de deficiência assiste o direito inerente a todo e qualquer ser humano de ser respeitado, sejam quais forem seus antecedentes, natureza e severidade de sua deficiência. Elas têm os mesmos direitos que os outros indivíduos da mesma idade, fato que implica desfrutar de vida decente, tão normal quanto possível<sup>2</sup>.

Para os PPDs do GHC, o conceito de Qualidade de Vida no Trabalho está relacionado as condições do ambiente , ausência de obstáculos arquitetônicos, mobiliários adequados, ter remuneração justa, compatível com a função, ter prazer, gostar do que faz, ser reconhecido profissionalmente, credibilidade, relações de trabalho humanizadas, respeito ao outro, clima de harmonia e assistência médica boa.

---

<sup>2</sup> art.3º da Declaração dos direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência

O que é QVT	Sugestões para a melhora da QVT
“ter ambiente adequado, em boas condições para que possamos exercer nosso trabalho também com qualidade, equipamento bons, mobiliário adequado para deficientes	“Melhorias na área física, investimentos em material de trabalho, da iluminação, corrimão nas escadas, identificação dos locais de trabalho com letras maiores”
“bom relacionamento no local de serviço, e com os demais trabalhadores, ser respeitado dentro de seus limites” “ambiente harmonioso, respeito entre colegas e chefias” “boa chefia”	“saber ouvir todos os trabalhadores igualmente ” “conscientizar através da educação “ “acabar com a discriminação, ter respeito pelas diferenças”
“bom salário, ter salário compatível com a função, podendo prestar qualidade de serviço”,	“incentivo através do PCC”
“é a função que lhe dá satisfação e vontade de contribuir com a empresa, e por outro lado lhe dá um salário compatível” “é o trabalhador se sentir satisfeito com suas atribuições” “é a qualidade do trabalho realizado que satisfaz o profissional que o exerce e as condições adequadas que lhe são dadas”	“investir em cursos de qualificação, e treinamentos” “maior informação e melhor adequar as normas dos PPD’s” “maior empenho pessoal”
“ amar o que faz, fazer o que gosta, trabalho bem feito, ter prazer no exercício de suas atividades, sentir-se bem”	“maior ênfase na parte social dos funcionários”
“ ter atendimento médico, boa saúde”	“melhoramento do atendimento médico aos trabalhadores”
“ser reconhecido profissionalmente”	
“poder trabalhar tranquilo, ter boa saúde, ser respeitado, valorizado, educado, ter segurança física, emocional e mental, ser simpático com todos” “ter plena condição de exercer as atividades profissionais sem pressão psicológica”	“quadro adequado de trabalhadores em cada setor, de acordo com o número de pacientes” “maior confiança por parte dos profissionais de nível superior em relação ao nível médio”

**Quadro 2 – QVT – conceito e sugestões de melhorias**

Fonte: elaborada pela autora.

Os fatores em relação ao bem estar psicológico, emocional e social em situação de trabalho são citados. A “pressão psicológica” aqui pode ser entendida como a pressão sob os trabalhadores devido ao volume de trabalho, os prazos para o cumprimento de tarefas ou do superior. Nas instituições hospitalares, as equipes de saúde são submetidas a constantes estresses ocupacionais.

Muitos expressaram a necessidade de qualificação, através de treinamento, palestras. Consideram através da educação um meio para conscientizar a população na melhoria da qualidade de vida.



A sensibilização da população, por meio de campanhas, destinadas a eliminar preconceitos e outras atitudes que atentam contra o direito das pessoas a serem iguais, permitindo desta forma o respeito e a convivência com as PPDs.

Outra referência é a revisão da área física de modo a facilitar o acesso e o uso por parte das PPDs. O mobiliário e instalações adequadas a usuários com necessidades diversas, que possa ser utilizado pelos deficientes, obesos, altos, baixos. Um trabalhador pesquisado declarou: “os móveis não são humanos, os humanos têm de se adaptar”.

Os trabalhadores mostram-se insatisfeitos com o atual serviço de saúde oferecida pela Instituição aos trabalhadores.

Embora se reconheça que as pessoas estão mais conscientes, hoje sobre sua própria qualidade de vida, no cenário do País, a medicina curativa consome mais verba, quando deveria também ser voltada para a promoção da saúde, através da medicina preventiva.

A insatisfação e o estresse do empregado produzem na empresa efeitos que não podem ser negligenciados, entre os quais se inclui a elevação dos custos de assistência médica, absentismo, desmotivação e outros.

Considera-se importante cuidar das condições dos ambientes de trabalho, da satisfação e da saúde física e mental dos trabalhadores.

**Tabela 20 - Grau de satisfação dos trabalhadores PPD's pesquisados**

	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Totalmente satisfeito	09	30,0
Muito satisfeito	15	50,0
Pouco satisfeito	03	10,0
Pouco insatisfeito	-	-
Insatisfeito totalmente	1	3,3
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>93,3</b>

**Fonte: elaborada pela autora.**

A tabela 15 indica o grau de satisfação dos trabalhadores entrevistados em relação ao seu trabalho. A maioria afirma que se sentem muito satisfeitos em trabalhar no GHC, com o trabalho que executam, gostam do que fazem.

Para que uma pessoa se sinta comprometida com suas tarefas, sua empresa e com o cliente é preciso antes de nada, que se sinta bem no seu trabalho e que possa visualizar a organização valorizando seus esforços.

## 6 CONCLUSÃO

O estudo realizado no GHC teve o propósito principal analisar a QVT, segundo a opinião dos PPDs, trabalhadores na Instituição, e como segundo passo identificar os fatores críticos, bem como propor práticas que contribuam na melhoria da QVT.

A CEPPAM, sem dúvida, tem trabalhado no GHC a inclusão social, mas a lei por si só não muda a realidade social. O avanço das políticas públicas em favor das pessoas com deficiência dependerá da tomada de consciência clara, por parte delas próprias e que possam a se tornar atores principais assumindo a função de articuladores de um movimento. Para que uma sociedade seja inclusiva é preciso que haja uma cooperação no esforço coletivo.

Numa instituição hospitalar, muitas categorias são submetidas às situações geradas pelas próprias atividades inerentes à função, envolvendo inúmeros elementos negativos proporcionados pelo ambiente caracterizado pela enfermidade. Fatores específicos que impactam na qualidade de vida dos trabalhadores de um hospital como: excesso de carga horária, trabalho aos finais de semana, pressões de tempo, locais barulhentos, quentes, com pouca ventilação, ambiente dinâmico e estressante, gestão baseada no controle e autoritarismo são comuns .

O deficiente atendimento médico é o retrato da saúde atual, que não da conta da demanda. O trabalhador da saúde, que também é usuário do SUS, tem dificuldade de acesso a serviços especializados pelo SUS.

Nas condições do ambiente de trabalho são apontados problemas com o mobiliário e a área física. Importante a criação de um designer inclusivo, isto é projetado para tudo e para todos, universal, utilizável por todas as pessoas sem necessidade de adaptação. Portanto, projetado para usuários com necessidades diversas.

Uns dos atributos mais desfavoráveis são os sanitários, que em alguns locais não existe. A falta de identificação para o público e as condições de higiene consta nos resultados da pesquisa.

A discriminação é um dos temas mais delicados da área trabalhista, e interfere nas relações de trabalho. Muitas vezes, as pessoas são conscientes de que é preciso ajudar os deficientes, mas não se esmeram em fazer as coisas acessíveis. Para haver o acolhimento do deficiente é preciso integrá-lo no cotidiano.

Embora se tem trabalhado a humanização nos serviços prestados, em minha opinião, ainda falta melhorar as relações de trabalho entre os profissionais.

Além do preconceito estrutural, ou por causa dele, as pessoas com deficiência enfrenta barreiras de todo o tipo. Falta de sanitário, sinalização, escada, falta de rampas, obstáculo, falta de legendas, transporte coletivo, tudo é construído de forma a não incluir, na prática, a pessoa com deficiência. São necessárias medidas para eliminar ou minimizar as barreiras nas novas instalações que venham a ser construídas ou reformadas.

No resultado do estudo o conceito de QVT aparece associado à ambiente de trabalho agradável, bom relacionamento, humanização no trabalho, respeito pelos limites de cada pessoa, área física acessível, mobiliário e equipamento adequado, boa saúde, assistência médica, satisfação com o trabalho e salário justo, e satisfação profissional.

Embora os PPDs estejam muito satisfeitos em ser trabalhadores do GHC, apontam fatores que se melhorados, poderiam contribuir nos resultados da Instituição e na qualidade de suas próprias vidas.

Considerando os resultados da pesquisa, sugiro algumas medidas que certamente contribuiriam na melhoria da QVT dos trabalhadores e usuários do SUS:

- 1) Reavaliar o trabalho da CEPPAM, com objetivo de aumentar a participação dos PPDs;
- 2) Melhorar o acesso e a qualidade do atendimento médico ofertado aos trabalhadores em geral do GHC;

- 3) Elaborar programas para detectar alterações na saúde pelo envelhecimento da população trabalhadora;
- 4) Revisão dos serviços de higienização dos locais de trabalho;
- 5) Elaborar programas educativos, capacitando profissionalmente. Incluir temas de relações humanas no trabalho;
- 6) Na área física, em reformas ou construção de novos espaços incluir a opinião das PPDs ou da CEPPAM, e realizá-los de acordo com as Normas previstas na Legislação, com vista a melhoria da acessibilidade e mobilidade. Na questão do mobiliário, a adoção de um desenho universal.

A responsabilidade do gerenciamento da QVT é daqueles que coordenam tarefas e lideram pessoas, e têm algum grau de poder decisório sobre as políticas da organização.

Acredita-se que a realização deste estudo, seja um começo, que possa contribuir para a gestão mais eficaz dos recursos humanos na organização.

## REFERÊNCIAS

BOTINI, Joana; BRUNO, Paulo; BRANDÃO. **Deficiência e competência:** programa de inclusão de pessoas portadoras de deficiência nas ações educacionais do Senac. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios de diretrizes para NOB/RH-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição:** republica federativa do Brasil 1988. Disponível em: <<http://www.presidência.gov.br/legislação>>. Acesso em: 07 out. 2006.

BRASIL. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n. 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. **Presidência da Republica Federativa do Brasil.** Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislação>>. Acesso em: 07 out. 2006.

BRASIL. Decreto n. 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis n. 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. **Presidência da Republica Federativa do Brasil.** Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislação>>. Acesso em: 07 out. 2006.

CARVALHO, Antonio Vieira. **Recursos Humanos:** desafios e estratégia. São Paulo, Pioneira, 1989.

CERIGNONI, Francisco Núncio, RODRIGUES, Maria Paula, **Deficiência:** uma questão política? São Paulo: Paulus, 2005.

DAVIS, Keith; NEWSTROM, John W. **Comportamento humano no trabalho:** uma abordagem psicológica. São Paulo: Pioneira, 1992.

FERNANDES, Eda Conte. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FONSECA, Ricardo Tadeu M. O trabalho protegido do portador de deficiência. **Revista de Direitos Difusos**, São Paulo, 2000.

GONZAGA, Paulo. **Perícia médica da previdência social**. São Paulo: LTR, 2000.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>. Acesso em: 15 ago. 2006.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Qualidade de vida no trabalho**: conceitos práticos nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. **Revista Brasileira de Medicina Psicossomática**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 79-83, abr./jun. 1997.

PASTORE, Jose. **Oportunidade de Trabalho para Portadores de Deficiência**. São Paulo: LTR. 2001.

RODRIGUES, Marcus Vinicius Carvalho. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

VASCONCELOS, Anselmo Ferreira. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Caderno de Pesquisa de Administração**, São Paulo, v. 8, n. 1, jan./mar. 2001. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br>>. Acesso em: 15 ago. 2006.

WELTER, Martiane. Deficientes. **Zero Hora**, Porto Alegre, p. 4, 6 ago. 2006.

## **APÊNDICE**



**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**1º Parte Questões de inclusão dos PPDs e Qualidade de Vida no Trabalho**

1- Você sabe quantos PPDs trabalham atualmente no GHC?

1.  não 2.  sim

2 – Em sua opinião, quais os aspectos que mais têm dificultado a contratação de PPDs no GHC?.....

.....

.....

3 – Em sua opinião, há algum curso que considere importante à empresa oferecer aos trabalhadores?.....

.....

.....

4 – Considera importante a empresa capacitar os trabalhadores para o atendimento de PPDs usuários do SUS?

1.  não 2.  sim

Sugiro.....

.....

5- Você faz parte de alguma associação, sociedade, grupos das PPDs?

1.  não 2.  sim

Qual.....

.....

**6** – Você já se sentiu discriminado por ser uma PPD, dentro do GHC?

1.  não 2.  sim

**7** – No caso de ocorrência de problemas, no trabalho, relacionados com a condição de ser PPD, você saberia onde buscar atendimento?

1.  não 2.  sim

**8** – Qual o meio de transporte que você utiliza para ir ao trabalho?

1.  público (ônibus, trem, lotação)
2.  carro próprio
3.  carro próprio, porém necessito de motorista
4.  trajeto feito a pé
5.  cadeira de rodas e/ou outro transporte associado
6.  outro.....

**9** – Você tem alguma dificuldade de **acesso para chegar** ao seu local de trabalho?

1.  não 2.  sim

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> nas ruas e avenidas  | 4. <input type="checkbox"/> acesso ao prédio e interior do prédio |
| 2. <input type="checkbox"/> residência distante  | 5. <input type="checkbox"/> falta ou reduzido transporte público  |
| 3. <input type="checkbox"/> calçamento irregular | 6. <input type="checkbox"/> outro.....                            |

**10** – Durante seu trabalho você já enfrentou, ou enfrenta alguma barreira, por ser PPD?

1.  não 2.  sim

Especifique:.....

1.  arquitetura: escadas, degraus, portas, sanitários, corrimão
2.  arranjo mobiliário

3.  material, equipamento de trabalho
4.  dificuldade de adaptação à organização do trabalho
5.  relações no trabalho
6.  outras.....

**11** – Existe na sua Instituição sanitário para PPD's , utilizados por cadeirantes, pessoas com mobilidade reduzida, idosos, obesos...)?

1.  não 2.  sim

Quantos?.....

**13** - Indique seu grau de satisfação em relação aos atributos, a seguir, no trabalho na sua Instituição. Utilize a escala que apresenta uma variação de 1 até 5, onde 1 representa muito insatisfeito até 5 muito satisfeitos.

Atributos “satisfação”	Muito Insatisfeito					Muito Satisfeito
	1.	2.	3.	4.	5.	
ambiente físico	1.	2.	3.	4.	5.	
horário	1.	2.	3.	4.	5.	
relacionamento com colega	1.	2.	3.	4.	5.	
atividade ou tarefa	1.	2.	3.	4.	5.	
benefícios diversos	1.	2.	3.	4.	5.	
salário	1.	2.	3.	4.	5.	
relacionamento com chefia	1.	2.	3.	4.	5.	
Cargo que exerce	1.	2.	3.	4.	5.	
Considerando as questões a cima qual sua satisfação em ser funcionário do GHC	1.	2.	3.	4.	5.	

**14** – Quais as principais dificuldades que você enfrenta no seu trabalho atualmente, e que poderiam ser melhoradas?.....

.....

**15** – Em sua opinião, conceitue o que é qualidade de vida no trabalho.....

.....

.....

**16** – Em seu local de trabalho, você esta exposto a riscos?

1.  não 2.  sim

Especifique:.....

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> riscos biológicos      | 4. <input type="checkbox"/> riscos físicos     |
| 2. <input type="checkbox"/> riscos químicos        | 5. <input type="checkbox"/> riscos ergonômicos |
| 3. <input type="checkbox"/> trabalho ritmo intenso | 6. <input type="checkbox"/> outro.....         |

**17** – Com relação ao uso de Equipamento de Proteção individual:

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> não precisa usar             | 4. <input type="checkbox"/> preciso usar, mas não uso |
| 2. <input type="checkbox"/> preciso usar, mas não recebo | 5. <input type="checkbox"/> desconheço                |
| 3. <input type="checkbox"/> uso sempre que necessário    |   |

**18**– Você já trocou de setor?

1.  não 2.  sim

Por que.....

**19** – Qual sua maior preocupação atualmente, tratando-se de despesas suas e de sua família? Numere de acordo com a importância de 1 a 5.

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> moradia     | 4. <input type="checkbox"/> divertimento/lazer       |
| 2. <input type="checkbox"/> alimentação | 5. <input type="checkbox"/> educação                 |
| 3. <input type="checkbox"/> saúde       | 6. <input type="checkbox"/> outras preocupações..... |

**20** – Você faz revisão médica anual?

1.  não 2.  sim

**21** – Você faz uso de medicamento contínuo, e usa parte de seu salário para a aquisição?

1.  não 2.  sim

**22** – No cuidado de sua saúde você faz uso de que recursos ou serviços?

1.  SUS, no GHC
2.  no GHC, na Saúde do Trabalhador
3.  outro local com atendimento pelo SUS
4.  através de convênio ou plano de saúde
5.  outro.....

**23** – O que você gosta de fazer de lazer nos momentos de folga?.....

.....

.....

**24** – Visando a melhoria da qualidade de vida no trabalho, você gostaria de fazer algo diferente do que faz atualmente?

1.  não 2.  sim

Atividade?.....

**25** – Quais sugestões você pode oferecer para o GHC melhorar a qualidade de vida no trabalho?.....

.....

**2ª Parte – Assinale a alternativa que você acredita ser a mais correta em relação ao seu trabalho na organização (GHC).** Utilize a escala que apresenta uma variação de 1 até 5, onde 1 representa discorda totalmente até 5 concorda totalmente.

	Opiniões	Discordo Totalmente			Concordo Totalmente	
1	O GHC se preocupa com a qualidade de vida dos trabalhadores	1.	2.	3.	4.	5.
2	O salário supre as minhas necessidades pessoais	1.	2.	3.	4.	5.
3	No GHC os PPDs são acolhidos em seus locais de trabalho	1.	2.	3.	4.	5.
4	No GHC os PPDs são respeitados por suas diferenças	1.	2.	3.	4.	5.
5	Existe autonomia de decisão na resolução de questões diárias surgidas no trabalho	1.	2.	3.	4.	5.
6	Participo de reunião no grupo de trabalho regularmente/mensal	1.	2.	3.	4.	5.
7	Tenho conhecimento do produto final do trabalho que realizo	1.	2.	3.	4.	5.
8	O trabalho que realizo é reconhecido pela chefia	1.	2.	3.	4.	5.
9	Quando necessário tenho apoio da chefia para a realização das tarefas	1.	2.	3.	4.	5.
10	Recebo treinamento para realizar as minhas tarefas	1.	2.	3.	4.	5.
11	No GHC o relacionamento entre chefia e subordinados são bons	1.	2.	3.	4.	5.
12	No GHC o respeito e tratamento são justos por parte de sua chefia e superiores	1.	2.	3.	4.	5.
13	No GHC o trabalhador tem oportunidade de participar de decisões no trabalho	1.	2.	3.	4.	5.
14	Existe facilidade em participar de cursos, palestras oferecidas no GHC	1.	2.	3.	4.	5.
15	O sindicato colabora na Qualidade de Vida do Trabalhador	1.	2.	3.	4.	5.
16	No GHC os sanitários são mantidos limpos e adequados para o uso	1.	2.	3.	4.	5.
17	No GHC tenho oportunidade de sugerir melhorias sobre o trabalho	1.	2.	3.	4.	5.
18	O mobiliário e a disposição do mesmo, no meu local de trabalho esta de acordo com minhas necessidades	1.	2.	3.	4.	5.
19	Tenho conhecimento sobre a Lei das Cotas para PPDs	1.	2.	3.	4.	5.
20	Conheço a CEPPAM	1.	2.	3.	4.	5.
21	A alternância de poder “dirigentes” tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida no trabalho	1.	2.	3.	4.	5.

### 3ª Parte - Perfil dos respondentes

1 -Sexo: 1.  Masculino 2.  Feminino

2 - Idade: \_\_\_\_\_

3 - Escolaridade:

1.  1º grau / ensino fundamental
2.  2º grau / ensino médio
3.  Superior
4.  Pós-graduação / especialização

4 - Estado Civil:

1.  Solteiro
2.  Casado
3.  Separado/divorciado
4.  Viúvo

5 -Número de filhos:

1.  1 filho
2.  2 filhos
3.  3 ou mais filhos
4.  nenhum

6- Há quanto tempo trabalha no GHC?

1.  tempo inferior a 1 ano
2.  1 a 3 anos
3.  3 a 5 anos
4.  5 a 10 anos
5.  10 a 15 anos 15 ou mais

7 – Qual o seu cargo/ função? \_\_\_\_\_ Setor \_\_\_\_\_

8 – Qual a Unidade Hospitalar:

1.  HNSC   2.  HCR   3.  HF   4.  Postos Saúde Comunitária

9 - Qual sua jornada diaria de trabalho?

1.  6 horas   2.  8 horas   3.  noturno (12hs)   4.  plantão

10 - Você é portador de algum tipo de deficiência?

1.  não   2.  sim, sua deficiência é:

1.  Deficiência física – motora, hemiplegia paraplegia, pares ia, tetraplegia

2.  Deficiência sensorial – auditiva, visual, da fala

3.  Deficiência mental ou intelectual

4.  Deficiência múltipla

5.  Reabilitado

6. outra.....

12 – Neste momento, em relação ao seu trabalho, você se sente?

1.  totalmente satisfeito

2.  muito satisfeito

3.  pouco satisfeito

4.  pouco insatisfeito

5.  insatisfeito totalmente