

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
DOUTORADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

JOYCE MARA GABRIEL DUARTE

**SER PROFISSIONAL DE SAÚDE COM DEFICIÊNCIA NO AMBIENTE
HOSPITALAR**

UBERABA – MG
2018

JOYCE MARA GABRIEL DUARTE

**SER PROFISSIONAL DE SAÚDE COM DEFICIÊNCIA NO AMBIENTE
HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: O trabalho na saúde e na Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

**UBERABA – MG
2018**

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

D872s Duarte, Joyce Mara Gabriel
Ser profissional de saúde com deficiência no ambiente hospitalar / Joyce
Mara Gabriel Duarte. -- 2018.
151 f. : il., fig., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

1. Pessoal de saúde. 2. Pessoas com deficiência. 3. Hospitais. 4. Trabalho.
5. Humanização da assistência. I. Simões, Ana Lúcia de Assis. II. Universi-
dade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614.253.5

JOYCE MARA GABRIEL DUARTE

**SER PROFISSIONAL DE SAÚDE COM DEFICIÊNCIA NO AMBIENTE
HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Doutor em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: O trabalho na saúde e na Enfermagem

23 de fevereiro de 2018.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Maria Cristina Pinto de Jesus
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Shamyrl Sullivan de Castro
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Suraya Gomes Novais Shimano
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico à minha família: meus pais e minha irmã que me apoiam e impulsionam em todos os momentos da minha vida. Esta conquista é nossa e foi construída com o amor e cumplicidade que me ensinaram.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Ana Lúcia de Assis Simões que, em toda esta caminhada, compartilhou de seus conhecimentos, orientou, confiou e me apoiou sempre. Serei eternamente grata pelo exemplo de profissionalismo, humanidade e ética.

Aos meus pais e à minha irmã pelo amor que diluía e amenizava qualquer dificuldade.

Aos meus avós José Gabriel (*in memoriam*), Maria José, Natalino e Noêmia pelo exemplo de dedicação à família e o carinho a mim dedicados.

Aos profissionais (com deficiência ou não) que participaram direta ou indiretamente deste estudo.

Aos hospitais e serviços de Recursos Humanos que contribuíram com as informações necessárias.

Às amigas Carolina Feliciano Bracarense e Nara dos Santos Costa, que contribuíram em cada etapa deste trabalho, e à amiga Jacqueline Faria pelo apoio e presença.

Aos colegas de trabalho do curso técnico em enfermagem do CEFORES (Neusa, Lilian, Karla, Vivian, Fernanda, Luciana, professor Célio) que compreenderam, ajudaram e incentivaram para que fosse possível esta realização.

Às amigas: Cintia, Karla e Nayara pelos “cafeterapias” que tanto colaboraram para que pudéssemos vencer mais esta etapa.

Aos professores e colaboradores do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde (PPGAS), meus sinceros agradecimentos, especialmente ao professor Dr. Vanderlei tão dedicado e preocupado até com nossas pesquisas qualitativas, e à professora Dra. Divanice Contim pelas dicas e contribuições que foram de grande ajuda. Apesar de não mais estar vinculada ao PPGAS, não posso deixar de agradecer à eterna Cida (secretária), pelo seu cuidado desde o mestrado.

Aos membros da banca de qualificação – profa. Dra. Suraya e Profa. Leiner – que contribuíram com importantes dicas para a melhoria e realização desta pesquisa.

Aos membros titulares e suplentes da banca de defesa pela disponibilidade e colaboração.

Aos juízes que participaram da etapa de validação de conteúdo com sugestões essenciais.

Aos meus alunos (técnicos de enfermagem e residentes) que me motivam a continuar nesta caminhada e busca por aprendizado.

RESUMO

DUARTE, Joyce Mara Gabriel. **Ser profissional de saúde com deficiência no ambiente hospitalar**. 2018. 149 f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) - Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

Deficiência pode ser física, sensorial, intelectual ou múltipla. Apesar de definições legais e científicas, é imperativo olhar para a deficiência como construção social. A Lei de Cotas estabelece reserva de vagas nas empresas, para garantir inclusão da pessoa com deficiência. O objetivo deste estudo foi compreender a experiência vivida quanto à ambiência no trabalho por profissionais de saúde deficientes que atuam em hospitais, em uma cidade de Minas Gerais. Pesquisa qualitativa que utilizou Fenomenologia Social, com profissionais de saúde deficientes. Realizadas entrevistas individuais, gravadas, transcritas na íntegra, seguindo roteiro semiestruturado, em dezembro de 2017. Para a organização dos dados, utilizou-se o software QSR Nvivo® - versão 11. Foi realizada análise compreensiva, segundo a fenomenologia social e análise de conteúdo. Incluíram-se 19 profissionais (técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, fisioterapeuta, técnico de laboratório, técnico em radiologia, técnico em anatomia e necropsia); 10 mulheres e 9 homens, média de 42,1 anos. O significado ao trabalho atribuído pelos profissionais foi constituído nas categorias: Contribuição para vida pessoal e Contribuição à sociedade. O conjunto de categorias “motivos por que” e “motivos para” fez emergir o tipo vivido “profissional de saúde com deficiência no ambiente hospitalar”, como sendo a pessoa/grupo que escolhe a profissão por motivos relacionados às próprias experiências ou não, planeja progredir profissionalmente e para isso busca aprimorar os conhecimentos e apresenta o desejo de continuar trabalhando, após a aposentadoria. Reconhece que a deficiência influencia no trabalho devido às diferentes limitações como dificuldade para ouvir, lentidão para realizar algumas tarefas, além de situações de preconceito. Refere a falta de acessibilidade no ambiente físico, tendo expectativa de promoção da humanização do ambiente para o profissional com deficiência, com vistas ao trabalho de equipe em favor de uma boa assistência ao paciente. Aponta sentir-se parte da equipe, embora vivencie preconceito ou protecionismo por parte dos colegas, mantém bom relacionamento com os pacientes, embora perceba atitudes negativas por parte deles. Com seus superiores mantém bom relacionamento, embora nem sempre se sinta apoiado. Suas expectativas em relação ao trabalho incluem ampliar o diálogo, a confiança e o trabalho em equipe, conseguir mais compreensão por parte dos pacientes sobre a sua deficiência, melhoria do acesso aos superiores para obter o atendimento às suas reivindicações

relativas às condições de trabalho. Os maiores desafios apontados para o trabalho foram: Desafios na vida pessoal, vida profissional, institucionais e Desafios do ser-profissional-deficiente. Os facilitadores foram: Facilitadores institucionais e pessoais. As sugestões para outras pessoas com deficiência eram de incentivo à superação da limitação e respeito a sua condição. Concluiu-se que são necessários programas transversais de inclusão que perpassem por todos os eixos da ambiência e por todos os atores envolvidos (profissionais de saúde com deficiência, pacientes, colegas de trabalho, gestores, familiares).

Descritores: Pessoas com deficiência; Pessoal de saúde; Hospitais; Trabalho; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

DUARTE, Joyce Mara Gabriel. **Being a health professional with a disability in the hospital environment**. 2018. 149 f. Thesis (PhD in Health Care) - Post-graduation *stricto sensu* in Healthcare, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

Disabilities can be physical, sensorial, intellectual, or multiple. Despite legal and scientific definitions, it is imperative to look at the disability as a social construction. The Brazilian Law of Allotment establishes that vacancies should be allotted for people with disabilities in companies, to guarantee that they are included. The objective of this study was to understand the experience of health professionals with disabilities in the work environment of hospitals, in a city of Minas Gerais. This is a qualitative research that used Social Phenomenology, with health professionals who had some form of disability. Individual interviews were performed, recorded, and transcribed in their entirety, following a semi-structured script, in December 2017. To organize data, the QSR Nvivo[®] software, version 11, was used. A comprehensive analysis was conducted, according to the precepts of social phenomenology and content analysis. Nineteen professionals were included (nursing technicians, nurses, physicians, a physical therapist, a lab technician, a radiology technician, an anatomy and necropsy technician); 10 were women and 9 men, with a mean age of 42.1 years of age. The meaning the professionals attributed to their work was separated in the categories: Personal life contribution, and Contributions to society. The group of categories “reasons why” and “reasons to” provoked the emergence of the lived type “health professional with disabilities in the hospital environment”, which is the person/group who chooses the profession due to reasons related to their own experiences or not, planning to progress professionally, and therefore, seeking to improve knowledge and presenting the desire of continuing to work after retirement. Participants recognize that a disability influences their work due to their different limitations, such as difficulties listening, slowness in the performance of some tasks, in addition to situations in which they were the victims of prejudice. They also mentioned the lack of accessibility in the physical environment, having some expectancies with regards to the promotion of a more humane environment for professionals with disabilities, as that would improve teamwork with the objective of making good healthcare available to the patients. The participants state to feel as part of the team — despite experiencing situations of prejudice or protectionism by their colleagues —, and to have good relations with the patients, despite noticing some negative attitudes on their part. They maintain good relations with their superiors, despite not always feeling supported by them. Their expectancies regarding work include

increasing dialogue, trust, and teamwork, having patients understand better their disabilities, and getting improved access to their superiors to get their demands regarding work conditions attended. The biggest challenges they indicated in their work were: Personal, professional and institutional challenges, and Challenges of the being-disabled-professional. The facilitators were: Institutional and personal. Suggestions for other people with disabilities were: encouragement to overcome limits, and respecting their health condition. It was found that cross-sectional programs of inclusion that traverse all axes of the environment and all actors involved (health professionals with disabilities, patients, work colleagues, managers, family members) are necessary.

Descriptors: Disabled Persons; Health personnel; Hospitals; Work; Humanization of Assistance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1- Relação de hospitais, quantitativo de participantes que atendiam ao critério de inclusão, quantitativo e motivos para exclusão.....	42
Figura 1 - Nuvem de palavras Significado do Trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.....	58
Figura 2 - Nuvem de palavras sobre Escolha da profissão, segundo profissionais de saúde com deficiência.....	62
Figura 3 - Nuvem de palavras do Planejamento da carreira profissional dos profissionais de saúde com deficiência.....	67
Figura 4 - Nuvem de palavras Influência da deficiência no trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.....	73
Figura 5 - Nuvem de palavras O ambiente de trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.....	79
Figura 6 - Nuvem de palavras Expectativas relacionadas ao ambiente de trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.....	85
Figura 7 - Nuvem de palavras Relações interpessoais no trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.....	97
Figura 8 - Nuvem de palavras Expectativas quanto às relações interpessoais no trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.....	105
Figura 9 - Nuvem de palavras Organização do serviço, segundo profissionais de saúde com deficiência.....	108
Figura 10 - Nuvem de palavras Desafios e Facilitadores no trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.....	117
Figura 11 - Nuvem de palavras Mensagem para pessoa com deficiência, segundo profissionais de saúde com deficiência.....	122
Quadro 1 - Instituições de Saúde e quantitativo de profissionais de saúde com deficiência, segundo setor de Recursos Humanos da Instituição.....	38
Quadro 2 - Perfil do Comitê de Juízes que participaram da validação de conteúdo.....	41
Quadro 3 - Relação dos entrevistados segundo sexo, idade, deficiência e tipo de deficiência.....	49

LISTA DE SIGLAS

a.C. – antes de Cristo

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CENSO – Recenseamento demográfico

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CIF – Classificação Internacional de Incapacidade e Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituição de Ensino Superior

OMS – Organização Mundial das Nações Unidas

PNH – Política Nacional de Humanização

RJU – Regime Jurídico Único

TA – Tecnologias Assistivas

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1 APROXIMANDO-SE DO TEMA.....	15
2 APORTE TEÓRICO.....	16
2.1 HISTÓRIA DA DEFICIÊNCIA.....	16
2.2 A PESSOA COM DEFICIÊNCIA	21
2.2.1 Perfil da população com deficiência.....	21
2.2.2 Alguns conceitos sobre a deficiência	22
2.2.3 A legislação que ampara o deficiente	24
2.2.4 A pessoa com deficiência e o trabalho	25
2.3 O TRABALHO NA SAÚDE	27
2.3.1 A ambiência no trabalho em saúde.....	28
3 OBJETIVO GERAL	32
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4 PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	33
4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	35
4.2.1 A Fenomenologia sociológica	35
4.3 O LOCAL DE ESTUDO.....	37
4.4 A POPULAÇÃO	38
4.5 COLETA DAS INFORMAÇÕES.....	42
4.5.1 Validação de conteúdo do roteiro de entrevista.....	42
4.5.2 Validação de face do Roteiro de Entrevista.....	43
4.5.3 Coleta de dados.....	44
4.6 ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DADOS	46
4.6.1 Análise dos dados para alcance dos objetivos específicos: 2, 3, 4, 5, 6 e 7	46
4.6.2 Análise dos dados para alcance dos objetivos específicos: 1 e 8	47
4.6.3 Análise dos dados socioprofissionais	48
4.7 ORGANIZAÇÃO E DAS INFORMAÇÕES.....	48
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS	50
5.2 SIGNIFICADOS DO TRABALHO	53
5.2.1 Contribuição à vida pessoal.....	53

5.2.2 Contribuição à sociedade.....	57
5.3 A ESCOLHA DA PROFISSÃO	60
5.3.1 Motivação pessoal	60
5.3.2 Motivação externa	62
5.4 PLANEJANDO A CARREIRA PROFISSIONAL.....	64
5.4.1 Progredir profissionalmente	64
5.4.2 Aposentadoria.....	67
5.5 INFLUÊNCIA DA DEFICIÊNCIA NO TRABALHO.....	69
5.5.1 A deficiência influencia no trabalho.....	69
5.5.2 A deficiência não influencia no trabalho.....	73
5.6 AMBIÊNCIA	75
5.6.1 O ambiente físico.....	75
5.6.1.1. Falta de acessibilidade.....	75
5.6.1.2 Eu me adaptei	78
5.6.1.3 Ambiente adequado	78
5.6.2 Expectativas para o ambiente físico	80
5.6.2.1 Humanização para o profissional	81
5.6.2.2 Humanização para o cliente.....	85
5.6.3 Relações sociais no trabalho.....	88
5.6.3.1 Relacionamento com colegas de trabalho	88
5.6.3.2 Relacionamento com pacientes	93
5.6.3.3 Relacionamento com superiores.....	96
5.6.4 Expectativas quanto às relações no trabalho	99
5.6.4.1 Expectativas quanto às relações com colegas de trabalho.....	100
5.6.4.2 Expectativas quanto às relações com pacientes.....	102
5.6.4.3 Expectativas quanto às relações com superiores	104
5.6.5 Organização do trabalho.....	106
5.6.5.1 Organização e processos adequados.....	107
5.6.5.2 Dificuldades da instituição	107
5.7 DESAFIOS E FACILITADORES AO TRABALHO.....	110
5.7.1 Desafios	110
5.7.1.1 Desafios na vida pessoal (motivo por que).....	111
5.7.1.2 Desafios da vida profissional (motivos para)	112

5.7.1.3 Desafios institucionais (motivos por que)	113
5.7.1.4 Desafios do ser-profissional-deficiente	114
5.7.2 Facilitadores	116
6.7.2.1 Facilitadores pessoais (motivos por que)	116
5.7.2.2 Facilitadores institucionais (motivos por que)	117
5.8 MENSAGEM PARA OS PROFISSIONAIS COM DEFICIÊNCIA	119
5.8.1 Superar-se	119
5.8.2 Respeitar seus limites	121
5.9 TIPO VIVIDO	124
6 CONCLUSÃO.....	126
7 REFERÊNCIAS	131
APÊNDICE A – PRIMEIRA VERSÃO ROTEIRO DE ENTREVISTAS	141
APÊNDICE B – SEGUNDA VERSÃO ROTEIRO DE ENTREVISTAS APÓS VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	143
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	145
APÊNDICE D - TERCEIRA VERSÃO ROTEIRO DE ENTREVISTAS APÓS VALIDAÇÃO DE FACE (VERSÃO FINAL)	148
APÊNDICE E – EXEMPLO MATRIZ ESTRUTURAL.....	150
ANEXO A – FOLHAS DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	151

1 APROXIMANDO-SE DO TEMA

Enquanto frequentava as aulas de um curso de pós-graduação *lato sensu* em Docência da Educação Superior, aproximei-me de um colega de classe muito ativo e participativo que possuía deficiência visual (cegueira total). Em uma de nossas conversas, enquanto eu já estava inserida no programa de mestrado em Atenção à Saúde, este amigo manifestou o desejo de prosseguir com os estudos e futuramente também ingressar em algum programa de mestrado.

Para aqueles da área acadêmica, sabemos que algo essencial é o cadastro do currículo na plataforma Lattes. Como eu estava vivenciando muito recentemente este mundo e havia atualizado há pouco o meu currículo Lattes, ofereci-me para ajudá-lo, visto que ele possuía computador adaptado com leitor.

No entanto, esta experiência teve resultados frustrantes. Apesar de possuir um computador adaptado e com uma versão atualizada do programa de leitura, descobrimos ao tentar acessar a plataforma Lattes que não havia compatibilidade desta com o programa utilizado, logo, realizamos tentativas de acessar outras importantes bases de dados em pesquisa, e tivemos o mesmo resultado.

Esta situação incomodou-me muito, pois este amigo demonstrou-se frustrado e desanimado quanto aos planos de tentar seguir os estudos. Vivenciar essa situação, colocou-me a refletir muito sobre a inclusão da pessoa com deficiência.

Além disso, durante a minha experiência profissional também me deparei nas equipes com profissionais de saúde com deficiência, e por vezes me questionei o quanto refletíamos sobre as limitações destes e oferecíamos adequadas e adaptadas condições de trabalho, se a instituição estava de alguma forma preparada para oferecer a este colaborador um ambiente físico, intersubjetivo e com processos inclusivos e transversais.

A fase mais atual que tenho experimentado, na docência, colocou-me novamente a questionar sobre meu papel, o meu preparo e o das instituições de ensino para receber o aluno com deficiência, para a formação na área de saúde. Destas experiências diversas e questionamentos, surgiu a motivação para desenvolver este estudo.

2 APORTE TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentados alguns apontamentos teóricos necessários para compreensão do tema.

2.1 HISTÓRIA DA DEFICIÊNCIA

Início este capítulo contando uma passagem pessoal e recente. Em um momento de dispersão, passeando por uma rede social, deparei-me com uma reportagem que me chamou atenção em uma página de militância e resistência negra. Inicialmente parecia-me um texto que levantava a discussão sobre o valor de vidas e corpos negros. Mas a história que se seguia instigou-me por me envolver em um detalhe adicional.

O texto contava a história de Júlia Pastrana, uma mulher nascida no México em 1834. Ela teria nascido com duas doenças congênitas – hipertricose e hiperplasia gengival, as quais alteraram sua aparência, resultando em excesso de pelos no corpo e rosto, e um queixo protuberante. Apresentava baixa estatura, as gengivas salientes e dupla fila de dentes (esta última característica é considerada duvidosa por alguns autores) (BEZERRA, 2017; JORNAL DE NOTÍCIAS, 2011; TERRON, 2016).

Júlia teria crescido como empregada doméstica na casa de uma família rica no México. Não há consenso nas histórias sobre quando Júlia começou a se apresentar em *Freak shows* (show de horrores), mas é considerado o único motivo por ter sobrevivido nessa época. Aos 20 anos, começou a viajar à Europa e aos Estados Unidos sendo apresentada como “mulher macaco”, “a mulher mais feia do mundo”, “Monga, a mulher macaco”, “mulher urso” (BEZERRA, 2017; JORNAL DE NOTÍCIAS, 2011; TERRON, 2016).

Um empresário artístico, Theodore Lent, viu em Júlia possibilidade de ganhos financeiros, começou a cortejá-la até conseguir convencê-la a se casar com ele. Então Lent tornou-se o seu empresário e passou a viajar exibindo a esposa e supostamente até vendendo passes, para que as pessoas pudessem vê-la em festas ou na sala da sua própria casa. O negócio rendeu bons lucros a Theodore (BEZERRA, 2017; JORNAL DE NOTÍCIAS, 2011; TERRON, 2016).

Júlia engravidou e, em 1860, seu marido decidiu tornar o seu parto um evento rentável, vendeu ingressos para que pudessem assistir ao parto de seu filho. A criança nasceu com as mesmas características da mãe, mas sobreviveu por apenas 35 horas. Júlia Pastrana teve

complicações pós-parto e, também, faleceu dias depois (BEZERRA, 2017; JORNAL DE NOTÍCIAS, 2011; TERRON, 2016).

Theodore Lent vendeu os corpos para um professor que os embalsamou. Quando descobriu que o professor os estava exibindo em um museu, Lent cobrou os seus direitos de família e conseguiu retomar os corpos mumificados, os quais colocou em uma plataforma de vidro e seguiu em uma turnê internacional por quase 20 anos, expondo os corpos da mulher e de seu filho. Há notícias de que quando o negócio deixou de se tornar lucrativo, Lent enlouqueceu e morreu internado em um hospital psiquiátrico (BEZERRA, 2017; JORNAL DE NOTÍCIAS, 2011; TERRON, 2016).

Os rótulos de “mulher macaco” e de “a mulher mais feia do mundo” escondiam as características de uma mulher inteligente (falava três idiomas), educada, que tinha uma voz doce e gostava de ler. Seu corpo percorreu vários locais, sendo exposto e somente em 2013 retornou ao México e foi enterrado dignamente (BEZERRA, 2017; JORNAL DE NOTÍCIAS, 2011).

Esta é a história de que se tem notícias da trajetória de vida e morte de Júlia Pastrana. Ao terminar a leitura da história que resumi acima, peguei-me aos prantos. Quanta história em uma história de vida, quão complexa e profunda é a temática da deficiência.

É impactante falar do tema desta forma, mas é necessário tentar reconstruir as representações e papéis sociais da pessoa com deficiência, no decorrer da história humana. Piccolo e Mendes (2012) afirmam que a relação sociedade e deficiência sempre foi conturbada, e a tendência é tentar apagar da história que nos apresentam esta vertente humana. Muitos dos obstáculos enfrentados hoje pelas pessoas com deficiências são resquícios da história (IGNARRA; CONTRI; BATHE, 2009).

No entanto, remontar a historicidade da deficiência se torna um grande desafio pela dificuldade em se encontrarem referências históricas da opressão e do local que a pessoa com deficiência ocupava no contexto da cultura da sociedade ocidental. A história humana costuma ser contada pelos detentores do poder, logo, há uma inclinação a ser escrito o que interessa a esses, possivelmente as pessoas com deficiência foram ocultadas nesses registros (BARNES, 1997; FRANÇA, 2014).

Na Pré-História e Idade Antiga, o homem conseguia alimento realizando a caça e precisava se defender e proteger o grupo dos predadores. O corpo era o que o indivíduo tinha a oferecer como instrumento para a própria sobrevivência e a do grupo. Portanto, a pessoa que

apresentava alguma deficiência ao nascimento ou no decorrer da vida era assassinada (IGNARRA; CONTRI; BATHE, 2009).

A cultura ocidental é fortemente influenciada pela sociedade grega. Na Grécia Antiga, o serviço militar era obrigatório, há registros de infanticídio de crianças, quando se identificava no ginásio alguma imperfeição, assim como há referências também da eliminação de bebês fracos ou com alguma limitação. Homem nesta sociedade era apenas aquele do sexo masculino e dono de bens, os demais eram considerados sub-humanos, portanto a deficiência não era vista como problema, as crianças com deficiência física eram abandonadas ao relento (ARANHA, 1995; BARNES, 1997).

Os deuses gregos eram a representação da perfeição física, exceto Hefesto, filho de Zeus e Hera, que apresentava uma deficiência física e por isso foi banido do céu pelo pai (representa uma tentativa de infanticídio). Afrodite se casou com ele por caridade, mas o casamento durou pouco pelo adultério realizado por Afrodite. Ou seja, a deficiência é associada à exclusão e impotência. Outro conto conhecido que relacionava deficiência ao castigo e pecado é a história de Édipo de Rex que, ao descobrir o seu incesto e que havia matado os pais, perdeu suas faculdades mentais e perfurou os próprios olhos (BARNES, 1997; FRANÇA, 2014).

Com a conquista da Grécia pelo Império Romano, esta cultura se espalha. Os romanos já tinham por hábito jogar as crianças doentes no rio Tigre. Quando a deficiência era identificada apenas tardiamente, no caso de incapacidades sensoriais e baixa estatura, essas pessoas serviam de diversão aos romanos em arenas de lutas contra mulheres e animais ou na posição de bobo da corte. Os corpos bizarros serviam, também, de entretenimento ao público na encenação de comédias em que se apresentavam as representações de tudo o que a sociedade não queria em seu convívio (BARNES, 1997; PICCOLO; MENDES, 2012).

No clássico da literatura, “O Corcunda de Notre-Dame” é personagem principal o Quasímodo, um homem descrito com deformações, coxo, morando em uma catedral – local que recebia pessoas doentes, crianças órfãs e deficientes. A história se passa por volta de 1482 e descreve bem elementos da sociedade parisiense à época. Há uma passagem em que perguntam ao Quasímodo como poderiam chamar-lhe e ele responde: “monstro” (PICCOLO; MENDES, 2012).

Em período anterior à Idade Moderna, a pessoa com deficiência era rotulada monstro. O corpo diferente, chamado monstro, resultava em diferentes atitudes e sentimentos por parte da sociedade: do riso, chacota, ridicularização ao horror, curiosidade e deslumbramento. Ao buscar significado para a palavra monstro, a sua raiz etimológica parece indicar aquele que

mostra algo, exhibe, apresenta, fazendo referência a alterações físicas (PICCOLO; MENDES, 2012).

Até então o corpo diferente era considerado predominantemente cômico, mas com as mudanças que ocorrem com o início da Idade Média, esta representação se modifica e se aproxima a um sentido maligno, por se associar à identificação com o demoníaco (PICCOLO; MENDES, 2012).

A sociedade na Idade Média se organiza em feudos, e a Igreja Católica Apostólica Romana se torna a principal instituição social. O cristianismo determina uma nova concepção à pessoa com deficiência, ao atribuir alma à pessoa com deficiência, portanto, este não pode mais ser exterminado. A deficiência passa a ser considerada como propósitos divinos ou possessão demoníaca. Conseqüentemente, as famílias passam a mantê-lo recluso, por ser indicativo de que a família estava sendo castigada por algum pecado cometido (ARANHA, 1994; BARNES, 1997; IGNARRA; CONTRI; BATHE, 2009).

A Bíblia traz várias referências que associa a deficiência a pecados. Jesus realizou 22 milagres, dentre estes 12 estavam relacionados à resolução de incapacidades físicas ou sensoriais (ARANHA, 1994; PICCOLO; MENDES, 2012).

Com a Revolução Burguesa, ao final do século XV, muda-se a organização social, e o capitalismo eleva lucro ao *status* de maior importância. As relações de trabalho se modificam, e o operário passa a vender sua força de trabalho. Nesta nova configuração, a pessoa com deficiência passa a ocupar o lugar de improdutivo (ARANHA, 1994).

Os avanços do saber e da medicina configuraram nova interpretação à deficiência, se distancia da concepção religiosa e passa a ser vista como problema médico. Surgem os hospitais psiquiátricos, onde aqueles que incomodavam aos olhos da população eram reunidos (ARANHA, 1994; FRANÇA, 2014).

As condições de vida na Idade Média eram precárias para toda a população, então não havia grandes desigualdades, o que se altera na Idade Moderna. As desigualdades se ampliam, e as pessoas com deficiência são vistas como aquelas que não contribuem com a sociedade. A discriminação contra a pessoa com deficiência acontece em todas as instâncias sociais: no trabalho, no casamento e nos locais públicos (ARANHA, 1994; BARNES, 1997).

À pessoa com deficiência passam a ser ofertadas três opções, simultâneas ou não: inserção em ocupações suplementares, institucionalização em hospitais, manicômios ou no próprio domicílio, e exibição em eventos pagos, os famosos *freak shows* (show de horrores) (PICCOLO; MENDES, 2012).

No início do século XVIII, os *freak shows* tornaram-se espetáculos rentáveis onde pessoas com imperfeições físicas, étnicas ou corporais eram expostas como aberrações. Esta mostra dos corpos diferentes como o estranho para entretenimento da população percorreu o Ocidente e se firmou nos Estados Unidos (PICCOLO; MENDES, 2012).

A segunda opção apontada relaciona-se ao Paradigma da Institucionalização da Deficiência, este consistia no confinamento em hospício, conventos e o ensino especial. No Brasil, século XIX, surgem as escolas reservadas ao ensino exclusivo de pessoas com deficiência (FRANÇA, 2014).

No século XVIII, com o Iluminismo e conhecimento científico, as explicações para as anormalidades do corpo passam à responsabilidade da biologia e da medicina, bem como o seu tratamento. O médico passa a definir o tratamento ofertado à pessoa com deficiência, fundamentado no isolamento da sociedade e na experimentação (FRANÇA, 2014).

O fortalecimento do capitalismo colocou o trabalho como elemento central da sociedade, toda força e energia do homem deveria servir exclusivamente a esta finalidade. O lazer e o entretenimento passam a ser condenados como desperdício, e os *freak shows* são proibidos em vários locais. A população que não consegue se inserir no mercado de trabalho é cada vez mais marginalizada e condenada à falta de perspectiva de mudanças, ao tempo em que se multiplicam os hospícios, asilos e presídios (PICCOLO, MENDES, 2012).

Em meados do século XX, o governo norte-americano comprometeu-se com a assistência à pessoa com deficiência em relação à educação e capacitação. O aumento do número de pessoas com doenças psiquiátricas, associadas ao pós-Primeira Guerra Mundial, pressionou o governo a assumir um posicionamento. Os soldados que foram feridos na guerra precisavam de reabilitação. Houve maior pressão à melhoria desses programas, ao final da Segunda Guerra Mundial, pois coincide com momento de falta de mão de obra e são criadas oportunidades de emprego a pessoas com deficiência. Há, pela primeira vez, o reconhecimento da capacidade de trabalho do deficiente e a conquista de um lugar de fala na sociedade (ARANHA, 1994).

É importante destacar outros avanços que ocorreram no século XX, como as vacinas, medicamentos, próteses e cadeira de rodas mais leves (IGNARRA; CONTRI; BATHE, 2009). Já na década de 1960, houve um grande crescimento do número de pessoas com deficiência e com grave comprometimento emocional decorrente da Guerra do Vietnã, consequentemente a questão do estigma e confinamento do deficiente agravou-se ao ponto de levar a reação da população em favor dos direitos desse grupo (ARANHA, 1994).

Como resultado desse período, surge a ideologia da normalização, tendo como finalidade incluir a pessoa com deficiência na sociedade, para que ela tenha condições próximas à de outras pessoas que não convivem com a deficiência. Os princípios da normalização influenciaram a desinstitucionalização, a integração social e a inclusão de pessoas com deficiência em escolas regulares (ARANHA, 1994; FRANÇA, 2014).

Nos Estados Unidos e países da Europa, as concepções e discursos resultaram de demanda e pressão social. Diferentemente do Brasil, em que pressões pela inclusão da pessoa com deficiência resultaram de um processo político (ARANHA, 1994; FRANÇA, 2014).

Apesar de ser o período pós-guerra que conferiu marco para levantar discussão e conquista de direitos para a pessoa com deficiência, outras causas para deficiência sempre estiveram presentes na sociedade e ainda estão na atualidade (SILVA, 1987).

Nessa perspectiva a deficiência precisa ser vista como significativo problema social. A sociedade continua produzindo novos indivíduos com deficiências por motivos evitáveis (SILVA, 1987).

Levantou-se até aqui um breve resumo da história da deficiência, apesar da escassez de registros e fontes que descrevam a vida da pessoa com deficiência, em momentos diferentes da história humana. É importante considerar esta construção histórica e, principalmente, olhar para as questões e desafios atuais da deficiência.

No capítulo a seguir, são apresentados panorama geral e a legislação mais recente que regulamentam direitos da pessoa com deficiência.

2.2 A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

2.2.1 Perfil da população com deficiência

Segundo o último Recenseamento Demográfico (Censo) realizado no Brasil, em 2010, o número de pessoas com deficiências permanentes (visual, auditiva, motora, intelectual) era de 45.606.048; ou seja, 23,9% da população brasileira declarou conviver com, pelo menos, uma das deficiências pesquisadas. Quando se considera a população economicamente ativa (com idade entre 14 e 64 anos), este número sobe para 24,9%. Nesse cenário destacou-se a região Nordeste, a qual concentrou os municípios com maiores porcentagens de pessoas com deficiência (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Aproximadamente 56% dos municípios mineiros acompanham a média nacional, enquanto os demais possuem porcentagens da população com deficiência com número acima de 23,9%. O município de Uberaba, onde se propõe desenvolver esta investigação, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2017, apresentava uma população total de 328.272. Quanto à deficiência, os dados disponíveis datam de 2010 e revelam 68.153 pessoas que relataram pelo menos um tipo de deficiência (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; 2017a).

Quando se consideram números relacionados ao tipo de deficiência, a visual afeta 55,5% do total de deficientes; seguida pela deficiência física, com 22,9%; temos em terceiro, a deficiência auditiva com 16,6%; e a deficiência intelectual corresponde a 5% das deficiências (MINAS GERAIS, 2008).

No Censo Brasileiro de 2010, considerando a população com mais de 10 anos de idade, com, pelo menos, uma das deficiências investigadas, 46,4% ganhavam até um salário-mínimo ou não possuíam rendimentos, ao passo que a população na mesma faixa de idade e condição com relação aos rendimentos, mas sem qualquer deficiência correspondia a 37,1%; uma diferença de quase 9% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Além de apresentar dados sobre os rendimentos, o Censo de 2010 também investigou sobre a taxa de ocupação, levando em consideração pessoas economicamente ativas. Os resultados demonstraram que a população masculina ocupada e com, pelo menos, uma deficiência era cerca de 10% menor que a do grupo correspondente sem deficiência; já as mulheres com deficiência apresentaram taxa de ocupação 7% menor que as mulheres sem deficiência. A condição da deficiência é um limitante para a inclusão dessas pessoas no mercado de trabalho, e maior impacto ocorre sobre a população deficiente masculina (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

2.2.2 Alguns conceitos sobre a deficiência

O Estatuto da Pessoa com Deficiência considera

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

A deficiência pode acometer diferentes funções e ser descrita como: deficiência física, sensorial (auditiva e visual), intelectual ou múltipla. É pessoa com deficiência física aquela que possui alteração total ou parcial em uma ou mais partes do corpo, o que compromete a execução de algumas atividades, pode ser caracterizada como paraplegia, monoparesia, tetraplegia, hemiplegia, hemiparesia, ausência de membro ou com deformidade congênita ou adquirida, paralisia cerebral, ostomia, entre outras variações (BRASIL, 1999).

Segundo o Decreto de Lei nº 3298 de 1999, a deficiência auditiva é caracterizada por prejuízo, completo ou parcial, bilateral da audição aferida por audiograma, utilizando diferentes frequências. Já a pessoa com deficiência visual pode ser considerada portadora de cegueira ou baixa visão, quando mesmo utilizando a melhor correção óptica sua capacidade visual continua limitada entre 0,3 e 0,05 no melhor olho (BRASIL, 1999; 2004).

A deficiência intelectual é caracterizada pelo desempenho intelectual abaixo da média, relacionada à presença de, pelo menos, duas limitações, como: comunicação, cuidado pessoal, habilidade social, trabalho, habilidade acadêmica, lazer, entre outras. É válido destacar que pode ocorrer a associação de duas ou mais deficiências, situação que se caracteriza como deficiência múltipla (BRASIL, 1999; 2004).

Apesar de definições legais específicas relacionadas à deficiência, que podem ser observadas e possuem referências científicas, é imperativo olhar para a deficiência como construção social (FRANÇA, 2014).

Não se pode deixar de citar a Classificação Internacional de Incapacidade e Saúde (CIF), esta é considerada importante avanço nas concepções relacionadas à deficiência por incorporar a questão da construção social da deficiência à visão médica (FRANÇA, 2014).

A CIF é uma classificação de saúde que permite uma linguagem única e um espectro para descrever a saúde e os estados relacionados a ela. Classifica saúde e domínios relacionados à saúde, auxilia na descrição de mudanças na função e estrutura do corpo, aquilo que a pessoa pode fazer em um ambiente comum, bem como, o que, de fato, ela consegue realizar no seu ambiente natural (ARAÚJO, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A classificação é aplicada a todas as pessoas, pois descreve a condição do indivíduo, considerando uma escala de domínios de saúde. Funcionalidade associa-se a todas as funções do corpo, inclusive a atividades e participação, logo, é sempre preciso levar em consideração fatores ambientais e individuais (ARAÚJO, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Todo indivíduo está sujeito a experimentar uma deficiência, é uma vivência humana comum. Nesta perspectiva todas as condições de saúde são iguais e podem ser comparadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Deficiência e incapacidade são resultados da inter-relação, condições de saúde (acometimento, doença) e fatores do contexto. São considerados fatores de contexto: fatores ambientais externos – como atitude social, estruturas arquitetônicas e sociais, até mesmo clima; fatores pessoais internos – gênero, idade, formação social, educação, profissão, experiências anteriores e atuais, comportamento, caráter e qualquer outro fator que possa influenciar a vivência da deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Qualquer pessoa está sujeita a adquirir uma condição que se caracterize como deficiência, em algum momento de vida (NERI et al., 2003), portanto, é importante que o assunto ganhe destaque nas políticas públicas sociais e de saúde nacionais e internacionais.

2.2.3 A legislação que ampara o deficiente

A Organização Mundial das Nações Unidas (OMS) estabeleceu o ano de 1981 como o ano internacional da pessoa com deficiência, com a proposta de mudança de paradigma (HOFFMANN; TRAVERSO; ZANINI, 2014; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1998).

No ano de 1983 aconteceu, em Genebra, a Convenção 159 da Organização Internacional do Trabalho, esta tratou sobre a Reabilitação e Emprego das pessoas com deficiência. Ficou estabelecido que cada país-membro deveria formular e atualizar regularmente a sua Política Nacional, de modo que garantisse equivalência de oportunidade aos trabalhadores com deficiência e normas adequadas para a sua reabilitação profissional (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1998).

A Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento que no Brasil adotou a nova tendência, deixar a exclusão e assistencialismo para tratar de inclusão (HOFFMANN; TRAVERSO; ZANINI, 2014). No capítulo II, dos Direitos Sociais, a Constituição proibiu qualquer tipo de discriminação quanto a salário ou admissão do trabalhador com deficiência, e no capítulo da administração pública garante reserva de percentual de vagas de concursos e empregos públicos para pessoas com deficiência (BRASIL, 1988).

Em outubro de 1989, foi promulgada a Lei nº 7853 que estabelece normas para garantir os direitos das pessoas com deficiência, tratando questões relacionadas à educação, à saúde e

ao atendimento a demandas específicas das pessoas com deficiência. No ano seguinte, a Lei 8112, ao estabelecer o regime jurídico único dos servidores, determina a reserva de 20% das vagas oferecidas nos concursos públicos a pessoas com deficiência (BRASIL, 1989; 1990).

Já em 1991, foi publicada a Lei nº 8213, esta traz normatização sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dedicou uma subseção para tratar a habilitação e reabilitação profissional, com a intenção de oferecer orientações sobre meios de capacitação e (re)adaptação profissional de pessoas incapacitadas para o trabalho e com deficiência. Esta lei também ficou conhecida como a Lei de Cotas para Deficientes, por determinar que empresas privadas com cem ou mais trabalhadores deveriam passar a ocupar de 2 a 5% das suas vagas com pessoas que foram reabilitadas ou com deficiência (BRASIL, 1991; LEAL; MATTOS; FONTANA, 2013).

É importante esclarecer que pessoas com incapacidades que não a impedem de executar normalmente atividades de trabalho – como aquelas com visão monocular ou surdez em um ouvido – não devem ser computadas, a fim de cumprir o preenchimento das cotas exigidas para as empresas (BRASIL, 2004).

Para ser beneficiada pela Lei de Cotas como pessoa reabilitada, esta deve ter passado por programa de habilitação/reabilitação profissional e possuir certificado expedido pela Previdência Social (BRASIL, 1991; 1999).

Evidências empíricas têm demonstrado que pessoas com deficiência e seus familiares tendem a ser mais susceptíveis a desvantagens sociais e econômicas comparadas às pessoas sem deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Como alternativa à situação de vulnerabilidade de pessoas com deficiência, foi decretada a Lei 8742/93 que dispõe sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que garante um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência que não tem formas de prover o próprio sustento ou que este seja realizado pela sua família (BRASIL, 1993).

2.2.4 A pessoa com deficiência e o trabalho

A inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho ainda é lenta, mas há leis no Brasil que estabelecem cotas nas empresas que visam a garantir a inclusão do deficiente nestes espaços (BRASIL, 1991; LEAL; MATTOS; FONTANA, 2013). Ações do governo podem modificar condições externas que influenciam diretamente na capacidade das pessoas,

refletindo em melhorias no bem-estar, liberdade, direitos humanos atendidos e capacidade de desenvolver determinadas ações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O capítulo III do Estatuto da Pessoa com Deficiência, que trata da igualdade e da não discriminação, afirma que toda pessoa com deficiência tem direito às mesmas oportunidades que as demais pessoas – sem deficiência – e não deverá ser submetida a qualquer tipo de discriminação (BRASIL, 2015).

A deficiência não afeta a capacidade civil do indivíduo, portanto a inclusão no trabalho deve ser realizada em igualdade de oportunidade com as demais pessoas, atendidas as necessidades de acessibilidade e, se necessário, utilizar recursos de tecnologia assistiva ou adaptações no ambiente de trabalho – independentemente do local de atuação (BRASIL, 2015).

A pessoa com deficiência tem o direito de gozar de todas as oportunidades que a atividade laborativa pode lhe proporcionar. O trabalho tem influência sobre a vida do indivíduo, ocupa papel organizador, oferece o sustento, oportuniza interação social, formação técnica, pessoal, cultural, reconhecimento, liberdade e satisfação (LEAL; MATTOS; FONTANA, 2013; ARAÚJO et al., 2014).

Marx (2008) refere-se ao trabalho como um processo caracterizado pela interação material do homem com a natureza, no qual o homem emprega suas forças, seu corpo e apropria-se de recursos da natureza para modificá-la. É o trabalho que diferencia o homem dos outros animais.

Diversos e contraditórios são os significados atribuídos ao trabalho. A etimologia da palavra deriva de *tripalium*, na Antiguidade este se relacionava à tortura e era associada a castigo (ARENDRT, 2010).

Na história, o trabalho está presente desde as comunidades que caçavam e coletavam frutos – 8.000 a.C. – e cada momento histórico partilhou uma cultura que influenciou na intenção, nas interpretações e nos modos de organização das atividades de trabalho (BORGES; YAMAMOTO, 2009).

A atual configuração do trabalho desenha um mercado globalizado, altamente competitivo, que visa ao lucro e que cada vez mais exige capacitação, especialização e alta produtividade. O trabalho tem sua vertente social, ou seja, atua sobre fenômenos coletivos, mas também tem influência sobre a subjetividade e as experiências individuais (LEAL; MATOS; FONTANA, 2013; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Quando o trabalho tem sentido para o indivíduo, este favorece a sua saúde mental, enriquece a sua identidade e é fonte de prazer, mas se está envolto por imposições, esse passa a inibir a criatividade, a liberdade e pode levar a adoecimentos (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Um estudo realizado com deficientes visuais trabalhadores abordou questões sobre o trabalho, e os entrevistados destacaram melhorias para a sua vida pessoal que foram associadas à inserção no mercado de trabalho, foram citadas: a construção de vínculos de amizade, a possibilidade de aquisição de bens materiais e independência, mas também houve a manifestação de insatisfação e a vontade de deixar o trabalho (BRAGA, 2010).

2.3 O TRABALHO NA SAÚDE

Vários são os locais e contextos onde se insere o trabalho, um destes é o setor da saúde. O trabalho na área da saúde possui particularidades, por vezes exige estreita relação entre trabalhador e cliente, as organizações de saúde geralmente possuem estrutura centralizadora, e os processos de comunicação são pouco transversais (BRASIL, 2017; NEAL-BOYLAN; FENNIE; BALDAUF-WAGNER, 2011).

O atual cenário da saúde envolve novos conceitos, ações e práticas humanas e participativas; não obstante, situações de estresse, longas jornadas de trabalho e necessidade de grande esforço físico são antigos desafios enfrentados pelos profissionais. Ademais relações interpessoais insuficientes, desvalorização profissional e baixo investimento em capacitação são condições frequentemente descritas como características do trabalho em saúde (FRANÇA; FERRARI, 2012).

Quando se consideram estas barreiras comumente já enfrentadas por profissionais de saúde, é necessário refletir sobre as dificuldades enfrentadas pelo trabalhador de saúde com deficiência.

As dificuldades no trabalho para pessoas com deficiência vão desde a acessibilidade física, como: falta de rampas, transporte adequado e obstáculos; até as barreiras atitudinais que configuram postura paternalista, excludente, preconceituosa, falta de empatia e impaciência (LEAL; MATOS; FONTANA, 2013; ARAÚJO et al., 2014).

O trabalhador com deficiência não sentirá vontade de permanecer em um local onde vivencie hostilidade, desrespeito ou que sua presença seja considerada apenas um ato de caridade (BRAGA, 2010).

Leal; Matos; Fontana (2013) realizaram uma pesquisa no Brasil com deficientes que atuavam em diversos setores e apontaram que há poucos estudos científicos que enfoquem a população com deficiência, o que aumenta as barreiras e dificulta a inserção deste grupo no trabalho.

No estudo de Chacala et al. (2014), os terapeutas ocupacionais entrevistados relacionaram a vontade de deixar o emprego à falta de acomodações adequadas para o desenvolvimento do trabalho.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência prevê que devem ser oferecidas adaptações no ambiente de trabalho, com fornecimento de dispositivos que se adaptem às demandas específicas do trabalhador com deficiência (BRASIL, 2015).

Mas, apesar da lei que lhes assegura estes direitos, deficientes físicos entrevistados em um estudo brasileiro relataram que a legislação não é respeitada, e muitas dificuldades são frequentemente enfrentadas nas empresas particulares e públicas (LEAL; MATOS; FONTANA, 2013; HOFFMANN; TRAVERSO; ZANINI, 2014).

2.3.1 A ambiência no trabalho em saúde

O ambiente tem grande impacto sobre as experiências e as limitações das pessoas. Um ambiente pouco acessível impõe barreiras que impedem a participação e inclusão do indivíduo em espaços que lhe são de direito. Clima e condições do ambiente do trabalho, assim como o acesso aos serviços de saúde, são fatores que influenciam até mesmo na condição de saúde do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de orientar estratégias que pudessem proporcionar atenção à saúde de forma holística, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2017).

Dentre as estratégias recomendadas pela política, o conceito de ambiência nos espaços de saúde chama a atenção para refletir sobre o ambiente como além de espaço físico, mas também como espaço coletivo, profissional e interpessoal (BRASIL, 2017).

O conceito de ambiência inclui três eixos que nunca devem ser dissociados, o primeiro considera que o espaço deve proporcionar privacidade e manutenção da singularidade dos indivíduos envolvidos, com destaque a alguns elementos do ambiente que se relacionam com os sentidos (cor, cheiro, som), de modo que possa oferecer conforto a profissionais e usuários do serviço de saúde (BRASIL, 2017).

O segundo eixo sugere que o espaço deve favorecer a construção de subjetividades – encontro entre as pessoas – que favoreça o agir e refletir sobre o processo de trabalho. Ao tempo que o terceiro eixo determina que o espaço pode ser ferramenta mediadora do processo de trabalho, de modo a beneficiar a assistência acolhedora, eficiente e humanizada (BRASIL, 2017).

A origem da palavra ambiência vem do francês “*ambiance*” onde o termo é compreendido como meio ambiente. O seu significado abrange não somente espaço físico, mas também a ação moral que este imprime sobre as atitudes das pessoas (BESTETTI, 2014).

Pensar os espaços considerando o conceito de ambiência pressupõe um avanço ao encontro da humanização, pois, entende-se que estes poderão possibilitar proatividade e postura participativa por meio do equilíbrio dos elementos que os compõe. Alguns elementos podem ser citados como capazes de alterar os espaços e oferecer ambiências atraentes e acolhedoras, como por exemplo: a iluminação, os odores, as texturas, cores, a privacidade, confortabilidade, entre outros (BRASIL, 2017; BESTETTI, 2014).

Quando se refere ao ambiente dos serviços de saúde, estes são vistos como locais frios e hostis, que por vezes expõem usuários e trabalhadores ao risco de negligenciar sua cultura, rotina e vontades. Cada indivíduo possui uma história construída e suas subjetividades, a partir destas irá produzir significados que terão repercussão sobre os sentimentos que resultam da interação com o ambiente (BRASIL, 2017; BESTETTI, 2014).

A ambiência constitui também espaço para a interação das pessoas, portanto é capaz de oferecer recursos para ação e reflexão daquelas envolvidas nos processos de trabalho e na construção de novas subjetividades. Se uma nova ambiência é construída, as pessoas podem também elaborar novos significados para este espaço, logo, o serviço de saúde pode tornar-se um local de trabalho aconchegante e capaz de produzir vivências agradáveis (BRASIL, 2017).

Ambientes humanizados e aprazíveis dependem não apenas do espaço físico, mas principalmente da postura dos indivíduos e seus comportamentos. Transformar o ambiente em um local mais interessante repercute diretamente no bem-estar, na eficácia dos indivíduos e no relacionamento interpessoal dos envolvidos no processo de trabalho (BESTETTI, 2014).

Um estudo, que se propôs a investigar processos em trâmite na justiça que trabalhadores com deficiência impetraram contra empresas, identificou como principal motivo das reivindicações os pedidos de adaptações adequadas no ambiente de trabalho. Outra solicitação que frequentemente apareceu nos processos relacionava-se a situações de discriminação no trabalho. O relacionamento com outros trabalhadores e gestores é abordado como determinante

para que a pessoa com deficiência tome a decisão de permanecer ou não no trabalho. Quando recebem apoio dos colegas e supervisores tendem a permanecer por mais tempo no trabalho (NEAL-BOYLAN, 2012; NEAL-BOYLAN et al., 2012; CHACALA et al., 2014; NEAL-BOYLAN, 2014; NEAL-BOYLAN; MILLER, 2015).

A inclusão e a permanência da pessoa com deficiência no mercado de trabalho ainda enfrentam diversos obstáculos, muitas vezes há desconhecimento quanto a sua competência, reais possibilidades e limitações para contribuir de forma ativa no processo produtivo (NERI et al., 2003).

Segundo Neal-Boylan, Fennie e Baldauf-Wagner (2011), poucos são os dados sobre profissionais de saúde que possuem deficiências, não se sabe número de enfermeiras com deficiência que atuam nos Estados Unidos e maiores informações sobre o seu trabalho.

As definições sobre a deficiência, muitas vezes, são discrepantes nos diferentes países, poucos documentos oferecem análise e respostas das políticas que foram instituídas nos países, o que dificulta comparar internacionalmente a incidência, as tendências da deficiência e a inserção do deficiente no mercado de trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Em revisão integrativa que foi realizada recentemente, buscando estudos que investigaram o trabalho de profissionais de saúde com deficiência, nos últimos cinco anos, encontra-se um número limitado de estudos; e todas as pesquisas haviam sido desenvolvidas nos Estados Unidos e Reino Unido.

Investigar o ambiente de trabalho do profissional de saúde com deficiência pode contribuir para que pessoas com deficiência possam refletir sobre as possibilidades e potencialidades deste mercado de trabalho.

Os profissionais de saúde com deficiência já inseridos no ambiente hospitalar podem se identificar nas falas de outros e encontrarem alternativas de enfrentamento, despertarem para seus direitos e visualizarem possibilidades de melhorias das condições e das relações de trabalho.

Ao dar voz aos profissionais de saúde com deficiência, os gestores inseridos em serviços hospitalares podem entender quais as principais demandas destes e propor ações efetivas que favoreçam a inserção e permanência da pessoa com deficiência no trabalho. A sociedade pode também conhecer as potencialidades do trabalhador com deficiência e lançar um olhar diferente para estas pessoas, construindo percepções que combatam estereótipos antigos e preconceituosos com relação à pessoa com deficiência.

A investigação sobre a ambiência hospitalar pode contribuir com questões que superam as situações relacionadas ao trabalho, visto que o ambiente físico, relações e organização do trabalho refletem diretamente na assistência oferecida aos clientes.

Considerando a falta de estudos recentes que investiguem sobre o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde com deficiência no Brasil, as dificuldades que as pessoas com deficiência enfrentam no mercado e no ambiente de trabalho, além das diversas particularidades que o setor da saúde possui, é proposta deste estudo a investigação sobre a ambiência vivenciada no trabalho por profissionais de saúde com deficiência que atuam em hospitais.

3 OBJETIVO GERAL

Compreender a experiência laboral vivida e as dimensões da ambiência do trabalho de profissionais de saúde deficientes, em hospitais de uma cidade do interior de Minas Gerais.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Identificar os significados do trabalho para os profissionais de saúde com deficiência.
- 2- Identificar as vivências que levaram a pessoa com deficiência à escolha pela profissão.
- 3- Identificar planos para a carreira profissional, segundo profissionais de saúde com deficiência.
- 4- Compreender as influências da deficiência no vivenciar o trabalho em saúde.
- 5- Conhecer a ambiência do trabalho de profissionais de saúde com deficiência.
- 6- Compreender as expectativas quanto à ambiência do trabalho em saúde, apresentadas pelos profissionais com deficiência.
- 7- Identificar os principais desafios e facilitadores no trabalho para o profissional de saúde com deficiência.
- 8- Descrever sugestões dos profissionais de saúde com deficiência, relacionadas ao trabalho, para outras pessoas com deficiência.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Considerando a proposta deste estudo que buscou compreender a experiência de profissionais de saúde com deficiência quanto à ambiência nos hospitais onde atuam, adotamos a abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa apresenta-se como um conjunto de práticas e ferramentas que permitem ver, construir representações e propor soluções condizentes à necessidade social. A investigação ocorre em cenário natural, descrevem-se momentos e significados rotineiros na vida do indivíduo, além de buscar melhor e mais profundamente compreender os fenômenos (FLICK, 2009; POLIT; BECK, 2011).

Diferentemente do que ocorre em pesquisas quantitativas, as qualitativas dedicam-se principalmente a capturar a intensidade dos fenômenos, suas peculiaridades e conceitos. O principal interesse não está na replicação, mas nas representações, significados, símbolos e ações, características que não a tornam menos científica (MINAYO, 2017).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo foi utilizado como método a fenomenologia. O método tem suas raízes na tradição filosófica, e a etimologia do termo fenomenologia é descrita como a ciência do fenômeno, do que surge à consciência, tentando compreendê-lo (OLIVEIRA e SILVA; LOPES; DINIZ, 2008; DARTIGUES, 2010; POLIT; BECK, 2011).

Na história, os primeiros registros da utilização do termo são em escritos de J. H. Lambert em 1764 e em textos de Kant em 1770, 1772 e 1781. Mas o termo ganha visibilidade na filosofia com a publicação de Hegel, a Fenomenologia do Espírito. Apesar das citações anteriores, é no final do século XIX, na Alemanha, que a fenomenologia de fato se inicia como movimento com Edmundo Husserl (OLIVEIRA e SILVA; LOPES; DINIZ, 2008; DARTIGUES, 2010).

A fenomenologia surge a partir de uma crise, levantando crítica ao pensamento positivista, mas também ao discurso metafísico especulativo. Husserl inseriu como nova orientação “ir às coisas mesmas”. A fenomenologia permitiu associar um sentido público à mente, ao raciocínio e à percepção. O pesquisador considera uma vivência que lhe é própria, para questionar o fenômeno em investigação. Nossa visão habitual não é capaz de destacar o fenômeno em si mesmo (OLIVEIRA e SILVA; LOPES; DINIZ, 2008; DARTIGUES, 2010; SOKOLOWSKI, 2010).

Se os fenômenos são dados por meio dos sentidos, então, eles se dão sempre como providos de um sentido e de uma essência. A fenomenologia orienta-se por garantir o sentido dado ao fenômeno. O mundo é um fenômeno, a se descobrir, a encontrar seu sentido e a chegar ao que de fato é (OLIVEIRA e SILVA; LOPES; DINIZ, 2008; DARTIGUES, 2010; SOKOLOWSKI, 2010).

É preciso considerar que há várias interpretações metodológicas da fenomenologia. A escola de Husserl é chamada descritiva, esta corrente considera a correlação do campo da percepção das coisas e da *coisidade* percebida, deste modo é possível relacionar aquilo que é visível ou ouvido com o corpo do Eu (POLIT; BECK, 2011; VERÍSSIMO, 2015).

A fenomenologia descritiva de Husserl tem como parte do método a redução fenomenológica, que requer deixar de fazer qualquer julgamento sobre a existência física. O que interessa é a essência da percepção, como esta é concebida na consciência. Os fenomenologistas descritivos dedicam-se a fazer um retrato detalhado de como as pessoas experimentam as “coisas” (POLIT; BECK, 2011; VERÍSSIMO, 2015).

Baseado nos ensinamentos de Husserl, Heidegger propôs a vertente da fenomenologia interpretativa ou hermenêutica, que terá como principal problemática: o Ser. A fenomenologia hermenêutica vai considerar que o fenômeno se mantém oculto, pois o mostrar-se não é um mostrar-se qualquer, mas de modo que possa alicerçar o seu sentido (OLIVEIRA e SILVA; LOPES; DINIZ, 2008; DARTIGUES, 2010; POLIT; BECK, 2011).

Além de Heidegger, outros autores também foram influenciados pelas ideias de Husserl, como: Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty e Alfred Schutz. Este último desenvolveu reflexões que deram origem à vertente sociológica da fenomenologia (OLIVEIRA e SILVA; LOPES; DINIZ, 2008; CASTRO, 2012).

A fenomenologia sociológica de Schutz tem como diretriz compreender a ação das pessoas no mundo social, considerando as relações intersubjetivas vividas nas experiências cotidianas (SCHUTZ, 1974). Perante esta particularidade da abordagem sociológica, entende-se que esta seria mais adequada para este estudo, visto que estudar a ambiência exige levar em consideração o cotidiano vivido pelo indivíduo.

4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.2.1 A Fenomenologia sociológica

Alfred Schutz nasceu em 1899, em Viena, cidade onde estudou Direito e Ciências Sociais, após retornar do campo de batalha na Itália. Seu primeiro trabalho importante foi escrito entre 1924 e 1927, mas é sua segunda obra, publicada em 1932, intitulada *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt* que irá agregar a base conceitual da sua fenomenologia sociológica. Schutz publicou 32 livros, outros quatro foram publicados postumamente, interrompidos por uma morte prematura em 1959, na cidade de Nova York (WAGNER, 1979; CASTRO, 2012).

Schutz se apoiou inicialmente nas obras de Weber e Husserl, posteriormente sofre influência de outros autores como Henri Bergson, William James e Max Scheler. Alfred Schutz estudou profundamente os pensamentos de Weber e Husserl e intensifica o entendimento sobre a ação do homem no mundo social, a partir dos pensamentos de Weber e com Husserl fundamenta a compreensão dos fenômenos sociais, considerando a intenção e a intersubjetividade (WAGNER, 1979; CASTRO, 2012).

Segundo Schutz, a ação é um comportamento adotado para com um objeto, trata-se de uma atitude consciente e voluntária do indivíduo que possui uma intenção. Os objetos do mundo estão acessíveis para serem conhecidos e possuem significados diferentes para cada pessoa, no entanto, apenas uma pequena parte do conhecimento de mundo deriva da experiência individual, em sua maior parte ele tem origem social (SCHUTZ, 1974; CASTRO, 2012).

O indivíduo nasce em um mundo social, tem suas experiências cotidianas e experimenta construções, a partir do lugar que ocupa no mundo. O mundo de vida cotidiano é a parte da realidade em que o indivíduo pode modificar, por outro lado, somente neste se é compreendido por outros semelhantes, é possível atuar junto a estes, e se pode construir um mundo circundante, comum e comunicativo. Deve ser entendido como o âmbito da realidade em que o homem pressupõe atitudes de sentido comum, pois não se trata de um mundo privado, mas um mundo intersubjetivo (SCHUTZ, 1974; SCHUTZ, LUCKMANN, 2003).

Cada parte da compreensão de mundo se passa em um acervo de experiências prévias, tanto pessoais, quanto aquelas transmitidas por seus semelhantes. Todas estas experiências, vividas ou que lhe foram contadas, fazem parte do seu acervo de conhecimentos, o qual serve como referência para sua interpretação de mundo. Todas as experiências no mundo se

relacionam, de modo que todos os objetos no mundo da vida se apresentarão em seu caráter típico, tal como é visto e compreendido por outros (SCHUTZ, LUCKMANN, 2003).

Acredita-se que o mundo, tal como é conhecido, assim permanecerá. Portanto o acervo de conhecimentos fornecido por meus semelhantes e formado mediante suas próprias experiências continuará tendo validade. Essa construção de conhecimento estará aberta a interpretações e ações, mas sempre terá como referência a situação biograficamente determinada (SCHUTZ, 1974; SCHUTZ, LUCKMANN, 2003).

Situação biograficamente determinada significa considerar que o indivíduo tem uma história, é a sedimentação de suas experiências anteriores, organizadas e que constituem o seu acervo de conhecimentos. Em qualquer momento da sua vida diária, o ser humano se encontra em uma situação biograficamente determinada, estará em um meio físico e sociocultural que o define e dentro do qual ocupa uma posição no sistema social (SCHUTZ, 1974).

Considerando a experiência de mundo vivida pelas pessoas, o conhecimento não se pauta em uma única realidade, pois terá tipicidade. Entende-se por tipificação ou tipicidade como um processo fundamental pelo qual o indivíduo compreende o mundo, em contínua transformação, refere-se a uma estrutura conceitual que agrega experiências conscientes do indivíduo ou um grupo no mundo social. É a ideia de senso comum. A tipificação social constitui uma estrutura que pode, a todo momento, alterar-se, decompor-se, reunir-se, dependendo da experiência social (SCHUTZ, 1974; CASTRO, 2012; JESUS et al., 2013).

Por configurar-se como uma elaboração objetiva, a tipicidade pode ser apresentada por uma linguagem significativa, que será entendida pelos que vivenciam uma situação semelhante. Desta forma, o entendimento, a partir da motivação existencial, possui um conceito subjetivo – por ser vivenciado pelos sujeitos – e um conceito objetivo – por ser referente a uma situação concreta, significativa e relevante para as pessoas envolvidas no fenômeno investigado (SCHUTZ, 1974; JESUS et al., 2013).

Outro conceito na fenomenologia sociológica que merece destaque é relacionado ao motivo. Há diferentes definições, na linguagem tradicional, para explicá-lo. Motivo pode ser entendido como o estado das coisas, o objetivo aonde se pretende chegar. Nesta perspectiva, é percebido como o “motivo para”, refere-se à ação futura, inicialmente idealizada, ou seja, é o motivo para realizar uma ação (SCHUTZ, 1974).

O motivo pode apresentar-se também no aspecto de “motivo por que”, esta concepção relaciona-se a vivências passadas que levaram o sujeito a executar a ação. É a temporalidade que caracteriza a relação entre projeto e motivo. O ator consegue apreender apenas o “motivo

para” da ação em curso. Para acessar o “motivo por que”, é necessário fazê-lo retrospectivamente, pois o ator não estará consciente durante a sua atuação, mas um pesquisador pode conseguir acessá-lo com base na ação executada (SCHUTZ, 1974; CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009).

Investigando os “motivos por que” e “motivos para”, é possível elaborar o tipo vivido, ou seja, a tipicidade de um grupo. O tipo vivido é um constructo desenvolvido pela reflexão sobre a vivência do sentido comum, observado em um determinado contexto no mundo social (CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009).

Portanto, neste estudo foi possível investigar um grupo específico que vivencia uma situação típica – profissionais de saúde com deficiência atuando em ambiente hospitalar.

Entende-se que é com base no cotidiano vivenciado por estes indivíduos que atuam, relacionam-se e se entendem no mundo social, que é possível existir o fenômeno, compreender a sua existência, partindo do ponto ser-no-mundo (MERIGHI, 2002).

Considerar-se-á ação a ser investigada neste estudo: o Trabalho. A ação é atuação social destinada a um determinado fim, esta será compreendida pela subjetividade do ator, apenas o indivíduo é capaz de definir seu projeto de ação, seu desempenho social. Portanto o entendimento do social direciona-se ao comportamento social em relação aos motivos, às intenções que orientam para a ação em relação aos motivos e às suas significações para o ator da ação (MERIGHI, 2002).

Retomando o aparato metodológico da fenomenologia social, foi questão norteadora para este estudo a compreensão da experiência laboral e a ambiência do trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência que atuam em hospitais. Levando em consideração que a ação social no trabalho, a partir dos “motivos para” e “motivos por que”, leva ao agir.

4.3 O LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no ambiente hospitalar. A escolha do local de investigação deu-se por este configurar-se com uma estrutura hierárquica pouco flexível, bem como são as suas rotinas, normas e horários. Possui também atividades e aparato tecnológico de maior complexidade, além de exigir maior preparo, atenção e qualificação do profissional que neste ambiente atua (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

O estudo incluiu hospitais públicos, privados e sem fins lucrativos na cidade de Uberaba – Minas Gerais. Em 1820, a região que era conhecida como Sertão da Farinha Podre foi

nomeada como freguesia e foi em 1856 que se elevou da condição de vila para cidade. A inauguração da estrada de ferro em 1889 atraiu imigrantes que se dedicaram à atividade pecuária, industrial e comercial, possibilitando a sua urbanização. Próximo à metade do século XX, já possuía faculdades de Medicina, Enfermagem e Odontologia (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Atualmente a cidade conta com uma população estimada de 328.272 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017a). Está localizada na região do Triângulo Mineiro, possui o sexto maior PIB de Minas Gerais e é referência para a macrorregião do Triângulo Sul em Alta Complexidade em saúde, assim como, é referência de Média Complexidade para a microrregião (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Para assistência à saúde de nível terciário, Uberaba conta com hospitais públicos, privados e beneficentes para atendimento da população residente e da macro/microrregião. Foram incluídas neste estudo as instituições de saúde cadastradas como hospitais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no qual, em consulta realizada, foram encontrados 12 hospitais assim cadastrados.

4.4 A POPULAÇÃO

Para encontrar os possíveis participantes desta pesquisa, buscou-se por profissionais de saúde com deficiência – física, sensorial ou intelectual – adquirida ou congênita, que atuassem nas instituições de saúde hospitalares de Uberaba e que estivessem vinculados ao setor de Recursos Humanos da respectiva instituição.

Para os fins desta pesquisa, considerou-se deficiente a pessoa que atendia à caracterização proposta pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015). Ou seja:

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

Foi considerado profissional de saúde o sujeito que possuía profissão informada pelo setor de Recursos Humanos da instituição de saúde que está descrita na lista de profissões de nível superior, estabelecida pelo Ministério da Saúde, ou que esteja descrita como profissão de nível técnico (ou afins) na seção de saúde no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (BRASIL, 2016).

Para obter informações relacionadas ao quantitativo e à lista de nome dos profissionais, foi realizado contato com o setor de Recursos Humanos de cada uma das instituições de saúde. No quadro abaixo, descrevem-se as informações obtidas sobre os profissionais de saúde das instituições de saúde contatadas.

Quadro 1- Instituições de Saúde e quantitativo de profissionais de saúde com deficiência, segundo setor de Recursos Humanos da Instituição.

Nome da instituição	Natureza jurídica	Número de funcionários	Profissionais de saúde com deficiência
Hospital A	Sem fins lucrativos	Sem informações	Sem informações
Hospital B	Entidade Empresarial	Sem informações	Sem informações
Hospital C	Sem fins lucrativos	-	4
Hospital D	Entidade Empresarial	Menos de 100	0
Hospital E	Sem fins lucrativos	-	0
Hospital F	Sem fins lucrativos	Menos de 100	0
Hospital G	Entidade Empresarial	Menos de 100	0
Hospital H	Administração Pública	-	Empregados federais – 13 Contratados pela Fundação – 0 Servidores federais – 7 + ?*
Hospital I	Sem fins lucrativos	-	1
Instituição J	Entidade Empresarial	Menos de 100	0
Hospital K	Administração Pública	-	-

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

*Nota: Não informado pelo setor de Recursos Humanos por não ter autorização expressa do servidor para fornecer dados.

Diante das informações referentes ao quantitativo de profissionais informado por cada uma das instituições, foram incluídos no estudo: Hospital C, Hospital H e Hospital I.

Hospital C é um complexo de oito prédios que se caracteriza como hospital geral de ensino, vinculado a uma Universidade. Possui um total de 220 leitos, 38 ambulatórios de especialidades e presta atendimento público, conveniado e particular a Uberaba e à região.

O Hospital H oferece atendimento terciário, de alta complexidade, a 27 municípios da macrorregião Triângulo Sul. É caracterizado como hospital geral, de grande porte, comportando 302 leitos. Oferece atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, é campo de estágio para cursos técnicos da saúde, graduação, residência médica, residência multiprofissional e pós-graduação (*lato sensu e stricto sensu*).

A outra instituição incluída na pesquisa foi o Hospital I, este se destina ao atendimento pediátrico e realiza atendimento pelo Sistema Único de Saúde, conveniado e particular.

O Hospital K não estava em funcionamento quando foi solicitada a autorização para realização da pesquisa a todas as instituições, levantamento dos dados junto ao setor de Recursos Humanos e submissão do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética (CEP). A Instituição J estava cadastrada no CNES como Casa de Saúde, no entanto oferece atendimento de nível terciário.

O Hospital A passava por momento de instabilidade, e foram realizadas tentativas de contato e solicitação de informações, sempre sem sucesso. O setor de Recursos Humanos do Hospital B informou que não autorizava pesquisas e fornecia informações sobre seus colaboradores.

Foi adotado como critério para exclusão do participante no estudo:

- Profissionais afastados (por licença-maternidade, paternidade, desligamento, afastamento por doença, aposentadoria), durante o período de coleta de dados;
- Determinou o limite de cinco tentativas de contato com o profissional, conforme escala informada pela instituição.

Realizou-se contato com as três instituições hospitalares que haviam informado ter profissionais contratados atendendo à reserva de vagas. Essas informaram nome, profissão, lotação dos participantes e autorizaram o início das entrevistas. No entanto, conforme apresentado no Quadro 1, o Hospital H possui três tipos de vínculo de trabalho, um setor de Recursos Humanos informou o quantitativo total de 13 profissionais de saúde lotados no complexo hospitalar como empregados federais.

Quanto aos profissionais que possuíam como vínculo o regime jurídico único, o setor de Recursos Humanos não pode informar lista completa com todos os nomes dos profissionais, alegando que o sistema informatizado, que atendia à lei e teria registro destes, fora construído

recentemente. O setor informou lista com sete nomes, dos quais apenas um profissional atendia aos critérios de inclusão e que havia ingressado há pouco tempo na instituição. Os demais (seis) nomes informados referiam-se a colaboradores que atuavam em área administrativa. Segundo o setor responsável, informações sobre os outros profissionais contratados em reserva de vagas para pessoa com deficiência eram consideradas confidenciais.

Primeiramente, o setor comprometeu-se a enviar um e-mail, elaborado pela pesquisadora, convidando os profissionais, que atendiam aos critérios e tinham suas informações confidencializadas, à participação na pesquisa e solicitando que entrassem em contato com a pesquisadora pelo endereço eletrônico informado. No entanto, com tal estratégia não se obteve resultado. Como segunda opção, adotou-se a amostragem em bola de neve.

A amostragem em bola de neve tem como característica ser não probabilística, esta técnica é utilizada para estudar grupos limitados, de difícil acesso, situações em que há poucos membros em uma população extensa e grupos estigmatizados ou reclusos (VENUTO, 2014).

O procedimento inicial consiste em encontrar documentos e/ou informantes-chaves; estes são chamados “sementes” e, por sua vez, podem indicar outras pessoas que atendem às características do grupo a ser pesquisado. As pessoas indicadas pelas “sementes” podem indicar outras que também atendam ao perfil do grupo pesquisado, assim, a cada entrevista há a possibilidade de se ampliar o número de possíveis entrevistados (VENUTO, 2014).

Neste estudo determinam-se como “sementes” os profissionais que possuíam vínculo como empregados federais – dos quais o setor de Recursos Humanos havia informado os nomes e profissões. Portanto, a cada profissional entrevistado era solicitado que este indicasse outros profissionais, que atuassem no mesmo local e que atenderiam ao perfil investigado. Com uso desta estratégia, foi possível incluir mais sete profissionais que atendiam aos critérios estabelecidos.

As tentativas foram encerradas, a partir do momento em que não surgiam mais novos nomes recomendados. Segundo Venuto (2014), há um momento em que ocorre a saturação do quadro de entrevistados, e não aparecem mais novos indicados.

Para determinação do número de participantes entrevistados no estudo, adotou-se o critério de fechamento amostral por exaustão, procedimento que consiste na inclusão de todos os indivíduos elegíveis que fazem parte do universo definido para a pesquisa (FONTANELLA et al., 2011).

4.5 COLETA DAS INFORMAÇÕES

Para a coleta de informações, utilizou-se a entrevista aberta. Na entrevista aberta, é importante que o entrevistador assuma postura não diretiva, de modo a evitar que seja imposto o seu próprio sistema de referência. Deve-se dar chance ao entrevistado para introduzir tópicos próprios e novos, mas também é preciso atentar-se para que a conversa não permaneça apenas em enunciados gerais, ou seja, sempre estar atento ao grau de profundidade, visto que o objetivo é elucidar as percepções dos respondentes em relação ao mundo, portanto devem ser adotadas questões amplas (FLICK, 2009; POLIT; BECK, 2011).

Para atender à proposta do referencial metodológico, a entrevista deve ser orientada por questões ou tópicos que abordem a motivação, a qual ampara e impulsiona a ação (JESUS et al., 2013), ou seja, buscaram-se “os motivos para” e “os motivos por que”. Um roteiro semiestruturado foi elaborado pelas pesquisadoras, em que na primeira parte continha questões relacionadas a dados socioprofissionais e na segunda parte perguntas sobre o cotidiano e a ambiência do trabalho.

O roteiro de pesquisa foi submetido à validação de conteúdo e de face. A validade de conteúdo examina a capacidade das questões do roteiro de entrevista em representar o conteúdo e, para isso, o instrumento deve ser submetido à avaliação de *expertises* que irão avaliar a relevância de cada questão (FAYERS; MACHINI, 2007; POLIT; BECK, 2011).

4.5.1 Validação de conteúdo do roteiro de entrevista

O roteiro de entrevista foi enviado a um Comitê de Pesquisadores Independentes, com diferentes currículos. Inicialmente foi realizado contato por e-mail com cada um destes, convidando-os a participarem de forma voluntária da etapa de validação de conteúdo.

Cada membro do Comitê de Juízes recebeu por correspondência eletrônica (e-mail) o roteiro elaborado pelas pesquisadoras. No quadro abaixo, apresenta-se breve caracterização do comitê responsável pela avaliação do roteiro:

Quadro 2 – Perfil do Comitê de Juízes que participou da validação de conteúdo.

Juiz 1	Doutor. Psicólogo. Atua clinicamente e como docente.
Juiz 2	Doutora. Enfermeira e docente. Possui estudos publicados utilizando pesquisa qualitativa e na área de saúde mental.

Juiz 3	Doutora. Enfermeira. Possui estudos publicados utilizando como abordagem a fenomenologia social.
--------	--

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

A etapa de validação de conteúdo aconteceu nos meses de outubro e novembro de 2017. No Apêndice A, é apresentada a primeira versão que foi elaborada e enviada aos juízes.

O juiz 1 sugeriu adicionar três questões relacionadas à escolha profissional, funções realizadas e obstáculos no trabalho. As sugestões foram acatadas, e os questionamentos incorporados ao roteiro de entrevista.

O juiz 2 sugeriu reorganização das questões: inicialmente abordar questões relacionadas ao cotidiano de trabalho e após especificamente sobre a deficiência e o trabalho. A sugestão foi aceita e reorganizou-se o roteiro de entrevista.

O juiz 3 sugeriu a inclusão de três perguntas, estas completariam a roteiro de entrevista de modo que este pudesse capturar “os motivos por que” e “os motivos para”, atendendo ao proposto pelo referencial teórico da Fenomenologia Social, segundo Schutz.

A segunda versão do roteiro de entrevista, elaborada considerando as sugestões dos juízes, é apresentada no Apêndice B. Esta versão foi submetida à validação de face.

4.5.2 Validação de Face do Roteiro de Entrevista

A validade de face ou aparente reflete a compreensão dos itens de um instrumento, de modo que se questiona aos participantes e aos próprios pesquisadores se eles compreendem as questões ou, mesmo, se elas medem o que se propõem a medir (FAYERS; MACHINI, 2007).

Para cumprir este requisito, foi realizado um pré-teste do roteiro de entrevista pós-validação de conteúdo. Foram selecionados, para participar desta etapa, trabalhadores que segundo o setor de Recursos Humanos do Hospital H haviam sido contratados como servidores federais que preenchiam vagas reservadas a pessoas com deficiência, mas que atuavam em funções administrativas.

Após levantar a lista com nome dos colaboradores, os mesmos foram procurados individualmente e convidados a participar da pesquisa. Todos foram orientados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). A lista continha seis nomes de possíveis profissionais que poderiam ser entrevistados. No entanto, dois destes

estavam de férias no período de execução desta etapa. Portanto foram realizadas quatro entrevistas.

Assim como o proposto para o estudo principal, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. As entrevistas do pré-teste tiveram tempo médio de duração de 16 minutos e 1 segundo. Os entrevistados tinham média de idade de 39,25 anos; 50% (2) dos entrevistados eram do sexo masculino e 50% (2), do sexo feminino. Entre os cargos que assumiam na instituição, havia um auxiliar administrativo, dois assistentes administrativos e uma administradora.

Os entrevistados avaliaram o instrumento como de fácil compreensão; como resultado desta etapa identificou-se o roteiro de entrevista como compreensível e optou-se por excluir duas questões: a primeira que se relacionava à descrição das atividades e funções, entendendo-se que se tratava de funções muito diversas daquelas dos possíveis entrevistados no estudo principal, tal como ocorreu no estudo-piloto, além de pouco contribuir para atingir os objetivos propostos. A segunda questão eliminada foi: “Como é para você ser profissional de saúde? Como é ser profissional de saúde com deficiência?”, pois tais questionamentos já eram respondidos em outras questões, mostrando-se repetitiva.

Foi incluída uma questão que solicitava que o entrevistado deixasse um recado para outro profissional com deficiência, pois os entrevistados tiveram dificuldade em destacar assuntos relacionados à sua deficiência, foi uma estratégia para pensarem a deficiência no outro e que refletissem sobre si mesmo, além de dar voz ao entrevistado. A etapa de validação de face foi iniciada e concluída no mês de novembro de 2017. A versão final do roteiro de entrevistas é apresentada no Apêndice D.

4.5.3 Coleta de dados

Para realização das entrevistas, inicialmente foi realizado prévio contato com cada profissional, no intuito de proceder ao agendamento de data, horário, local e verificada a necessidade de adaptações para execução da entrevista.

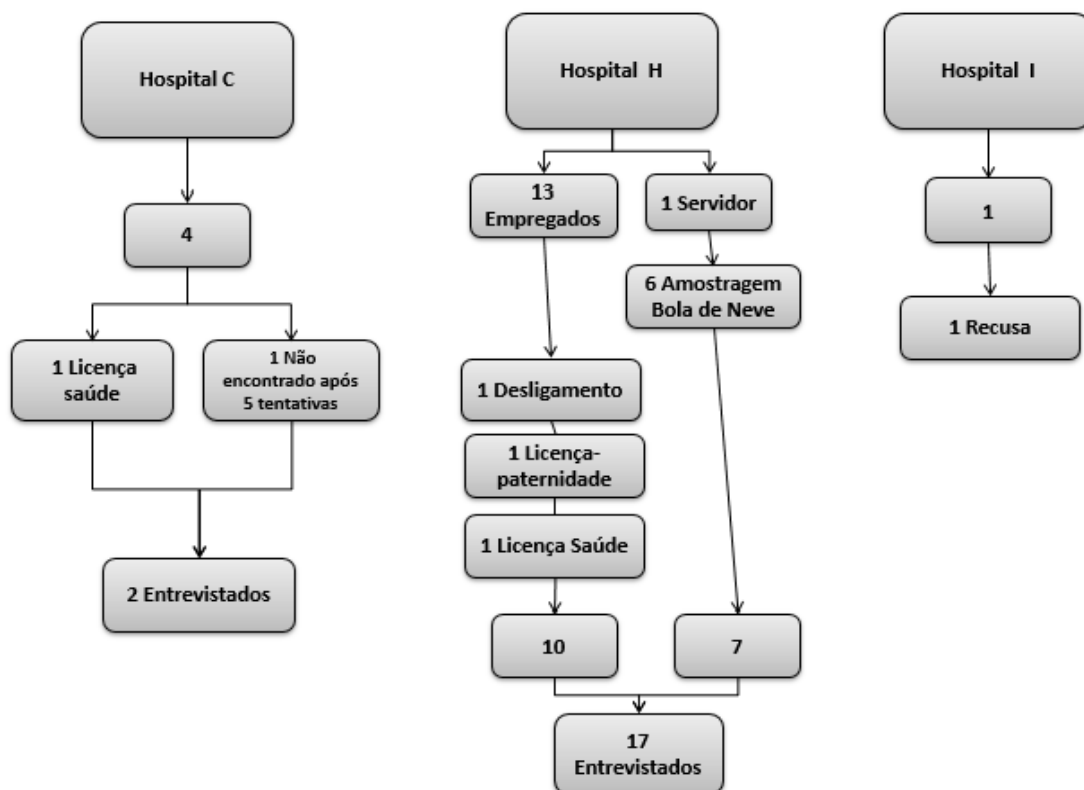
As entrevistas tiveram o áudio gravado por aplicativo de voz e foram posteriormente transcritas na íntegra. Todas aconteceram durante o horário de trabalho dos entrevistados, em local reservado, nos meses de novembro e dezembro de 2017, e foram realizadas pela própria pesquisadora.

Todos os participantes foram orientados sobre os objetivos do estudo, a garantia de anonimato, esclarecimentos sobre as condições de participação no estudo e sobre o TCLE (APÊNDICE C), o qual todos os participantes assinaram previamente ao início da entrevista.

Um profissional convidado à entrevista, deficiente auditivo e usuário de libras utilizou, para contato inicial, mensagens via o aplicativo de conversas *WhatsApp*, sendo solicitado apoio de uma tradutora de libras – do núcleo de acessibilidade, ligada à Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários – para acompanhar a entrevista, no entanto, o profissional recusou-se a participar. Os demais profissionais que possuíam deficiência auditiva dispensaram o uso de adaptação. Dois profissionais possuíam deficiência visual, um com baixa visão que dispensou adaptação do TCLE e o outro com deficiência visual total solicitou receber o termo por e-mail, para que pudesse utilizar o aplicativo de leitura.

No Fluxograma 1, apresenta-se a descrição do quantitativo de entrevistas e motivos de exclusão dos participantes. Foram realizadas 19 entrevistas.

Fluxograma 1- Relação de hospitais, quantitativo de participantes que atendiam ao critério de inclusão, quantitativo e motivos para exclusão.



No hospital H, foram excluídos três profissionais: um profissional solicitou desligamento pouco antes do início da coleta das informações; um profissional estava em licença-paternidade, segundo o regulamento da empresa, o profissional tem direito de gozar de 20 dias de afastamento por licença-paternidade, foram realizadas outras três tentativas de encontrar o mesmo, no entanto, este se encontrava de folga, entrando em licença-paternidade logo em seguida.

As entrevistas tiveram tempo médio de duração de 15 minutos e 23 segundos (com desvio-padrão de 10 minutos e 27 segundos; tempo mínimo = 7 minutos e 33 segundos e tempo máximo = 51 minutos e 23 segundos).

4.6 ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DADOS

4.6.1 Análise dos dados para alcance dos objetivos específicos: 2, 3, 4, 5, 6 e 7

Para organizar e proceder à categorização dos dados, seguiram-se os passos realizados em outras pesquisas em que estudiosos se basearam na Fenomenologia Social de Schutz (CALDEIRA et al., 2012; COSTA; MERIGHI; JESUS, 2007; MERIGHI et al., 2011; TRIGUEIRO et al., 2017; CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009; MUÑOZ et al., 2013; JESUS et al., 2016).

Segundo Jesus et al. (2013), o relato dos entrevistados sobre as suas motivações é um modo de expressar as suas intencionalidades. Portanto, deve-se buscar o entendimento intersubjetivo através da captação dos motivos da ação humana inseridos no contexto da experiência e conseqüentemente da ação que integra as relações sociais (JESUS et al., 2013).

Para análise das informações, foram levados em consideração os conceitos da Fenomenologia Social, conforme orientado por Schutz. Procedeu-se à leitura criteriosa e exaustiva dos relatos, a fim de capturar o sentido da experiência vivida pelos entrevistados, então, foram reunidas as partes mais importantes das entrevistas, para que pudessem constituir as categorias. Logo após, exploraram-se as categorias para que fossem apreendidos “os motivos por que” e “os motivos para” da ação nos relatos e, por fim, a discussão dos resultados foi orientada pelo referencial teórico da Fenomenologia Social e do conceito de ambiência. Essas etapas seguiram passos de pesquisas realizadas por Caldeira et al. (2012); Costa; Merighi; Jesus (2007); Carvalho; Merighi; Jesus (2009); Muñoz et al. (2013); Jesus et al. (2016).

Para Jesus et al. (2013), a assimilação e a descrição dos significados da ação são possíveis após leitura criteriosa e análise crítica das entrevistas, ou seja, a categorização, o que resultará na compreensão do fenômeno investigado. Deve ser entendido que, para compreender o fenômeno, é importante considerar que as ações humanas são compreensíveis se forem descobertas nelas as motivações do sujeito para a ação.

O pesquisador precisa estar atento durante a fase de análise, para manter-se fiel ao referencial teórico-filosófico proposto. Desde o início, a análise deve ser orientada de modo a fazer uma seleção fenomenológica – delimitar, categorizar e selecionar as unidades de sentido mais relevantes nos relatos para se apreender o fenômeno (MERIGHI; GONÇALVES; FERREIRA, 2007).

As categorias devem representar aspectos relevantes de ações que implicam os fenômenos sociais, assim como se apresentam no mundo social, e consideram tanto a reflexão dos sujeitos como o olhar do pesquisador (JESUS et al., 2013).

4.6.2 Análise dos dados para alcance dos objetivos específicos: 1 e 8

Para alcançar o objetivo específico 1 que trata da investigação do significado do trabalho, e o objetivo 8 que se dedicou a descrever mensagens deixadas pelos profissionais de saúde a pessoas com deficiência, utilizou-se a análise de conteúdo segundo proposta por Bardin (2011), na qual se usa a inferência fundamentada na presença ou ausência do tema, superando a simples contagem da frequência de aparição (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo é “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2011, p. 44); utiliza, ainda, indicadores – quantitativos ou não, a partir do tratamento das mensagens – para inferir conhecimentos sobre o objeto de estudo (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo organiza-se em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Na pré-análise, busca-se explorar as mensagens, por meio de leitura flutuante – primeiros contatos com o texto; escolha do universo de análise e delimitação do *corpus* (documentos a serem analisados); definição dos índices e indicadores (temas e categorias); e preparação do material de modo a prover condições físicas para a análise propriamente dita (BARDIN, 2011).

É na etapa de exploração do material que se aplica o planejamento da fase de pré-análise.

Realiza-se a codificação (adequação dos dados para que possam representar o conteúdo do texto), de acordo com os temas previamente determinados. Os temas são as unidades de significação que irão definir os recortes a serem realizados no texto. E então, os temas que possuem características similares são reunidos e classificados em categorias. A categoria, por sua vez, receberá um título genérico que representará, de forma simplificada, os temas que a compõem (BARDIN, 2011).

4.6.3 Análise dos dados socioprofissionais

Para traçar o perfil socioprofissional dos entrevistados, foi criada uma planilha de dados no programa *Microsoft Excel* e, posteriormente, foi importada para o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 16.0, onde se procedeu às análises estatísticas.

Submeteram-se os dados à análise exploratória, por meio de distribuição de frequências absolutas e percentuais para variáveis qualitativas, enquanto para variáveis quantitativas, foram utilizadas medidas de centralidade (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, valor máximo e valor mínimo).

4.7 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Para auxiliar na organização, processamentos e codificação das entrevistas, foi utilizada uma ferramenta computacional, o software QSR Nvivo® - versão 11, que auxilia no processo de agrupamento das informações e permite maior detalhamento, porém não dispensa o trabalho da pesquisadora na codificação dos relatos.

A codificação, utilizando o programa QSR Nvivo®, resulta da criação de matrizes estruturais. Este tipo de matriz reúne as informações dos entrevistados e os trechos dos relatos codificados em cada nó temático na forma de tabelas. No Apêndice E, apresenta-se um exemplo de uma matriz estrutural.

No software QSR Nvivo, cada indivíduo é considerado um caso, ou seja, uma unidade de observação. As informações – sexo, idade, estado civil – que se relacionam a cada caso são chamadas atributos; os relatos são chamados de fontes e são codificados pelos nós temáticos, estes últimos são temas, tópicos, ideias ou opiniões, como unidades de significação. Os nós

temáticos podem ser reunidos em conjuntos, que por sua vez vão formar as categorias (QSR, 2016).

O software conta com alguns recursos que permitem a criação de nuvens de palavras, de cluster de palavras, gráficos que resumem a frequência de codificação dos nós temáticos e atributos dos sujeitos, entre outros recursos (QSR, 2016).

Viégas; Wattenberg e Feinberg (2009) publicaram estudo sobre os usos e vantagens da visualização de palavras e a criação da nuvem de palavras. Concluíram ser essa importante ferramenta que possibilita vários usos e aplicações, é atrativa a faixas etárias diversas e permite ao usuário modificar, interagir e imprimir sua própria personalidade ao layout de apresentação da nuvem. A nuvem de palavras tem sido utilizada em pesquisas qualitativas no Brasil, a exemplo, a recente pesquisa fenomenológica de Reis e Menezes (2017) que apresentou a nuvem de palavras para destacar o significado da religiosidade para idosos.

Nesta tese, apresentam-se, no corpo do texto, as nuvens de palavras elaboradas como resultado das entrevistas para cada uma das temáticas discutidas. A nuvem de palavras resume as palavras que mais foram citadas pelos entrevistados, para abordar o tema investigado. A palavra apresentará maior fonte e espessura da letra, quanto maior o número de vezes citadas e pelo maior número de pessoas. Foram excluídas das nuvens as palavras com menos de três letras e que não se apresentavam significativas, como: pronome, adjuntos, interjeições.

A codificação dos nós temáticos neste estudo foi realizada também por outras duas pesquisadoras com experiência em pesquisa qualitativa, como forma de validação desta.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu as condutas éticas previstas pela Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) para pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do CEP da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pela Plataforma Brasil e foi aprovado com CAAE: 71607517.4.0000.5154, parecer número: 2.347.071, no dia 24 de outubro de 2017 (ANEXO A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas próximas seções, serão apresentados os resultados encontrados e serão discutidos de acordo com a literatura encontrada e referenciais teóricos adotados.

5.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Foram incluídos neste estudo 19 profissionais de saúde. Para permitir uma visão geral de algumas características dos entrevistados, apresenta-se o quadro abaixo:

Quadro 3 - Relação dos entrevistados segundo sexo, idade, deficiência e tipo de deficiência.

Entrevistado	Sexo	Idade	Deficiência	Tipo	Cargo
P1	Masculino	39	Física	Congênita	Téc. Enfermagem
P2	Masculino	32	Auditiva	Congênita	Téc. Enfermagem
P3	Masculino	32	Física	Adquirida	Téc. Enfermagem
P4	Masculino	28	Física	Adquirida	Enfermeiro
P5	Feminino	41	Física	Adquirida	Enfermeiro
P6	Feminino	50	Física	Adquirida	Enfermeiro
P7	Feminino	40	Física	Adquirida	Téc. Enfermagem
P8	Feminino	40	Física	Adquirida	Médico
P9	Masculino	37	Física	Adquirida	Enfermeiro
P10	Feminino	62	Física	Adquirida	Téc. Anatomia
P11	Feminino	54	Física	Adquirida	Médico
P12	Feminino	37	Física	Adquirida	Fisioterapeuta
P13	Feminino	37	Auditiva	Adquirida	Téc. Enfermagem
P14	Feminino	55	Física	Adquirida	Téc. Enfermagem
P15	Masculino	26	Física	Congênita	Téc. Laboratório
P16	Feminino	34	Auditiva	Adquirida	Téc. Enfermagem
P17	Masculino	52	Visual	Congênita	Médico
P18	Masculino	49	Física	Adquirida	Enfermeiro
P19	Masculino	55	Visual	Congênita	Téc. Radiologia

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Considerando o perfil dos profissionais entrevistados; 52,6% (10) profissionais entrevistados eram do sexo feminino, enquanto 47,4% (9), do sexo masculino. A idade média dos entrevistados foi de 42,11 anos (com desvio-padrão de 10,28 anos, idade mínima de 26 anos e máxima de 62 anos). Quanto ao estado civil, a maioria 52,6% (10) era casada; 31,6% (6) eram solteiros; 10,5% (2) relataram união estável e 5,3% (1) eram divorciados.

Estudo realizado no Brasil por Coutinho et al. (2017), incluindo trabalhadores com deficiência, encontrou maioria de homens (69,1%). Na pesquisa aqui apresentada houve maioria de mulheres, mas um quantitativo que diferiu apenas em um indivíduo entre homens (9) e mulheres (10). Tal achado é pouco comum na área da saúde como o estudo de Paiva et al. (2017) que incluiu 436 enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, houve uma correspondência de 79,4% mulheres. Já Bracarense et al. (2015) estudaram 123 profissionais integrantes da equipe de Estratégia de Saúde da Família onde mulheres representavam 92,68% dos entrevistados.

A evolução das práticas de saúde sempre esteve relacionada à organização social dos povos, nos diferentes momentos históricos. Os grupos primitivos nômades, quando começaram a cultivar a terra e formaram tribos, já dividiam funções de acordo com o gênero – os homens exerciam funções patriarcais, e as mulheres eram responsáveis pela prática do cuidar. Portanto, a mulher é considerada precursora dos cuidados que atendiam às necessidades de saúde dos indivíduos (GEOVANINI et al., 2010).

Censo realizado em 2000, que investigou detalhadamente a deficiência, encontrou maior quantitativo (53,58%) de mulheres com deficiência (NERI; SOARES, 2003). Apesar de vários estudos que envolvem profissionais de saúde, a maior porcentagem dos participantes identifica-se como do sexo feminino e, ainda, os dados do Censo indicam que entre os deficientes a maioria é também do sexo feminino, na investigação que foi realizada há quase uma equiparação de quantitativos.

Para Coutinho et al. (2017), mulheres com deficiência enfrentam um desafio duplo: a deficiência que acomete o corpo e a deficiência a qual a sociedade lhe impõe, visto que, historicamente, por diversas vezes na trajetória humana a mulher se viu diante da necessidade de lutar para que pudesse gozar de direitos civis básicos, incluindo o direito a inserir-se no mercado de trabalho.

Com relação à instituição de saúde, 89,5% (17) dos entrevistados estavam lotados no Hospital H e 10,5% (2), no Hospital C. Dentre os participantes, 36,8% (7) ocupavam o cargo de técnico em enfermagem; 26,3% (5) de enfermeiros, 15,8% (3) eram médicos, os demais

cargos: fisioterapeuta, técnico de laboratório, técnico em anatomia e necropsia e técnico em radiologia contavam com um representante, onde cada um representou 5,3% do total. O tempo médio de trabalho na instituição foi de 142,26 meses, com desvio-padrão de 128,87 meses, tempo mínimo de 27 meses e máximo de 384 meses.

A literatura evidencia estudos que investigaram profissionais de saúde com deficiência realizados em outros países apenas com enfermeiros (SHARPLES, 2013; NEAL-BOYLAN; FENNIE; WAGNER, 2011; NEAL-BOYLAN, 2014); enfermeiros e médicos (NEAL-BOYLAN, 2012; NEAL-BOYLAN et al., 2012), e um estudo investigou terapeutas ocupacionais (CHACALA et al., 2014). No estudo aqui apresentado encontraram-se profissionais inseridos em outras áreas da saúde. Segundo Neal-Boylan, Fennie e Wagner (2011), sabe-se muito pouco sobre o quantitativo de enfermeiras com deficiência no Reino Unido.

Outra característica investigada foi o tipo de vínculo de trabalho, sendo o mais frequentemente relatado o celetista, por 57,9% (11) dos profissionais, enquanto 42,1% (8) declararam vínculo jurídico único. A maioria, 73,7% (14), declarou ter apenas um vínculo de trabalho; 21,1% (4) afirmaram acumular dois vínculos e 5,3% (1) com três vínculos de trabalho, no momento da pesquisa. Considerando a qualificação dos profissionais, observou-se que 42,1% (8) possuíam especialização; 21,1% (4) com graduação incompleta; 10,5% (2) relataram ter graduação completa; 10,5% (2), ter mestrado e 5,3% (1), doutorado concluído.

Dois estudos internacionais (NEAL-BOYLAN, 2014; NEAL-BOYLAN; FENNIE; BALDAUF-WAGNER, 2011) que investigaram profissionais de enfermagem com deficiência identificaram entre seus participantes escolaridade parecida à aqui apresentada (pós-graduação *lato sensu* - especialização).

Ao analisar o Censo 2010, Neri e Soares (2003) encontraram maior percentual de deficientes com escolaridade acima de 12 anos. No entanto, quando se leva em consideração aqueles que possuem incapacidade grave, chega a 42,5% os que não possuem instrução. No compilado geral, pessoas com deficiência tinham um ano a menos de escolaridade comparada a pessoas sem deficiência.

É válido destacar que este estudo investigou um grupo seletivo, visto que para atuar como profissional de saúde é exigido curso de qualificação, para a maioria das funções, logo, é esperado também um maior nível de instrução dos participantes.

Se for levado em consideração o tipo de vínculo empregatício, segundo informações do Censo 2000, a porcentagem de inativos entre os deficientes chega a 89,1%; 0,13% é de

funcionários públicos e 0,71%, trabalhadores com carteira assinada (NERI; SOARES, 2003). A realidade investigada apresenta-se distinta, pois uma das instituições adota como forma de contratação o Regime Jurídico Único (RJU) e era critério para inclusão estar trabalhando no momento da coleta das informações.

A deficiência mais relatada foi a deficiência física correspondendo a 73,7% (14), seguida pela auditiva relatada por 15,8% (3) dos profissionais e a visual por 10,5% (2) dos entrevistados. A maioria, 73,7% (14), relatou ter adquirido a deficiência após ou durante o nascimento; 26,3% (5) relataram deficiência de origem congênita.

Os estudos de Sharples (2012), Neal-Boylan, Fennie e Baldauf-Wagner (2011) e Chacala et al. (2014) propuseram investigar apenas profissionais (enfermeiros e terapeutas ocupacionais) com deficiência sensorial. De acordo com o Censo 2010, a deficiência mais relatada foi a visual, seguida pela física e auditiva (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017b). Neste estudo não foram encontrados profissionais de saúde com deficiência intelectual.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, os estudos que investigam as condições socioeconômicas de pessoas com deficiência ainda são escassos, mas têm experimentado algum crescimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

5.2 SIGNIFICADOS DO TRABALHO

O primeiro objetivo deste estudo dedicou-se a compreender o significado do trabalho para os profissionais de saúde com deficiência. Emergiram dos relatos duas categorias principais: Contribuição para a vida pessoal e Contribuição à sociedade. De modo geral, os deficientes emitem sua percepção sem considerar ou relacionar o fator deficiência.

5.2.1 Contribuição à vida pessoal

Nesta categoria, reuniram-se relatos em que os entrevistados destacaram o trabalho como oportunidade de aprendizagem, crescimento, realização pessoal, como forma de adquirir responsabilidades e até como algo que edifica o homem.

[...] eu vejo uma oportunidade para mim aprender constantemente, né? Com um outro ser humano, comigo mesmo, né? Com a minha reação diante das situações diversas[...] P1

No trecho apresentado, o entrevistado cita a oportunidade de aprendizado pessoal que o trabalho lhe oferece. Oportunidade de aprendizagem foi o terceiro motivo mais citado como o que influenciou técnicos de enfermagem a participarem do processo seletivo para vaga de emprego em um hospital universitário de Goiânia (ABRAÃO et al., 2010). Para Leal, Matos e Fontana (2013), o perfil de profissionais que o setor da saúde tem buscado recentemente é do profissional engajado, disponível e interessado em um aprender constante.

Neste mesmo sentido, surgiram falas em que os entrevistados significaram o trabalho como forma de crescimento profissional e pessoal.

[...] é através do trabalho podemos crescer tanto pelo lado profissional, mas também pelo lado pessoal [...] P2.

França e Ferrari (2011), ao investigar índices de Burnout em profissionais de enfermagem, destacaram a importância do trabalho, ao possibilitar vivências que resultam em crescimento, mudanças, reconhecimento e autonomia pessoal. Quando o trabalho permite experiências significativas para o trabalhador, proporciona o sentimento de reconhecimento, senso de realização e de responsabilidade (HERZBERG; MAUSNER; SNYDERMAN, 1993).

O trabalho como realização profissional e pessoal foi também citado pelos entrevistados.

Eu acho que assim... O trabalho, ele completa você, eu acho que o trabalho é uma complementaridade de você como pessoa, e na minha visão, o meu trabalho, ele me realiza, então o trabalho pra mim é uma realização, não só como profissional, mas também como pessoa. P18

A realização citada como significado do trabalho parece ser uma resposta coerente, ao considerar a teoria da motivação conforme é proposta por Herzberg. No estudo que deu origem à teoria, a realização foi o fator motivacional mais citado nos relatos dos entrevistados (HERZBERG; MAUSNER; SNYDERMAN, 1993).

Dejours considera que quando o trabalho assume sentido, contribui para uma melhor saúde mental, é fonte de prazer e enriquece a identidade (SELIGMANN-SILVA, 2011). Os entrevistados conferiram ao trabalho significado de diversão, distração, como nos seguintes relatos:

O trabalho para mim é um momento de distração. P2

Pra mim eu considero até como uma diversão. Às vezes eu tô triste com alguma coisa em casa, eu chego aqui eu esqueço os meus problemas[...] P7

Hannah Arendt (2011) critica a tendência das atuais teorias sobre o trabalho a reduzi-lo a um meio de oferecer o sustento, classificando o trabalho como algo oposto ao divertimento. De modo que toda atividade que não seja essencial à vida ou à sobrevivência da sociedade passa a ser considerada um *hobby* ou diversão. No entanto, o trabalho como algo prazeroso ou uma atividade que o profissional gosta de realizar foi por vezes associada ao significado do trabalho.

É eu tenho prazer em trabalhar[...] P12

Eu gosto muito do que eu faço, eu gosto de trabalhar com parto, eu não me vejo fora disso aqui. P16

Beserra et al. (2010), no estudo realizado em sala de recuperação pós-cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva pós-anestésica, identificaram que os profissionais de enfermagem relataram gostar do trabalho e sentir prazer ao executá-lo. No estudo de Brito et al. (2010), em que abordaram profissionais que trabalhavam na área de saúde mental, os entrevistados disseram gostar, ter amor pela atividade que executam, apesar do estresse de trabalhar com este público específico.

O trabalho passou por uma ascensão dentre as atividades humanas, do desprezo da Idade Antiga à glorificação na Moderna, quando este passou a ser associado à produtividade, como uma forma de expressão da humanidade do homem (ARENDRT, 2011).

Dentre os relatos emitidos pelos profissionais, o sentido dado ao trabalho por vezes foi descrito como tudo, como algo muito importante para a sua vida.

O trabalho significa tudo, o trabalho significa vida, trabalho significa identidade, trabalho significa caráter. Trabalho significa tudo [...] Então, o trabalho pra mim significa tudo, tudo mesmo. Priorizo muito o trabalho, valorizo o trabalho, o trabalho é tudo. P19

O trabalho é uma coisa, é a segunda coisa mais importante da minha vida depois da minha família, é o meu trabalho. E assim, sempre foi uma coisa muito importante pra mim, sempre foi, graças a Deus. P8

Na pesquisa realizada por Neves-Silva, Prais e Silveira (2015) sobre grupo focal com trabalhadores com deficiência, destacou-se o trabalho como capaz de proporcionar vantagens e importantes ganhos à vida da pessoa com deficiência, como identidade, autorrespeito e

integração social. Em trecho destacado do grupo focal, um trabalhador expressa o trabalho como diversão e forma de conhecer outras pessoas.

Na pesquisa que aqui se apresenta, os profissionais também ressaltaram o trabalho como importante oportunidade de integração social.

O trabalho na minha vida é essencial, essencial porque a gente precisa desse convívio social, né? Independente da classe, da nossa classe social, da nossa, posição financeira, precisamos desse dia a dia com outras pessoas. P5

Piccolo e Mendes (2012) citam um momento da história humana em que era natural a institucionalização de pessoas com deficiência em asilos, hospitais psiquiátricos, retenção ou mesmo no próprio domicílio, longe do convívio social. Arendt (2011) discute o caráter privativo da privacidade, quando a um homem é impedido adentrar-se ao domínio público, configura, portanto, um estado de se encontrar privado até das mais altas e mais humanas capacidades do homem. Ela destaca que viver totalmente privado do convívio social e público impede o homem de se encontrar como inteiramente humano.

A subjetividade do indivíduo se concretiza com o partilhamento de significados, e esses são construídos socialmente. O trabalho se caracteriza como instância de caráter social, portanto, possibilita fenômenos também de caráter coletivo, ao mesmo tempo em que interage e contribui para com a construção das subjetividades (SELIGMANN-SILVA, 2011; KASSAR, 2000).

Dos seus múltiplos sentidos, o trabalho como uma necessidade natural ao homem, uma ocupação que edifica e confere responsabilidade, também foi citado pelos entrevistados.

Dizem que o trabalho edifica o homem, né? O homem sem o trabalho, né? Então eu penso que edifica o homem. P12

Arendt (2011) cita que vários filósofos defendiam que o trabalho deveria ser visto como a mais alta capacidade humana de edificação do mundo. Ao mesmo tempo, Arendt considera trabalho e consumo etapas de um mesmo processo, que é imposto ao homem pela necessidade da vida, ou seja, vive-se em uma sociedade de trabalhadores. Não importa o que se faça, supostamente será guiada como meio de prover o próprio sustento.

O trabalho como um meio de sustento é significado esperado a ser atribuído a este. Os profissionais citaram o trabalho como sustento, fonte de renda e “ganha-pão”.

É algo, que eu exerço como uma profissão, que traga dinheiro, que me sustenta. P4

Trabalho é uma forma da gente ganhar o ganha-pão[...] P6

No estudo de Coutinho et al. (2017), que incluiu profissionais de saúde com deficiência, salário foi o principal fator relacionado à qualidade de vida no trabalho. Salário foi, também, citado como atrativo para vaga de emprego por profissionais de enfermagem em um hospital de Goiânia-GO e como principal fator de satisfação no trabalho (ABRAÃO et al., 2010).

Neves-Silva, Prais e Silveira (2015) discutiram o tema relacionado ao BPC, oferecido pela Previdência a pessoas que comprovadamente convivem com alguma deficiência, com empregadores e deficientes. Destacaram que até recentemente, ao ingressar no mercado de trabalho, este benefício era interrompido e, por vezes, a pessoa com deficiência é o responsável pelo próprio sustento e o da família.

É importante destacar que quando se trata de números relacionados à ocupação, entre as pessoas sem deficiência a taxa de não ocupação fica em torno de 32%, ao tempo em que considerando pessoas com deficiência esta chega a 52% (NERI; SOARES, 2003). O BPC apresenta-se como alternativa que diminui as chances de que pessoas que convivem com deficiência e seus familiares não estejam expostos a situações de extrema falta de recursos (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

Neves-Silva, Prais e Silveira (2015) citam que, por vezes, a remuneração oferecida ao trabalhador é igual ou inferior ao benefício oferecido pela Previdência. Tal situação diverge da população investigada neste estudo, visto que se trata de grupo seletivo, que possui qualificação, parte significativa dos entrevistados é de empregados federais ou servidores federais que possuem certa estabilidade profissional e remuneração garantida.

5.2.2 Contribuição à sociedade

A outra categoria que foi construída, a partir dos relatos dos profissionais, incluiu relatos em que o entrevistado destaca a importância do seu trabalho para o outro ou para a sociedade. Como no relato abaixo em que o entrevistado associou ao trabalho o significado de doar-se, ajudar ao próximo.

Eu acho que essa área da saúde é uma coisa que assim, é literalmente você se doar para as pessoas, é você deixar às vezes sua família em casa pra estar disposto a ajudar quem tá precisando. Às vezes datas

comemorativas, aniversários, essas coisas, muitas vezes você deixa de estar com sua família, que é normalmente o que todo mundo faz, para estar em um ambiente, às vezes correndo algum tipo de risco, às vezes não tão legal como todo mundo encararia, mas você está lá disposto a ajudar, então eu acho que o principal nesta área da saúde, eu encaro como isso, como uma forma de tentar ajudar. P15

Em estudo com profissionais de enfermagem, o prazer no trabalho foi associado à oportunidade de contribuir na restauração e recuperação da saúde dos clientes. Os problemas do contexto de trabalho são amenizados pelo sentir-se bem ao cuidar do outro (BESERRA et al., 2010).

Pires (2013) levanta debate relacionado à classificação de um trabalho como ocupação ou profissão. Neste âmbito, descreve alguns atributos relacionados à profissão, dentre este: ser um trabalho que ofereça retorno à sociedade, que a população possa reconhecer o seu valor e necessidade. Os entrevistados destacaram também como sentido para o seu trabalho ser representativo ou oferecer retorno à sociedade.

[..] É de muita importância para a sociedade. P1

É uma forma de ter uma certa representatividade na sociedade. P6

Ao retornar à história, considerando o início da Revolução Industrial, por volta do final do século XV, é um momento em que há mudança nas relações de trabalho, é quando o homem passa a vender o seu corpo como força de trabalho, em troca de remuneração. Nesse período, era considerada pessoa com deficiência aquela improdutiva, que não poderia gerar riqueza e ainda precisava ter suas despesas de sustento pagas pela sociedade (ARANHA, 1995).

Tal estigma relacionado ao trabalho e à pessoa com deficiência surgiu no século XV, já são mais de 500 anos de evolução humana. Atualmente a pessoa que convive com deficiência está inserida no trabalho, oferece retorno à sociedade com seu trabalho, realizando atividades representativas.

Os significados relacionados ao trabalho identificados pelos relatos emitidos pelos profissionais de saúde com deficiência não divergiram em relação aos significados frequentemente atribuídos por profissionais sem deficiência. Buscou-se, portanto, discutir de forma geral o tema com estudos e teorias relacionados ao trabalho.

Como discutido neste capítulo, a taxa de ocupação de pessoas com deficiência, principalmente com incapacidades, é baixa; poucos estudos investigam este público e não foram encontrados outros estudos (internacionais e nacionais) que se dedicaram a investigar o significado do trabalho para o profissional de saúde com deficiência.

Abaixo será apresentada a nuvem de palavras que resume 30 palavras mais citadas pelos entrevistados para significar o trabalho.

Figura 1 - Nuvem de palavras Significado do Trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.



Fonte: Das autoras, 2018.

A nuvem de palavras resume os termos citados em maior frequência pelos entrevistados para significar o Trabalho. É importante ressaltar que o tamanho em que é apresentada a palavra na nuvem leva em consideração o número de vezes em que foi lembrada nas entrevistas e sua distribuição nos diferentes casos (sujeitos entrevistados). Ou seja, quanto maior e mais grifada a palavra aparece indica que por mais vezes foi citada e por diferentes entrevistados.

A nuvem apresentada é coincidente, reforça e resume as categorias que foram apresentadas como sentido para o Trabalho.

5.3 A ESCOLHA DA PROFISSÃO

Nesta etapa, serão apresentados os resultados que descrevem “os motivos por que” levaram os entrevistados a escolher a profissão atual. Os participantes apontaram Motivação pessoal e Motivação externa para a escolha da profissão ou área de atuação.

5.3.1 Motivação pessoal

Nesta categoria, apresentam-se falas em que os entrevistados relataram identificação, contato ou experiências prévias na profissão e vontade de atuar na saúde. Motivos relacionados às suas próprias experiências ou motivos pessoais.

Vivenciar alguma experiência de atuação profissional como paciente ou acompanhante foi apontado por alguns participantes como motivo para escolha em se tornar profissional de saúde ou profissional na área específica escolhida.

Desde criança eu fiz fisioterapia. P12

Porque, quando do AVC que eu tive, eu na época fui muito bem tratada pela enfermagem que me cuidou. Eu penso que por razões emocionais, eu acho, no meu caso. P14

A minha mãe ficou doente, eu fui cuidar dela, eu fui cuidar do meu marido também quando ele ficou doente e eu quis, eu me achei na profissão técnico de enfermagem [...] P7

No estudo de Moran et al. (2013), foram entrevistados profissionais com doença psiquiátrica que atuavam em locais de assistência à saúde mental. Estes apontaram motivação intrínseca e externa para o trabalho. Foram motivos intrínsecos, para o ingresso no trabalho, valores pessoais, como: ter um trabalho que o indivíduo julgasse ser significativo, importante, onde se sentia “chamado” ou com a missão de ajudar outras pessoas.

A maioria das experiências citadas estava relacionada ao conviver com a deficiência, foram relatadas situações de hospitalização, cirurgias e as sessões de fisioterapia durante a infância, todas as situações foram relatadas de forma positiva. O indivíduo pode sentir o desejo de devolver o carinho e cuidados recebidos, por já ter vivenciado a experiência, a partir de outra perspectiva.

Outra situação apontada pelos entrevistados como motivo para ingresso na profissão foi o surgimento de oportunidade para atuar na área da saúde ou conseguir estágio durante a formação.

Todos os meus outros estágios foram pra área da saúde, eu tinha que cumprir estágio obrigatório, então, o que eu conseguia era em laboratório, aí eu comecei a entrar em laboratório, comecei a conhecer a rotina, comecei a ver o papel de um biólogo dentro de um laboratório. Eu também não tinha essa noção, o que é que um biólogo podia fazer nesta parte de análises clínicas. Quando eu vi que não era assim, cara, era bem diferente, o que que a gente poderia atuar, o que que você poderia fazer. Tanto parte de assinar laudo, quanto ter responsabilidade técnica por um laboratório. Aí eu me apaixonei pela parte de análises clínica desde então, eu tô aí até hoje. P15

No relato apresentado, o entrevistado descreve a sua experiência de contato com a área da saúde durante sua formação, vivências que também foram contadas por outros entrevistados. Segundo a teoria sociológica, para os homens inseridos no ambiente natural da vida, o mundo não é apenas como se apresenta, o mundo cotidiano é intersubjetivo. O outro também é dotado de consciência, e esta é essencialmente igual à minha, de modo que a estrutura fundamental da realidade consiste no que é compartilhado, e será a partir do acervo de conhecimento, que se significarão as experiências (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003).

Vivenciar experiências que foram significadas como positivas, durante a formação profissional, resulta em maiores chances de o profissional se identificar e gostar da sua área de atuação. O gostar e a identificação com a profissão ou área da saúde foram aspectos citados pelos entrevistados.

Primeiro pelos cuidados, eu gosto de cuidar das pessoas. Acho que é isso, as pessoas precisam mais de gente que olhem pelo cuidado. P13

A identidade com o trabalho, porque realmente a câmara escura era um serviço e ainda é, porque ela não foi totalmente extinta, um serviço pra cego, porque você trabalha em um local totalmente escuro, muita das vezes a pessoa que não enxerga não consegue se adaptar à escuridão, né? E pra mim foi supertranquilo, então pra mim, modéstia à parte, o pessoal também fala bem, eu conseguia fazer um bom, trabalhei assim, com aquela certeza de que eu estava trabalhando com qualidade, e isso pra gente é muito importante. P19

No primeiro relato, o entrevistado expressa o gostar do cuidado, o que motivou a escolha por uma profissão que se dedica ao cuidado do outro. O trabalho na área da saúde tem um delicado e complexo objeto de trabalho – o corpo, o cuidado e a saúde do outro – desta forma,

espera-se que o trabalhador escolha a profissão por sentir afinidade, identificação, gostar e, de fato, sentir satisfação em executar sua função (ABRAÃO et al., 2010).

No segundo relato apresentado, o entrevistado destaca a boa adaptação que experimentou no trabalho em câmara escura, ele descreve a atividade como indicada para pessoas com deficiência visual e por se sentir bem acomodado, considerava fazer um trabalho de qualidade.

No estudo de Neal-Boylan (2014), o autor apresentou relatos de enfermeiras que disseram ter escolhido determinado trabalho, considerando suas limitações por causa da deficiência ou que escolheram uma área da enfermagem que se adapta às suas limitações.

5.3.2 Motivação externa

Nesta categoria, reúnem-se os relatos em que os entrevistados identificaram motivos aleatórios, externos às suas motivações e vontades pessoais e acabaram por outras consequências na profissão atual.

A profissão como oportunidade de formação disponível foi motivo apontado pela pessoa para ter se qualificado.

Porque eu consegui essa bolsa pelo PEP, que é do governo, programa de ensino profissionalizante, na verdade eu tinha me inscrito para técnico em radiologia, só que não tinha essa opção naquele ano, porque todo ano eles mudavam. Como eu queria trabalhar na área da saúde, aí veio a segunda opção enfermagem, aí foi isso, foi onde eu comecei a fazer o curso técnico. P2

Eu havia passado em engenharia e tive que vir para cá, com os meus pais, como não tinha faculdade no meio do ano aqui, eu acabei prestando um curso de auxiliar de enfermagem, só pra não ficar parado. P1

Nos relatos apresentados, os entrevistados expressaram que a qualificação ocorreu por ser a opção disponível no momento. Nem sempre é oportunizado ao deficiente a escolha pela qualificação de sua preferência.

O Brasil conta com leis e tem progredido na educação inclusiva, mas muitos são ainda os empecilhos para uma qualificação contínua e de qualidade para as pessoas com deficiência. A qualificação profissional é fator determinante para a maior empregabilidade dessas pessoas, segundo as empresas (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

Nas falas, os profissionais trouxeram também que foram escolhidos pela profissão.

Boa pergunta... Eu costumo dizer que eu não escolhi, que ela que me escolheu, né? P2

Não foi eu, eu fui escolhido na verdade. Mas gostei de ter sido escolhido pela profissão. P1

Nas falas, os entrevistados sugerem que uma força maior os encaminhou para o ingresso na profissão. Como se uma força religiosa ou dom divino os chamassem. Miss Florence Nightingale, considerada a precursora da Enfermagem Moderna, escreveu em uma de suas anotações em fevereiro de 1837: “Deus me chamou a seu serviço”; a partir de então, ela tornou a enfermagem e o cuidado dos enfermos sua missão de vida (PADILHA; BOREINSTEIN; SANTOS, 2015).

Os cuidados em saúde ainda carregam certa influência da Idade Média, quando esteve fortemente ligada à religião. Assim como os hospitais estiveram sob a administração de religiosas por muito tempo na história do homem.

O profissional associa a sua escolha pela profissão a vivências que ele julga pessoais ou impessoais, mas avalia de forma geral como algo positivo que, de alguma forma, contribuiu direta ou indiretamente em sua vida pessoal.

Logo a seguir, é apresentada a nuvem de palavras que resume as 30 palavras mais frequentemente associadas à escolha da profissão.

Figura 2 - Nuvem de palavras sobre Escolha da profissão, segundo profissionais de saúde com deficiência.



Fonte: Das autoras, 2018.

A nuvem apresenta em maior intensidade palavras que foram mais recorrentemente citadas. A palavra “enfermagem” aparece em destaque por ser a classe profissional que representa o maior quantitativo entre os entrevistados, seguida pelos profissionais médicos, referência a esta profissão também aparece na nuvem (medicina e médico). “Consegui”, “escolhi”, “cuidar” são palavras-chave que se associam às categorias elaboradas.

5.4 PLANEJANDO A CARREIRA PROFISSIONAL

Nesta etapa, serão apresentados os relatos em que os entrevistados expressaram “os motivos para” relacionados à profissão. Das entrevistas emergiram duas categorias: Progredir profissionalmente e Aposentadoria.

5.4.1 Progredir profissionalmente

A categoria Progredir profissionalmente reúne falas em que os entrevistados descrevem o desejo de oferecer contribuições à profissão; realizar pesquisas e intercâmbios para poder oferecer melhorias à profissão e ao serviço.

A profissão em si, como técnico de enfermagem é continuar realizando a minha função assim de maneira mais agradável, esperando sempre uma melhoria aí no atendimento, nos recursos, facilitando a nossa condição, espero poder contribuir muito ainda, nessa profissão. Mas pretendo assim é prosseguir na enfermagem mesmo, não pretendo trocar de profissão não. P1

Quando o profissional está satisfeito com a escolha profissional realizada, ele tem a intenção de permanecer na mesma. A rotatividade é frequentemente apontada como grande problema pelos empregadores, mas é importante considerar que é papel dos administradores, sobretudo em cenários hospitalares, repensar o local de trabalho, para que este permita ao profissional cuidar dos pacientes sem vivenciar frustrações e desejo de deixar o trabalho (NEAL-BOYLAN; FENNIE; BALDAUF-WAGNER, 2011).

Dois relatos diferiram dos demais pelo fato de os entrevistados relatarem o desejo de atuar na profissão de formação, visto que ambos cursaram ou estavam cursando graduação em profissão diferente daquela em que exerciam a função na instituição em nível técnico. Nesta situação, o profissional relata o desejo de deixar a profissão atual e seguir em outra área. Como no trecho apresentado:

A área da saúde, ela é um pouco desgastante, então eu terminando o curso agora, eu não sei se eu vou largar a saúde, vou para a biologia. Ainda é coisa a se pensar. P3

O trabalho em serviços de saúde tem características que podem contribuir para tornar o ambiente desgastante. A rotina de trabalho em turno pode causar perturbações biológicas e sociais, há a necessidade de grande esforço físico, repetitivo, diversas falhas ergonômicas, falta de recursos, além dos riscos biológicos, químicos e físicos relacionados ao ambiente (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011).

Enfermeiras com deficiência afirmaram ter escolhido o atual trabalho por exigir menor demanda física (NEAL-BOYLAN, 2014). Na melhor condição e adaptação do ambiente, o cenário hospitalar por si só já é considerado estressante pelas características que possui. Quando associadas a todas essas dificuldades, somam-se as limitações da deficiência, os empecilhos tornam-se maiores ainda.

Apesar das dificuldades, o desejo de continuar os estudos aprimorando conhecimentos e qualificar-se foram relatos frequentes entre os entrevistados.

Projetos profissionais que eu tenho é fazer uma outra pós-graduação voltada para gestão de processos, voltada para engenharia de produção para ser mais sincera, para ver se conseguia dar uma melhorada nesse sistema aqui dentro, esse é um projeto profissional. P6

Sim, eu estou, no caso agora, eu estou demandando tempo para eu progredir na minha carreira, fazer especialização, principalmente. Se eu permanecer nesse setor, que eu estou apenas há três meses, eu tenho interesse de me aperfeiçoar na área da radiologia. P9

Nas falas, os entrevistados expressam o desejo de aprimorar conhecimentos, especializar-se, principalmente com vistas a trazer melhorias para o próprio serviço.

Estudo que investigou a satisfação de profissionais de enfermagem, em um hospital, identificou associação entre a satisfação geral e escolaridade. A realização pessoal foi o item mais bem avaliado quanto à qualidade de vida no trabalho. Houve associação negativa entre escolaridade e realização pessoal, aqueles profissionais que tinham maior escolaridade, mas não atuavam no cargo correspondente, eram mais insatisfeitos (BACHA et al., 2015).

A qualificação pode ser fonte de realização pessoal, mas pode transformar-se em frustração, se o trabalhador não consegue expressar e oferecer sua máxima capacidade de trabalho qualificada à instituição. Para Bacha et al. (2015), quando a instituição oferece possibilidade de crescimento na carreira, há aumento da satisfação no trabalho.

Profissionais que ocupavam cargos de nível técnico, mas que já haviam cursado graduação e pós-graduação, foi a realidade encontrada também no estudo que aqui se apresenta.

Eu quero concluir, já tenho o mestrado, um doutorado... Essas coisas, às vezes focar para um outro lado, sem ser o da assistência. P12

Considerando o perfil dos profissionais que participaram deste estudo, a escolaridade mais frequentemente citada foi pós-graduação *lato sensu* (especialização), o que explica várias indicações em que o desejo de continuidade dos estudos é cursar pós-graduação *stricto sensu* (mestrado ou doutorado).

Por se tratar de instituição pública e oferecer como vínculo de trabalho o regime jurídico único, é direito do servidor a estabilidade no emprego, no entanto, a instituição não consegue realocar o cargo de seus profissionais de acordo com a nova qualificação destes. Realidade também encontrada no estudo de Bacha et al. (2015).

5.4.2 Aposentadoria

Nesta categoria, reuniu-se o relato de profissionais que expressaram chegar ao auge, final da carreira ou tem o desejo de não se aposentar.

Eu acho que eu cheguei em um momento da minha vida que eu cheguei entre aspas, assim no meu topo. Assim, eu sou professor, eu posso fazer mais o doutorado, mas eu sou professor da cadeira, aqui eu não tenho mais para onde ir. O meu consultório vai dentro, do momento atual, ele vai dentro de uma normalidade. P17

Eu vou me aposentar em um ano, se Deus quiser, se a lei não mudar. Daí eu vou continuar no consultório, mas, eu já tô terminando. P11

Nos relatos, os entrevistados expressaram que já não percebem muitas perspectivas para o crescimento e progressão na carreira profissional. Ou por já terem alcançado os cargos que desejavam ou por estarem próximos à aposentadoria e preferirem aposentar-se.

Discussões sobre a aposentadoria no trabalho de profissionais com deficiência precisam de maior destaque, são poucos os estudos que se dedicam a investigar o trabalho destes. E quando a discussão envolve questões relacionadas à Previdência, o foco geralmente está relacionado à concessão do BPC, regulamentado pela Lei 8742 de 1993.

O ciclo natural da vida no trabalho consiste na aposentadoria, quando da conclusão do tempo de trabalho exigido, por outro lado, nem sempre esta é a vontade do trabalhador, como no seguinte relato:

O único projeto futuro que eu tenho é não aposentar, só isso, e o povo fala: por que não? Eu falo, porque eu nem tô doente, então, só isso, eu fico me vigiando, pra não ficar com vontade de aposentar. A única coisa que me prende é não querer aposentar. E não é por ambição, é medo da atrofia mesmo. Esse eu tenho, atrofia mental. Então é isso que eu tenho medo, é de aposentar. P14

O entrevistado associa uma representação negativa à aposentadoria. O que é muito compartilhado ainda na sociedade. O momento de aposentadoria como passar a assumir um posto de passividade, isolamento da sociedade, além de tornar-se indivíduo improdutivo, inativo e incapaz (MARANGONI; MANGABEIRA, 2013).

A aposentadoria precisa ser tratada como um processo, em que é possível ao trabalhador rever seus conceitos e significados para o trabalho. O trabalho costuma assumir papel organizador na vida social das pessoas e permitir o desenvolvimento de habilidades profissionais e pessoais. Portanto é necessário um bom programa de orientação para a

aposentadoria para auxiliar na mudança de significado de improdutividade relacionada à aposentadoria (MARANGONI; MANGABEIRA, 2013).

Não se pode deixar de retornar aos antigos pressupostos de associação da deficiência à improdutividade. A atividade de trabalho é a maior prova de capacidade produtiva do indivíduo, quando a aposentadoria representa, também, o papel de inatividade na sociedade, pode retomar ou reforçar o sentimento de estar sendo empurrado novamente a um posto inferior na sociedade, não produtivo e passivo. Pressupostos que precisam ser combatidos.

Neste momento, apresenta-se a nuvem de palavras que irá resumir as 30 palavras mais frequentemente relacionadas aos planos profissionais e para a carreira, segundo os profissionais entrevistados.

Figura 3 - Nuvem de palavras do Planejamento da carreira profissional dos profissionais de saúde com deficiência.



Fonte: Das autoras, 2018.

A nuvem de palavras permite a rápida visualização das palavras mais emitidas pelos entrevistados com relação ao planejamento para a carreira profissional. Na nuvem apresentada, a palavra “fazer” aparece em maior tamanho e pode indicar que a maioria dos entrevistados tem a intenção de fazer algo, dar continuidade e progredir na carreira, visto que a palavra “aposentar” surgiu em tamanho menor. Outras palavras que merecem destaque se relacionam à escolaridade como: mestrado, doutorado, graduação e faculdade.

5.5 INFLUÊNCIA DA DEFICIÊNCIA NO TRABALHO

Um dos questionamentos realizado buscou captar na visão do profissional, como a deficiência influencia no seu trabalho, buscando identificar os “motivos por que”. Foram construídas duas categorias: a deficiência influencia no trabalho e a deficiência não influencia no trabalho.

5.5.1 A deficiência influencia no trabalho

A primeira categoria a ser apresentada é a categoria em que os entrevistados disseram que a deficiência interfere nas suas atividades de trabalho. Foram citadas: a dor, a dificuldade de ouvir, a lentidão para realizar algumas tarefas, a restrição de peso, algumas funções que não conseguem realizar e as situações de preconceito.

Em alguns relatos, o entrevistado descreve que situações de trabalho que demandam esforço físico resultam em dor.

Interfere, tipo, se tem que ficar em pé muito tempo, eu não consigo, minha perna começa a doer muito e eu tenho que sentar, então acaba interferindo sim. P4

Eu não consigo, por exemplo, ficar o dia que tá muito atribulado, que eu fico andando muito, quando é a tarde, eu sinto muita dor, ele fica edemaciado e dor. Então assim, é mais a caminhada, né? De ficar assim, eu tento, eu sempre peço para as meninas me por na escada, sempre enfermarias perto. Não desço escada, é só elevador, então assim, muitas coisinhas eu tento evitar, mas no final do dia o que mais me atrapalha é dor, porque aí no outro dia, como aquele dia foi atribulado, no outro dia eu chego aqui um caco, que é dor e edema. P7

Como apresentado nas falas, quando há sobrecarga de trabalho e alta demanda física, o esforço além das suas possibilidades pode gerar comprometimento à saúde do profissional. E assim, poderá resultar em absenteísmo, adoecimento ou até o desejo de deixar o trabalho.

No estudo de Neal-Boylan (2014), foi abordado o fato de enfermeiras deixarem a profissão ou o trabalho por causa da alta demanda física ou pela exigência em realizar atividades que demandam força física da qual elas não dispunham.

Os profissionais que relataram deficiência auditiva apontaram situações cotidianas em que a deficiência interfere no seu trabalho.

Seria justamente essa, que eu tô tentando superar, né? Porque hoje em dia, eu vejo tudo assim, eu já sei o que que precisa, mas pra mim circular outros tipos de cirurgia, que eu não estou adaptada, como eu faço muito leitura labial, quando põe a máscara, a minha dificuldade é imensa, né? E às vezes, eu estou de costa, não escuto o monitor apitar. Como tem criança aí que às vezes fica, né? Então, a minha dificuldade é muita. P16

Nos serviços, podem ser adotadas alternativas que auxiliem e ofereçam adaptação ao profissional com deficiência auditiva, a exemplo: pode ser orientado que sempre se fale olhando diretamente para a pessoa, de forma que facilite a leitura labial. Sinais visuais, como luzes para indicar determinada situação, podem ser utilizados também. Muitas vezes essas adaptações não exigem altos investimentos, mas essencialmente criatividade e comprometimento com o tornar o ambiente inclusivo (NEAL-BOYLAN; FENNIE; BALDAUF-WAGNER, 2011).

Tem algumas coisas que assim, eu tenho mais dificuldade pra fazer, assim, eu vou fazer uma necropsia, eu sou bem mais lenta, eu demoro mais pra fazer. Eu tenho mais dificuldade, mas não tem nada, assim, que eu não possa fazer. P8

Interfere principalmente como a gente mexe com materiais pesados, eu tive que adaptar o movimento de membro esquerdo para poder compensar o direito. Então assim, por exemplo, pegar uma caixa, eu pego com a mão esquerda, a mão direita é só pra apoio. Então, por exemplo, aqui nós temos algumas caixas que chegam a pesar mais de 20kg, então alguns instrumentais destes, você tem que ter alguma forma de você trabalhar com o material. P18

Os entrevistados apontaram situações em que demandam mais tempo para executar uma função comparada a um profissional sem deficiência; e atividades que o trabalhador precisou desenvolver uma forma diferente de trabalhar na intenção de adaptar a atividade de trabalho à sua limitação.

Determinadas áreas e locais de trabalho podem colocar em risco a segurança do profissional e dos pacientes, caso não haja a adaptação necessária. Por outro lado, não deve ser julgado *a priori* que o trabalhador é incapaz de realizar qualquer atividade. Deve ser oferecida a oportunidade para que este demonstre e desenvolva as suas habilidades. O profissional pode ser apto para realizar o trabalho muito bem, desenvolvendo suas próprias formas de adaptação e de execução da atividade de trabalho (NEAL-BOYLAN; FENNIE; BALDAUF-WAGNER, 2011).

No estudo de Neal-Boylan et al. (2012), a maioria dos enfermeiros e médicos criou a sua própria adaptação ou se acomodou a um ambiente não ideal.

A autoadaptação é possível em muitas situações de trabalho, mas os profissionais também descreveram ocasiões em que a deficiência o impede de realizar algum procedimento relacionado ao trabalho ou mesmo interferiu na escolha profissional da especialidade para atuação.

Sim, sim, por exemplo, atender uma emergência, uma parada cardiopulmonar e o paciente estiver no chão, por exemplo, o meu joelho não flexiona, eu não vou conseguir, fazer a RCP nele, é mais nessa questão da mobilidade, eu tenho restrição em carregar maca com paciente, por causa do peso, então é mais na questão da mobilidade.
P9

Eu acho que sim, pra começar, acho que a deficiência interferiu na escolha da especialidade. Por exemplo, eu fui limitado e fui um aluno de exceção, por exemplo, para passar pelo estágio de cirurgia. Eu acho que eu não tenho habilidade cirúrgica nenhuma, eu acho que eu não seria cirurgião, mas eu não tive a possibilidade de me testar como tal. É, por exemplo, no meu tempo a medicina era anual e a gente passava em dupla no pronto socorro, quando a gente tava no último ano, que era o ano do internato, no estágio de cirurgia, a minha dupla virou trio, e eu ficava só fazendo a recepção do paciente, eu não ia ao bloco cirúrgico. Eu não tinha visão, por exemplo, para dar um ponto num paciente, eu não tinha visão para cortar alguma coisa. Tinha uma visão muito precária, até porque eu não sou cego, eu tenho uma condição que se enquadra em visão subnormal ou baixa visão. Então, assim, isso me prejudicou, isso me limitou em algumas escolhas. Como eu gostava da saúde mental, como eu gostava da relação cérebro e comportamento, eu fui me encaminhando para a psiquiatria e isso foi uma boa adaptação. Na psiquiatria, eu não precisava de muita coisa da questão visual, né? P17

Os entrevistados descreveram situações em que se sentem impossibilitados de atuar devido à sua limitação e abordaram também o fato de a deficiência ter interferido no setor em que poderia ser lotado.

Achado que também foi encontrado por Neal-Boylan et al. (2012), no estudo em que investigaram médicos e enfermeiros, quando o profissional se via impossibilitado de realizar determinada atividade no trabalho, geralmente, ele mudava de setor, de especialidade ou trabalho. Além de alegarem que, por vezes, foram incentivados por outros a tomar tal decisão.

O incentivo a tomar decisões baseadas na sua limitação aconteceu também quanto à escolha profissional. Assim como na fala do profissional entrevistado, médicos e enfermeiras norte-americanos relataram que a sua deficiência interferiu nas escolhas do trabalho e para sua

carreira. Sobretudo os médicos apontaram que a opção pela especialidade médica foi diretamente relacionada à sua limitação. Eles também expressaram que por vezes se sentiram empurrados a tomar esta decisão para a sua carreira (NEAL-BOYLAN et al., 2012).

Essa pressão pode ocorrer por parte dos pacientes atendidos também.

Teve uma fase, às vezes assim, um pouco do receio que às vezes as pessoas têm de ser atendido por mim, mas assim, isso é só o primeiro impacto, depois que a gente conversa demonstra segurança, demonstra que sabe o que tá fazendo, aí essa barreira é quebrada e eu consigo exercer minha função. P1

Pelo fato de você ter uma deficiência e eu faço uso do aparelho, eu assim, na minha visão, de certa forma, algumas pessoas se sentem inseguras com relação ao meu trabalho, entendeu? Então, assim, isso faz com que você procure desempenhar mais ainda, porque assim, às vezes eu tenho uma deficiência auditiva, mas o que falta na deficiência auditiva sobrou na visão, entendeu? Então, o que eu percebo mesmo, é que a deficiência está nas pessoas. P2

Quando o Estatuto da Pessoa com Deficiência prevê a inclusão da pessoa com deficiência no trabalho, a lei descreve que se deve incluí-la com igualdade de oportunidades. Mas, falar em inclusão é um pouco mais complexo, incluir envolve acolher e integrar inclusive as diferenças e nem sempre a sociedade está preparada para esta inclusão (BRASIL, 2011; 2015).

No estudo de Neves-Silva, Prais e Silveira (2015), os empregadores descreveram como empecilho à contratação de pessoa com deficiência temer pela reação do cliente frente à aparência física do trabalhador, justificando que o cliente não costuma ser muito aberto à diversidade.

Uma das principais fontes de preconceito contra a pessoa com deficiência é a desinformação sobre as suas capacidades e potencialidades. O convívio com pessoas e profissionais deficientes pode ser capaz de combater esses julgamentos e construir novos significados para uma sociedade de fato inclusiva (NERI; SOARES, 2003; NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

Nos relatos apresentados, os entrevistados falaram sobre situações de preconceito mais velado, mas outras situações mais diretas foram descritas também.

Preconceito, aqui no hospital, quanto a paciente, quanto a acompanhante, porque teve uma vez que uma acompanhante foi reclamar de mim, achando que eu tava com fone de ouvido e fez uma

reclamação, falando: _Como que essa funcionária trabalha o tempo todo com fone de ouvido, escutando música. Daí eu tive me mostrar para ela que era aparelho auditivo [...] P13

Quando a instituição conta com programas de sensibilização para tornar o ambiente inclusivo, mais informações são oferecidas aos colaboradores internos e externos e menores são as chances de atitudes preconceituosas (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

O preconceito com o profissional com deficiência não pode ser situação ignorada, precisa ser abordada de forma construtiva, para que não se torne algo rotineiro. Essas situações podem ter impactos desastrosos na autoestima, realização e satisfação no trabalho destes profissionais.

5.5.2 A deficiência não influencia no trabalho

A segunda categoria construída contém relatos em que os entrevistados afirmaram que não percebem influência da deficiência na sua carreira profissional ou em alguma atividade do seu trabalho.

A minha em si, eu acredito que não, consigo desenvolver bem as minhas atividades. P3

Olha eu nem percebo ela, vou ser sincera para você, eu nem percebo ela, hoje em dia, assim o braço, nunca me interferiu em nada. P6

Nos relatos apresentados, os profissionais referem que o seu tipo de deficiência – por ser considerada leve ou por já ter se adaptado a conviver com a mesma – não se percebe que esta possa interferir na função no trabalho. Todas as falas que descreveram este tipo de situação foram contadas por profissionais com deficiência física. Neves-Silva, Prais e Silveira (2015) destacam a preferência de empresas na contratação de pessoas com deficiências físicas e/ou consideradas leves.

Outra situação que foi relatada pelos profissionais nesta categoria descrevia a função no trabalho como atividade confortável e adequada a pessoas com deficiência visual. Na ocasião, a deficiência era fator que o tornava mais adaptado e apto para o trabalho.

Na câmara escura não, não tinha nenhuma dimensão, inclusive eu auxiliava muito as pessoas que enxergavam, né? Assim, inclusive residente quando entrava aqui, o chefe falava, querem aprender câmara escura, aprende com ele. Então na câmara escura, não era supertranquilo. P19

É importante destacar que há possibilidades e situações em que a pessoa com deficiência estará mais apta e confortável a realizar determinada atividade comparada a uma pessoa sem deficiência.

O estudo de Moran et al. (2014) se dedicou a investigar pessoas com doença psiquiátrica atuando em um serviço de saúde mental. Os trabalhadores afirmaram sentir uma *expertise* natural para atuar, sentiam-se confidentes e podiam utilizar experiências pessoais para ajudar os pacientes. Então o autor conclui que serviços que oferecem assistência à saúde mental são campos abertos à atuação de pessoas com doença mental.

Várias situações pontuais em que o trabalho de alguma forma influencia na profissão ou na atividade de trabalho foram citadas pelos entrevistados, por outro lado, alguns profissionais negaram qualquer dificuldade relacionada ao trabalho. Os relatos podem servir de exemplo a outras pessoas com deficiência que podem identificar suas limitações e potencialidades, por meio dos relatos apresentados. Assim, como pode ser base a gestores para pensar nas atividades de trabalho, quanto a local de lotação e necessidades de adaptação de profissionais de saúde com deficiência.

Apresenta-se a nuvem de palavras que resume as 30 palavras mais frequentemente citadas para descrever a influência da deficiência no trabalho, segundo os profissionais entrevistados.

Figura 4 - Nuvem de palavras Influência da deficiência no trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.



Fonte: os autores, 2018.

Na nuvem apresentada, a palavra “deficiência” aparece no centro por ser tema central discutido. Outros termos que apareceram citados – “visão”, “mão” – foram segmentos do corpo listados pelos entrevistados nos quais enfrentavam limitação. Foram também discutidas as relações com o paciente, palavra que aparece com intensidade na nuvem.

5.6 AMBIÊNCIA

Nos próximos capítulos, apresentam-se os eixos da ambiência analisados à luz da fenomenologia sociológica: ambiência, organização e relações interpessoais. Serão apresentados os resultados relacionados aos “motivos por que” e “motivos para”.

5.6.1 O ambiente físico

O primeiro eixo a ser abordado será relacionado ao ambiente físico, considerando estrutura física. Ao analisar cuidadosamente os relatos dos entrevistados, identificaram-se três categorias que descreviam a sua experiência no trabalho quanto à estrutura física no local (motivos por que): Falta de acessibilidade, Eu me adaptei e ambiente adequado.

5.6.1.1. Falta de acessibilidade

Nesta categoria, reuniram-se relatos em que os entrevistados descreveram o ambiente físico com algumas falhas, como: a necessidade de adequações do tipo instalação de piso tátil, rampas, elevadores e outras tecnologias assistivas.

Foi citada a falta de piso tátil que ajude à orientação da pessoa com deficiência visual no seu deslocamento.

Agora para você dizer assim, pra mim: e o hospital? É acessível? Não, não é, o hospital não é acessível para pessoas com deficiência e eu acho que não só visual, acho que pra nenhuma deficiência[...] Então o ambiente de trabalho, no setor, é acessível pra mim. Que também, se chegar um outro cego lá, ele vai sofrer, porque nós precisávamos ter um piso tátil, que o piso tátil orienta bem a pessoa com deficiência para andar. P19

No relato apresentado, o profissional manifestou já conhecer o seu local de trabalho e por isso não enfrentar tantas dificuldades no seu setor de atuação, mas o deslocamento fica difícil para outros locais do hospital devido à falta do piso tátil.

Segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência, a acessibilidade permite que a pessoa com deficiência adquira independência, possa gozar de seus direitos e ter participação social (BRASIL, 2015).

Para a pessoa com deficiência visual, a sinalização tátil do piso oferece referência de alerta e/ou direção. A sinalização tátil de alerta deve ser utilizada para indicar obstáculos suspensos, rebaixamento de calçadas, no início e término de escadas e rampas, próximo à porta de elevadores e para desníveis (como plataformas de embarques e palcos). Já a sinalização tátil direcional deve ser implantada como guia em locais de circulação, indicando o trajeto a ser feito em espaços amplos internos ou externos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2004; BRASIL, 2015).

As construções públicas e privadas de uso coletivo devem garantir acessibilidade à pessoa com a deficiência em todas as suas dependências e serviços, tendo como referência as normas de acessibilidade vigente (BRASIL, 2015).

Os entrevistados apontaram barreiras que dificultam a sua mobilidade como a falta de rampas.

No hospital em si, na minha opinião, falta rampa, porque eu tenho medo de elevador, então eu uso em últimos, últimos, últimos casos mesmo, só se for assim, eu subir 25 andar. Aí eu tenho que ir de elevador, senão eu não consigo nem chegar lá em cima. Aqui eu uso escada, mas dói um pouco, eu sinto, então seria o ideal. P4

Qualquer obstáculo que dificulte ou impeça a participação social, o deslocamento com segurança, a comunicação ou usufruir os seus direitos de cidadão são considerados barreira. Dentre as diversas barreiras que podem ser impostas à pessoa com deficiência, as barreiras arquitetônicas são aquelas existentes em edifícios públicos ou privados (BRASIL, 2015).

No estudo de Neves-Silva, Prais e Silveira (2015), os profissionais entrevistados destacaram a importância de adaptações no ambiente de trabalho, para que a pessoa com deficiência possa desenvolver o máximo de suas habilidades e potencialidades no trabalho.

Nas falas dos profissionais, o ambiente de trabalho foi descrito como um local que não considera necessidades específicas do deficiente e que é imperativa a adaptação de algumas atividades de trabalho, para que se torne possível a realização destas por aqueles que convivem com alguma limitação.

O meu ambiente de trabalho é um ambiente de trabalho preparado para pessoas normais. Não é um ambiente pra mim, então eu tenho as minhas dificuldades, né? P17

Olha, como eu não percebo pra mim, mas eu percebo para os outros, nós precisamos de adaptação, precisamos muito de fazer alguma coisa adaptada para o deficiente físico que ainda você enxerga certas funções, determinadas funções é para o deficiente físico, determinadas funções não é para o deficiente físico. Eu não acredito nisso, eu acredito que se você precisa fazer uma boa adaptação [...] P6

No estudo de Neal-Boylan (2014), os enfermeiros entrevistados destacaram que ter uma deficiência perceptível aumenta as chances de que se contratado reconheçam a sua necessidade de ter adaptação e ajudem para realizar o trabalho. Pode até ser visto como favoritismo por alguns, mas os equipamentos e adaptações auxiliam muito no desenvolvimento e estima pelo trabalho.

A inclusão da pessoa com deficiência no trabalho representa proporcionar equiparação de oportunidades e posição competitiva, ofertando acessibilidade, tecnologias assistivas e adaptação adequada (BRASIL, 2015).

Um entrevistado aborda o fato de não reconhecer que a instituição adota políticas e ações voltadas à inclusão do profissional com deficiência.

O ambiente é um pouco falho, assim deficiente também, porque aqui não tem a visão de que o funcionário é deficiente, aqui, é o funcionário com deficiência não é tratado... Eu acho que aqui não tem um apoio nem para os funcionários digamos normais, muito menos para os que têm deficiência. P13

Segundo Neves-Silva, Prais e Silveira, os profissionais que foram abordados no estudo que realizaram relatam que as instituições que contam com um programa de inclusão da pessoa com deficiência realizam uma sensibilização insuficiente (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

Neal-Boylan, Fennie e Baldauf-Wagner (2011), ao abordarem a permanência no trabalho de enfermeiros com deficiência, reforçam que estes estão deixando a profissão de enfermagem ou estão em risco de deixá-la. Destacam que é preciso conhecer as emoções e valores destes, de modo a aumentar as taxas e chances de retenção. Portanto, é essencial implantar intervenções que ofereçam adaptação a enfermeiras com deficiência e as auxiliem reforçando a intenção de permanecer na profissão.

5.6.1.2 *Eu me adaptei*

Nesta categoria, reuniram-se relatos em que os entrevistados disseram que não houve ou não percebem a necessidade de adaptação do ambiente de trabalho, pois os mesmos se adaptaram à condição oferecida pela instituição.

Não, assim, adaptação? Eu não sinto restrição nenhuma, de dificuldade, apesar de que não tem nada adaptado em relação a mim, mas assim, a gente adapta a tudo, não tem dificuldade não. P12

Não, meu ambiente físico de trabalho é, assim, na verdade eu não preciso de nenhuma adaptação, né? Eu me adapto, eu tive essa lesão com 11 anos de idade, então eu era muito jovem, eu cresci, já fui desenvolvendo as minhas adaptações naturalmente[...] Então eu não preciso de nada específico adaptado, e no meu ambiente de trabalho, eu consigo me virar muito bem, muito bem mesmo[...] P8

No estudo de Neal-Boylan et al. (2012), médicos e enfermeiros relataram ter criado as suas próprias adaptações ou aprenderam a lidar com um ambiente não adequado. Os profissionais relataram temer serem vistos como encenqueiros, caso solicitassem adaptações ou diferente condição de trabalho.

No estudo que aqui se apresenta, esta fala foi frequente entre os entrevistados, parece representar uma forma de superação ou tentativa de se igualar aos demais profissionais, negando ou dispensando qualquer tipo de adaptação.

Outra vertente que pode estar relacionada a tal posicionamento é o que se apresenta no estudo de Neves-Silva, Prais e Silveira (2015), ao entrevistarem profissionais que atuavam no setor de Recursos Humanos, estes expressaram ter preferências para contratação de pessoas com deficiência, por aquelas que possuíam deficiências físicas consideradas leves. Visto que são pessoas que eles julgam ser mais fáceis de oferecer treinamento e não necessitarem de importantes adaptações.

5.6.1.3 *Ambiente adequado*

A última categoria foi nomeada Ambiente adequado, os entrevistados descreveram o ambiente como adequado, normal ou acessível.

Não aqui é supertranquilo. Bem acessível tudo, pelo menos pra mim, não sei aos outros portadores de outras deficiências, né? Não sei, porque a minha de certa forma é uma forma mais branda, então, não fiquei com nenhum tipo de sequela, então, eu tenho muito poucas limitações. Então, aqui pra mim é supertranquilo, eu não vejo dificuldade nenhuma, mas assim, eu não sei te falar em questão a outros tipos de deficiência. P15

Não, aqui é bom, aqui é bom, porque tem o elevador, né? Porque eu não posso subir a escada, tem o elevador que sempre tá funcionando, tem a questão que as meninas respeitam, né? Sempre tem alguém me ajudando, tudo certo. P7

A NBR/ABNT 9050 estabelece parâmetros para construção, instalação e reforma de edificações, buscando oferecer a utilização de ambientes coletivos de forma autônoma e segura ao maior quantitativo possível de pessoas. Todos os espaços, construções e mobiliários novos ou reformados devem se tornar acessíveis e atenderem à norma (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2004).

A observação quanto à regulamentação é importante de ser destacada, visto que um dos hospitais incluídos no estudo constitui uma construção recente, quanto à outra instituição, esta incluiu há pouco novas instalações ao seu complexo hospitalar, edificações que passaram por reformas estruturais. Portanto, espera-se que barreiras arquitetônicas possam ter sido minimizadas com tais acontecimentos.

Houve declarações que se referiam ao trabalho como um ambiente normal, em que as inadequações existentes são questões ergonômicas que atingem a todos os profissionais que atuam na instituição, sem ter relação com a deficiência.

As reclamações que eu tenho, acho que são as que todo mundo tem, são as cadeiras que estão mal posicionadas, bancada fica... Mas super normal, não tem nada a ver com o encurtamento da minha perna. P11

Ambiente de trabalho está entre os fatores mais indicados por profissionais de enfermagem como os que podem influenciar na satisfação e insatisfação no trabalho (ABRÃO et al., 2010).

Segundo a PNH, no que tange à ambiência, a morfologia é elemento que pode contribuir à promoção de um ambiente adequado e agradável, as formas, espaços e mobiliários podem ser configurados para atender a este fim (BRASIL, 2017).

Apresenta-se abaixo a nuvem de palavras, ou seja, o resumo das 30 palavras mais frequentes citadas pelos entrevistados, ao descrever o seu ambiente de trabalho.

Figura 5 - Nuvem de palavras O ambiente de trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.



Fonte: Das autoras, 2018.

A nuvem apresenta em tamanho maior as palavras que mais foram lembradas pelos profissionais para representar o seu ambiente físico de trabalho. Por ser pesquisa realizada no cenário hospitalar, esperava-se que esta seria uma palavra frequente. Outros elementos do ambiente que foram discutidos nas categorias – elevador, escadas, dificuldade – também aparecem na nuvem.

5.6.2 Expectativas para o ambiente físico

Foram apresentados os temas relacionados ao ambiente físico que descreviam os “motivos por que”. Ainda será abordado como tema central o ambiente físico, mas agora serão apresentados os “motivos para”.

Dos relatos emergiram duas categorias: Humanização para o profissional e Humanização para o cliente.

5.6.2.1 Humanização para o profissional

Nesta categoria, foram reunidos relatos em que os profissionais emitiram suas expectativas quanto a mudanças no seu ambiente de trabalho. Falaram do desejo de implantação de acessibilidade, de melhorias das condições de trabalho, valorização e a presença de mais profissionais com deficiência atuando no ambiente hospitalar.

Assim como foi citado pelos profissionais como um dos problemas que vivenciam e vivenciaram quanto ao ambiente de trabalho, a acessibilidade é citada também como um desejo dos profissionais. Foi destacada a necessidade de instalação de rampas.

No caso essa questão da acessibilidade que infelizmente é deficitária, principalmente em relação aos elevadores e à estrutura física do hospital, como é uma construção antiga, ele não tem rampa, que dificulta tanto a locomoção nossa, quanto a transferência de paciente que necessitam ser mudados de andares dentro do hospital e depende dos elevadores, tem que se deslocar de um extremo ao outro, às vezes, para ser transferido, eu acho que esse é o maior desafio que nós temos aqui. P9

A NBR/ABNT 9050 normatiza a construção de rampas, sugerindo o cálculo da inclinação de acordo com a altura e o comprimento da rampa, no sentido horizontal (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2004).

O estudo da OMS que buscou traçar um panorama geral da deficiência no mundo apontou que as edificações, incluindo construções públicas, frequentemente são inacessíveis. Mesmo nos países em que há leis de acessibilidade a adesão às adequações ainda é baixa (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

As barreiras se estendem para o acesso à informação, as necessidades de comunicação geralmente são insuficientes, e as tecnologias de informação geralmente têm formatos inacessíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Os entrevistados manifestaram o desejo de melhorias quanto às tecnologias de informação.

Eu gostaria que fosse diferente o computador que eu trabalho, que é muito ruim, então, porque ele me faz perder tempo, é um computador

que trava, então às vezes, você tem que reiniciar, então, você perde tempo, o paciente também. Eu já reivindiquei, mas não fui atendido não. P19

Ao abordar temáticas relacionadas à informação, é importante discutir um importante conceito, as tecnologias assistivas (TA). Considera-se TA: equipamentos, dispositivos, estratégias e outros recursos capazes de promover a autonomia, melhorias à qualidade de vida e participação social da pessoa com deficiência. É seu direito garantido ter acesso a estas (BRASIL, 2015).

Os serviços de saúde devem ter projetos de informação que incluam desde o cliente com deficiência visual ao cliente que não consegue ler. A comunicação deve estar disponível inclusive nas áreas próximas à instituição de saúde, nas vias de acesso, informando o fluxo adequado aos demais serviços de saúde locais (BRASIL, 2017).

Se eu não tiver uma carona para ir para o trabalho, eu tenho que vir de ônibus, isso me atrasa, isso me dificulta algumas coisas. Então, assim, talvez eu quisesse mudar isso, quisesse que tivesse um transporte público melhor. Coisas desse tipo. P17

É também barreira à acessibilidade, as barreiras nos transportes, as quais estão relacionadas ao sistema e aos meios de transporte (BRASIL, 2015). As necessidades do trabalhador com deficiência excedem o estrito local de trabalho. As barreiras no transporte e a acessibilidade urbana interferem na possibilidade ou não de o profissional conseguir chegar até ao local de trabalho, visto que ele dependerá de acessibilidade nos transportes públicos e nas vias urbanas, ou usufruir de TA para seu veículo automotivo (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

A acessibilidade de maneira transversal é essencial, para que o profissional possa de fato exercer sua autonomia. A falta de vida social, dependência de decisões institucionais, transporte não adaptado e barreiras atitudinais afastam a pessoa com deficiência da oportunidade de conquistas sociais, profissionais e pessoais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Além de citar fatores relacionados à deficiência, os profissionais também manifestaram o desejo de melhorias das condições gerais de trabalho.

Eu acho que poderia melhorar mais o contingente, porque às vezes sobrecarrega os funcionários. P3

O setor de serviços, como os hospitais, tem como força de trabalho principal os recursos humanos, ainda não se tem tecnologia que substitua a mão de obra humana para assegurar a assistência em saúde para os clientes. Portanto, quantitativo e dimensionamento de pessoal é tema frequentemente abordado em estudos que envolvem serviços de saúde, principalmente no ambiente hospitalar (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOL, 2009).

Enfermeiros na prática, frequentemente, enfrentam problemas de incompatibilidade entre a baixa capacidade de oferta de atendimento e a grande demanda. Fato que resulta em sobrecarga de trabalho e pode prejudicar tanto a qualidade e resolutividade dos serviços entregues quanto a saúde do trabalhador (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOL, 2009).

O Carvalho-Freitas e Tette (2012) identificaram entre os fatores estressantes, o mais apontado e mais frequente, a demanda de trabalho. Os autores destacam a correlação entre as pressões do trabalho e as concepções relacionadas à deficiência e identificaram que os ambientes avaliados como estressantes não favoreciam a inclusão das pessoas com deficiências.

Eu acho que como portador de deficiência, eu acho que é justamente isso, abrir mais vagas, ter mais acesso pra portadores de deficiência, que nem eu falei, a minha ela é de certa forma, uma mais simples que não me priva de muita coisa, então acaba que, em questão de serviço, eu acabo competindo de igual pra igual com quem não tem [...] P15

Eu gostaria que tivesse mais pessoas com deficiência trabalhando, entendeu? Porque às vezes, a pessoa com deficiência, ela se acha, mesmo assim, amigos meus, eles acham: ahh, mas a gente não consegue um trabalho. Então, mas eu sempre questiono, será que vai atrás? Será que não? Então eu gostaria que tivesse mais pessoas com deficiência trabalhando, até pra mostrar pra sociedade que o deficiente não é inerte, ele pode produzir, e não é só eu que produzo, tem mais outros deficientes que podem produzir também. P19

Apesar da Lei de Cotas, do Estatuto da Pessoa com Deficiência e outros dispositivos legais, ainda é difícil para a pessoa com deficiência ingressar no mercado de trabalho. Pessoas com deficiência têm taxa de empregabilidade menor que pessoa sem deficiência e por vezes ganham menos que seus pares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

Segundo Carvalho-Freitas e Tette (2012), é necessário que as instituições garantam melhores condições de trabalho e saúde aos colaboradores, para que, assim, possam promover ambientes inclusivos com adequada gestão do trabalho de pessoa com deficiência.

Quando há adequada gestão e priorização das políticas de inclusão, o ambiente torna-se capaz de promover autonomia e valorização do trabalhador. Os profissionais citaram o desejo por maior autonomia, valorização e oportunidades de crescimento profissional.

Valorização da minha profissão, que não tem muita, mais espaço no ambiente hospitalar, que a gente vê que não tem muitas facilidades não, a gente tem que lutar pelo que a gente quer. P12

Assim, eu percebo que nós enfermeiros, não temos muita autonomia nos setores, há muitas situações que temos aquela solução, mas a última palavra vai ser de um outro profissional. Se vai consentir ou não, se vai ser feito isso no ambulatório, profissional médico. P15

No estudo de Calegari, Massarollo e Santos (2015), autonomia foi apontada por enfermeiros e médicos como fator que influencia na promoção da humanização. Um ambiente de trabalho humanizado adota a autonomia como parte da cultura da instituição, de modo que há reconhecimento e valorização das relações e do desempenho dos profissionais, há espaço para discussão dos diferentes posicionamentos, independente da categoria profissional, com a finalidade de promover respeito e humanização nas diversas instâncias: jurídica, moral e saúde.

A possibilidade de crescimento e reconhecimento são fatores motivacionais apontados pela Teoria Motivacional de Herzberg, Mausner e Snyderman (1993). Estes fatores aparecem predominantemente associados a sentimentos positivos relacionados ao trabalho. A alta rotatividade de pessoas com deficiência, apontada como problema pelas empresas incluídas no estudo de Neves-Silva, Prais e Silveira (2015), foi associada à falta de realização e de perspectiva de crescimento profissional.

Assim como o desejo de crescimento profissional, foi citado pelos entrevistados o desejo de continuar os estudos.

[...]o que eu não consegui fazer ainda foi um mestrado profissional aqui, não consegui ainda, esse eu ainda não consegui, mas já olhei já pra fazer, mas não teve como adequar o tempo, o horário, né? você tem um horário aqui pra cumprir diferenciado, então às vezes, é falta de empenho meu também, que já tenho coisas que eu fiz na minha vida que não dava certo, eu falei não vou fazer e fiz. P8

Segundo o relatório mundial sobre deficiência, crianças com incapacidade têm menores chances de iniciar os estudos, menores taxas de permanência e chances de dar continuidade aos estudos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência, na seção que trata sobre os direitos ao trabalho, é descrito o direito da pessoa com deficiência à participação em cursos, capacitações, promoções e incentivos profissionais oferecidos pela instituição em igual oportunidade e ter fornecida a adaptação necessária (BRASIL, 2015).

A lei que regulamenta o regime jurídico único dos servidores federais prevê o direito a afastar-se das atividades de trabalho, com a garantida remuneração para se integrar a curso de pós-graduação *stricto sensu* no país, desde que haja interesse da Administração (BRASIL, 1990).

5.6.2.2 Humanização para o cliente

A segunda categoria construída para apresentar as expectativas relacionadas ao ambiente físico de trabalho foi nomeada: Humanização para o cliente. Nesta incluem-se falas em que os entrevistados expressam o desejo de humanização e do trabalho em equipe em favor de uma boa assistência ao cliente.

“Que a gente tivesse um hospital assim [...] que a gente tivesse condições físicas e humanas de prestar um atendimento de melhor qualidade.” P11

“A gente espera é que assim... Como nós lidamos diretamente com saúde, com ser humano, a expectativa que nós temos é que seja a prioridade, prioridade em todos os seus aspectos, que ele tenha atendida as suas expectativas de cura da patologia de reinserção na sociedade, de estar com a família de poder trabalhar, então a minha expectativa, é que um dia, essas condições se estabeleça para que nós possamos levar ao cliente que ao adentrar em um uma instituição de saúde ele tenha segurança e saiba que ali ele está recebendo tudo o que há de melhor. Que nós sabemos pela política financeira aí, nem sempre é ofertado o que há de melhor, mas o que é mais barato, isso nem sempre atende à expectativa do cliente, prolonga a sua estada no hospital, há muitos efeitos colaterais, há risco de iatrogenia, então assim, eu queria ver aqui implantado assim, o cliente como prioridade.” P1

A humanização inclui, também, melhorias do ambiente, deve haver empenho em oferecer um ambiente acolhedor e confortável, capaz de amenizar a experiência de hospitalização e adoecimento (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015).

No entanto, não são suficientes apenas esforços por parte dos profissionais de saúde na intenção de oferecer um ambiente humanizado e acolhedor ao cliente, não será possível

viabilizá-lo com insuficiência de recursos materiais, humanos e outras precariedades de condições de trabalho. A humanização é conceito transversal, precisa ser assim implantado (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015).

A falta de recursos para oferecer serviços seguros e de qualidade é preocupação dos profissionais que expressam o desejo de melhores recursos tecnológicos, materiais e humanos que resultem na entrega de melhor qualidade do serviço ao cliente, atendendo ao que se espera de uma atitude humanizada, comprometida e empática para com o cliente atendido.

Os profissionais externaram a vontade de um ambiente em que se priorize o trabalho em equipe.

Seria sempre ter em mente que aqui nós não trabalhamos em bolsa de valores, nós não somos concorrentes um com o outro, nós somos uma equipe. Infelizmente o que eu percebo, a maioria das pessoas não enxergam isso. P2

O trabalho em equipe implica saber-fazer-comum, permite a articulação de saberes profissionais que fragmentados não são capazes de oferecer assistência integral à saúde do cliente. A PNH não é apenas proposta abstrata, mas uma política possível de ser implantada, aprimorada e multiplicada (BRASIL, 2011; 2017).

Humanização do ambiente físico relaciona-se à ambiência, além de estrutura física ambiência configura também espaço que permite a interação de pessoas e, conseqüentemente, a construção de relações, vínculos e subjetividades. É, portanto, a equipe fator facilitador da humanização (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015; BRASIL, 2017).

Quando há envolvimento da equipe e dedicação a um mesmo fim, o trabalho tem um clima amigável. E se torna mais prazeroso, favorece, portanto, o sentimento de realização e de trabalho bem feito.

A seguir, será apresentada a nuvem que reúne as 30 palavras que foram citadas em maior frequência para descrever o que os profissionais esperam do seu ambiente de trabalho.

Figura 6 - Nuvem de palavras Expectativas relacionadas ao ambiente de trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.

5.6.3 Relações sociais no trabalho

O segundo eixo da ambiência a ser discutido será o que se dedica a compreender o espaço como local de relacionamento entre as pessoas.

Neste capítulo, reuniram-se relatos onde os entrevistados falaram do seu relacionamento com colegas de trabalho, com clientes e seus superiores (motivos por que).

5.6.3.1 Relacionamento com colegas de trabalho

Dos relatos construíram-se quatro categorias que descrevem as relações com os colegas de trabalho: Ser parte da equipe; Atitudes Negativas com relação à deficiência; Não sabem da deficiência; Discordâncias do dia a dia.

5.6.3.1.1 Ser parte da equipe

Nesta categoria, os entrevistados caracterizaram o relacionamento com os colegas de trabalho como boas relações, sentem-se ajudados e acolhidos pela equipe de trabalho.

Boa. De muito respeito, de muito companheirismo, até hoje na instituição, eu não tive problema com ninguém. P1

Muito normais assim, sempre. São relações normais. Eu acho que essa deficiência não tem nenhuma interferência nas minhas relações pessoais com meus colegas de trabalho, sabe? Eventualmente eu falo alguma coisa, assim, eu tento, né? Eu sempre fiz, sempre cumpri as minhas obrigações e realmente não tem nada específico, nem especial com relação a essa deficiência, isso não interfere nas minhas relações de trabalho. P8

Nas falas, os entrevistados expressaram um bom relacionamento com seus colegas de trabalho, classificam as relações como boas ou normais. Afirmam não sentirem distinção de tratamento por causa da deficiência.

Relacionamento com colegas foi o segundo fator mais citado por profissionais de enfermagem, que atuam em um hospital de ensino, como sendo determinante para a satisfação no trabalho (ABRAÃO et al., 2010).

Neal-Boylan et al. (2012), no estudo que realizaram com médicos e enfermeiras com deficiência, evidenciaram que as atitudes e comportamento dos pares sofrem influência da

cultura organizacional, de modo que esta se torna um determinante para o sucesso ou falha do trabalho.

Ao descrever seu relacionamento com os pares, os entrevistados relataram situações em que contam com a colaboração dos colegas de trabalho.

Ótima, eles assim, por exemplo, o que eu não consigo, alguém consegue e faz por mim, então eu não sofro, ninguém me deixa sofrer. Eu penso que é Deus que não tá me deixando sofrer. Não deve ser só ele não, deve ser os colegas também. P14

Os meninos, os colegas de trabalho, eles cuidam muito, porque assim, a maioria da pessoa que trabalham comigo são antigas e os que não são, vão aprendendo, então eles cuidam muito, falam, olha não deixa cadeira no meio do caminho, não deixa maca, porque ele passa por aí. Então nesse sentido existe uma colaboração dos colegas. P19

Ainda no estudo de Neal-Boylan et al. (2012), é apresentada fala em que um entrevistado relata a experiência em que foi ajudado pelos colegas de trabalho. E o autor destaca que os participantes do estudo relatavam estima pelos colegas que tentavam oferecer adaptação ou os ajudavam.

“Viver no mundo da vida cotidiana significa interagir com muitas outras pessoas, gerando redes de relacionamentos sociais” (GANGRA; DUARTE, 2012). Até a interação mais simples da vida cotidiana pressupõe uma série de construções de sentido comum. Apenas uma parte muito pequena do conhecimento é formado a partir de experiências subjetivas, a maior parte tem origem social (SCHUTZ, MAUSNER; SNYDERMANN, 1993).

Por ser o homem um ser social, as relações ocupam importante papel na construção e na vida das pessoas. O lugar que o profissional ocupa na equipe e como se relaciona com os demais colegas de trabalho foi descrito pelos entrevistados, com ênfase à satisfação por não perceber tratamento diferente e sentir-se acolhido, como parte igualmente importante da equipe de trabalho.

Mas uma vantagem, que graças a Deus, eles não me tratam como deficiente. Lá o negócio é de igual para igual, sabe? Eles não mudam o palavreado, assim, o vocabulário, eles dizem: você viu aquilo? Se tiver que perguntar, eles falam, “viu” mesmo, porque isso não precisa ser mudado [...] Então a vantagem é isso mesmo. O que eu tenho com os meninos, eles me tratam de igual para igual, eu não me sinto discriminado por eles[...] P19

Sempre fui bem acolhido, sempre me senti parte da equipe, eles fizeram esse trabalho muito bem, então nunca me senti rejeitado, excluído ou ocupando um lugar que não fosse meu. P1

Carvalho-Freitas e Tette (2012) realizaram estudo com trabalhadores para investigar a sua percepção sobre a deficiência. Os resultados indicaram que eles percebem a Lei de Cotas como política positiva para oferecer oportunidade às pessoas com deficiência e relataram ter convivência com profissionais com deficiência há mais de cinco anos. Ao investigar o local em que os servidores mais convivem com pessoas com deficiência, o trabalho foi o espaço mais indicado.

As atitudes e interação com os colegas de trabalho têm importante impacto na forma como o profissional de saúde com deficiência vê o trabalho. Médico e enfermeiros com deficiência, que se sentiam bem recebidos e ajudados pelos pares, tinham mais chances de permanecer no trabalho (NEAL-BOYLAN, 2012).

No estudo de Carvalho-Freitas e Tette (2012), foi resultado também a indefinição dos trabalhadores quanto à concepção de deficiência, de modo que concordavam com pressupostos diferentes que poderiam ter visão negativa associada à deficiência.

Entre os relatos surgiram situações em que os entrevistados descreveram situações em que vivenciaram atitudes negativas em relação a ser trabalhador com deficiência por parte dos colegas.

5.6.2.1.2 Atitudes negativas com relação à deficiência

Nesta categoria, reuniram-se relatos em que os entrevistados contaram situações em que vivenciaram piadas, sentiram preconceito ou protecionismo por parte dos colegas.

A gente tem que trabalhar muito com a visão do outro, apesar de nós dizermos: “eu não tenho preconceito”, a gente percebe alguma forma de preconceito, por exemplo: pessoa pode achar que é marasmo seu, a pessoa pode achar que você está se esquivando de uma atividade. [...] A gente percebe alguma forma de preconceito, né? Dentro desta situação, quando você tem alguma certa limitação, então, você percebe, mas no mais, o nosso ambiente de trabalho, a gente busca harmonia[...] P18

Eu não levo para o lado negativo, entendeu? O pessoal até faz piadinha comigo e tudo, mas eu entro na piada, assim, eu não ligo não. P13

Terapeutas ocupacionais com deficiência, em um estudo qualitativo realizado no Canadá, enfatizaram que a principal barreira que enfrentavam para a prática profissional eram as atitudes negativas dos colegas de trabalho (CHACALA et al., 2014).

O profissional, no segundo relato, diz não se importar com as piadas dos colegas, mas o fato de citar esta situação para descrever as relações com os pares pode indicar que não é algo que a deixe confortável no ambiente de trabalho.

Assim como nos relatos que se apresentam, os terapeutas ocupacionais entrevistados por Chacala et al. (2012) descreveram várias situações em que os comentários e atitudes dos colegas os fizeram sentir-se constrangidos.

Outra situação que pode ofender ou constranger o profissional com deficiência é perceber que está recebendo tratamento diferente dos demais, sendo protegido.

A princípio, agora nem tanto, mas a princípio eu tinha que provar que eu não precisava da proteção que eles queriam me impor, né? Mas depois já normalizou. P6

Médicos e enfermeiras norte-americanos com deficiência, incluídos em um estudo, expressaram sentimento de raiva, quando percebiam que estavam sendo tratados como se não pudessem ser completamente competentes para exercer sua função por causa de sua limitação. Como consequência alguns abandonavam o trabalho ou o cargo (NEAL-BOYLAN et al., 2012).

A inclusão da pessoa com deficiência no ambiente de trabalho, segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015), prevê a sua inserção em igualdade de oportunidades. Não é possível um ambiente inclusivo sem um programa para sensibilização e informação dos trabalhadores que partilham do mesmo espaço de trabalho que trabalhadores com deficiência (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2012).

5.6.2.1.3 Não sabem da deficiência

Dois dos entrevistados citaram o fato de muitos colegas de trabalho não terem conhecimento de sua deficiência ou terem trabalhado por muito tempo omitindo esta informação.

Tanto é que o pessoal brinca que quando eles foram descobrir que eu era, que eu tinha algum tipo de deficiência quase um ano depois, quando a gente teve uma palestra sobre, justamente sobre deficiência física. Depois teve uma socialização do pessoal, que o supervisor do laboratório no meio de uma conversa citou o meu exemplo. O pessoal

falou assim: “nossa, mas a gente nem sabia e você nunca comentou, e de certa forma, é uma coisa que nem dá pra perceber, você nunca reclamou de nada!” Então assim, muito deles nem tinham percebido, eu acho que ainda tem muitos que nem sabem na verdade. P15

No relato apresentado, o profissional destaca o fato de muitos colegas de trabalho não saberem de sua deficiência. Entende-se que assim ele pode estar incluído no grupo como um profissional de saúde como todos os demais.

Este achado é citado também por Neal-Boylan et al. (2012), os autores citam o fato de os profissionais de saúde com deficiência entrevistados preferirem esconder a informação de que convivem com alguma limitação. Às vezes por medo de não ser contratado para a vaga de emprego ou por temerem receber tratamento diferente por parte dos colegas, pacientes ou supervisores.

Os profissionais relataram situações no trabalho em que a deficiência esteve evidente, ao considerar suas relações com colegas de trabalho, mas também falaram de situações cotidianas, de conflitos comuns a qualquer equipe de saúde. Esta categoria foi nomeada Discordâncias do dia a dia.

5.6.2.1.4 Discordâncias do dia a dia

A relação aqui, vou te falar viu, é tensa. Cada um é formado de opiniões diferentes, né? Mas, no fundo, no fundo, a gente acaba sempre que tudo dá certo, a gente assim, encaixa perfeitamente, mesmo com as diferenças de cada um. P16

Não vou dizer que é uma relação muito boa, que eu estaria mentindo, mas eu percebo que tem muitas pessoas que não tem um controle emocional adequado, eu percebo que as pessoas confundem as coisas, elas trazem algumas questões pessoais para dentro do ambiente de trabalho, algum problema e quer descarregar em alguns colegas. Então eu acho que falta mais equilíbrio emocional desse lado, principalmente quando se trata de lidar com paciente mais crítico. P2

Nos relatos, os entrevistados retratam situações de conflitos da equipe, com desfechos que acabam sendo positivos, pelas divergências naturais entre as pessoas e conflitos que parecem prejudicar o andamento do trabalho.

A atual configuração do trabalho, independentemente do local e tipo de atividade em que se insere, estará permeada pelas pressões econômicas, exigências ao trabalhador,

concorrência e precarização. Problemas como a síndrome de Burnout têm sido frequentemente identificados, e essa vem sendo apontada como o principal desafio à saúde do trabalhador na vida moderna. A síndrome de Burnout costuma levar a mudanças psicológicas, ansiedade, dificuldades de relacionamento e irritação, resultando em baixa produtividade e conflitos no ambiente de trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011; PAIVA et al. 2017).

É imperativo cuidar da saúde do trabalhador e implantar ações que possam oferecer melhorias do ambiente, relações e bem-estar no trabalho, assim podendo contribuir para reduzir os riscos ao desenvolvimento de Burnout (PAIVA et al. 2017). É preciso estar atento ao ambiente de trabalho para que este não se torne fator de adoecimento.

5.6.3.2 *Relacionamento com pacientes*

A segunda categoria a ser apresentada retrata como os profissionais de saúde com deficiência descrevem seu relacionamento com os pacientes. As categorias construídas foram: Bom relacionamento; Identificação com cliente; Não percebem a deficiência; Atitudes negativas. Alguns profissionais atuavam em locais onde não ocorria o contato direto com o cliente, portanto não poderiam avaliar este componente.

5.6.3.2.1 Bom relacionamento

Na atual categoria, foram reunidos os relatos em que os entrevistados descreveram um bom relacionamento com paciente e afirmaram que a deficiência não interferia nessas relações.

Os entrevistados disseram não perceber diferenciação de tratamento nas relações com pacientes. Médicos e enfermeiros com deficiência em um estudo norte-americano relataram que quando o paciente tinha conhecimento de sua limitação, a maioria dos pacientes agia de forma a apoiá-lo. Ter uma deficiência parecia aproximar e tornar mais empático o seu papel de médico ou enfermeiro (NEAL-BOYLAN et al., 2012).

Houve relatos em que o profissional descreveu momentos em que o paciente expressou curiosidade quanto à sua limitação ou como o mesmo executa as suas atividades.

Também, não. Sempre, assim... Sempre tem um ou outro que pergunta, o que que eu tenho. P12

[...]Tem esse acolhimento, às vezes interagem até na vida pessoal. Questionando como é que eu consigo realizar as minhas funções, as

minhas tarefas com a deficiência, uma curiosidade sadia, tentando compreender. P1

As relações com o cliente, de forma geral, foram avaliadas como positivas. A curiosidade quanto à deficiência foi descrita como algo positivo que permitia aproximação com o paciente, não como algo constrangedor.

Terapeutas ocupacionais com deficiência relataram que apesar de não vivenciarem muitas situações positivas com paciente, eram as relações com colegas de trabalho e com superiores as principais barreiras à sua prática profissional (CHACALA et al., 2014).

5.6.3.2.2 Identificação com o paciente

A outra categoria a ser apresentada reuniu os relatos em que os profissionais relatavam situações em que, em algum momento, se identificaram com os pacientes.

Boa, sempre foi, mas eu acho que quando eu era da enfermagem atuante, era melhor, porque eu me via na situação dele. Eu acho que eu era melhor assim, mais participativa, eu conseguia me pôr no lugar, entendeu? O primeiro setor que eu trabalhei, por coincidência, foi na Neuro. Então cada paciente que eu dava banho, eu me via lá no lugar dele, dando banho. P14

A identificação com o paciente pode ser uma motivação para o trabalho, assim como pode ser fator determinante para a humanização.

No estudo em que pessoas com doença psiquiátrica atuavam em serviços de saúde mental, foi considerada motivação para o trabalho atuar com pares, onde os trabalhadores enxergavam a oportunidade de estabelecer relações igualitárias e recíprocas (MORAN et al., 2013).

A empatia é fator determinante para a humanização, colocar-se no lugar do outro e oferecer o tratamento que gostaria de receber pode ser dispositivo que possibilita uma melhor assistência ao cliente (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015).

5.6.3.2.3 Não percebem a deficiência

Assim, como nas relações com os pares, os profissionais relataram situações em que os colegas não têm conhecimento de sua deficiência. Houve relatos em que os profissionais disseram que, por vezes, os pacientes não percebem a sua deficiência.

Os pacientes, eu acho que muitos nem percebem, enfim, não tem problema nenhum. P8

Alguns nem percebem, é imperceptível para alguns [...] P3

No estudo de Neal-Boylan (2012), os médicos e enfermeiros com deficiência relataram que se sentem mais à vontade ao revelar aos pacientes que convivem com alguma deficiência que fazê-lo para algum colega de trabalho ou superior.

5.6.3.2.4 Atitudes negativas

A última categoria que será apresentada para descrever as relações com o paciente reúne relatos em que os profissionais descreveram atitudes negativas, do tipo: reclamar, duvidar da capacidade do profissional ou usar a deficiência para desacatar o profissional, em momentos de conflito direto.

Com os pacientes é muito curioso, porque chega o paciente para pegar o exame e muitas vezes eles me veem com o fone de ouvido, então de repente eles pensam à primeira vista: ahh a pessoa atende a gente com fone de ouvido, deve estar ouvindo alguma coisa, não quer, né? Quando eles veem que eu tenho a deficiência visual, aí eles ficam assim: será que isso vai da certo? Será que vai prestar? Tem pessoas assim, que duvidam do que eu estou fazendo, mas depois, assim, já chegou a pegar exame comigo, mas depois conversar com outra pessoa pra ver se estava certo, já aconteceu isso. P19

É, às vezes tem uma coisinha, outra, sabe? 'Ahh como é que coloca uma surda pra trabalhar se ela não escuta a gente', que às vezes eu fico perguntando, repete, fala mais alto, repete, fala alto aí eu até chego assim o aparelho perto. E tem uns que não gosta, porque eles acham que tinha que ter uma pessoa que escutasse assim até o que eles não estão falando, entendeu? P13

O profissional com deficiência ainda é julgado como incapaz de exercer a atividade de trabalho na mesma proporção e qualidade que um trabalhador sem deficiência (PEREZ, 2012).

Infelizmente a cultura de inclusão ainda não acontece, as instituições pouco conseguem perceber as potencialidades e vantagens da contratação de pessoas com deficiência, além de condição imposta por lei, o que por vezes resulta em não investimento nas adaptações necessárias (PEREZ, 2012).

Uma cultura institucional de inclusão precisa ser transversal, atingindo inclusive os pacientes. Outra situação que foi relatada por um profissional com deficiência foi a ocasião em que o paciente usou a deficiência para desqualificá-lo, em momentos de embate.

Em relação à questão visual, o que eu percebo, é que assim, o outro lado, quando fica com muita raiva, acaba me atacando. 'Ah aquele doutor é ceguinho, que não me deu o atestado, aquele doutor cego que é revoltado, né?' Até no consultório eu já escutei de uma paciente, que eu dei uma bronca nela, 'Ah também a gente tem que ter paciência com ele, porque ele é revoltado, por causa da questão visual. P17

Além da situação de embate em que a deficiência aparece como um tipo de xingamento, tratar o profissional como se estivesse em uma posição lastimável, que merece caridade, por causa de sua limitação também são posicionamentos negativos que demonstram preconceito da parte do cliente para com o profissional.

Estudo realizado no Brasil com trabalhadores de uma universidade, investigando concepções sobre o trabalho de deficientes, identificou que 19% dos entrevistados apontaram os pressupostos que remetiam concordância com a interpretação espiritual para a deficiência. Neste tipo de concepção as pessoas julgam que a deficiência tem origem divina e assumem atitudes de compaixão e caridade com relação à pessoa com deficiência (CARVALHO-FREITAS; TETTE, 2012).

5.6.3.3 Relacionamento com superiores

A última categoria a ser apresentada reúne a descrição dos profissionais de saúde com deficiência quanto ao seu relacionamento com os seus superiores. Foram construídas duas categorias: Bom relacionamento e Falta de compreensão.

5.6.3.3.1 Bom relacionamento

Os profissionais avaliaram as relações com seus superiores como normais, tranquilas, sentiam-se valorizados, não privilegiados e os julgavam abertos.

Normal, também, respeito mútuo, nunca tive problema em relação à deficiência física não. P9

Boa, com o superior, acima de mim, que é minha RT. [...] assim, minha chefia imediata, direta, maravilhosa a relação. P4

Também, são muito boas, são sempre muito abertos a tudo, tudo o que você precisa, até questão às vezes de uma necessidade, às vezes física ou qualquer outra coisa, eles são sempre bem abertos a ouvir, a tentar resolver. É lógico que, nem sempre dá pra atender tudo. Que o funcionário quer, mas eles sempre tentam. P15

Assim como nos relatos apresentados, em que os entrevistados classificaram de forma positiva o relacionamento com seus superiores, outros estudos destacaram a importância e vantagens para o profissional com deficiência deste bom relacionamento.

O apoio dos administradores foi considerado um facilitador para o trabalho de pessoas com deficiências, segundo Neal-Boylan (2012). O autor cita como exemplo a experiência de uma enfermeira em que seu superior autorizou mudanças quanto ao seu turno de trabalho, o que auxiliou em muito a sua necessidade física.

Receber apoio, tratamento igualitário e sentir que há confiança por parte dos superiores é visto de forma positiva pelos profissionais com deficiência.

Por exemplo, quando eu fiz mestrado, eu negocieei o mestrado, meus horários de trabalho sem precisar de pegar atestado e não era uma coisa que eu tinha privilégios, assim, por exemplo: eu não venho atender hoje porque eu tenho uma disciplina em Ribeirão. 'Não? Amanhã você tá aí? Joga seus pacientes para amanhã, você vem e faz.' Não tive nenhum problema. P17

Eu sinto que existe neles, também, uma confiança no meu trabalho. Então eles me respeitam muito por isso, eu os respeito também. E é muito legal. P19

Nos estudos de Chacala et al. (2014) e Neal-Boylan et al. (2012), os profissionais de saúde destacaram predominantemente relacionamento pouco compreensível por parte dos superiores. Diferente do que foi relatado pelos profissionais entrevistados neste estudo.

Quando a instituição se dispõe a de fato incluir a pessoa com deficiência, as ações voltadas para esta inclusão envolvem todos os colaboradores, superiores, pares, cliente,

ambiente, de modo que o deficiente possa se sentir verdadeiramente acolhido e respeitado (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

5.6.3.3.2 Falta de compreensão

Nesta categoria, destacam-se situações em que o profissional não se sentiu apoiado pelo supervisor de uma profissão, diferente da sua.

Se o superior for da enfermagem me compreende, agora alguns de outras áreas, minha experiência, eu não vejo tanta compreensão. P5

O achado desta pesquisa diverge do que enfermeiros com deficiência, em um estudo qualitativo internacional, afirmaram. Os enfermeiros que relatavam sentir-se apoiados tinham superiores que não eram enfermeiros. Relataram situações em que sentiam maior apoio e empatia de supervisores médicos (NEAL-BOYLAN, 2014).

Espera-se que o superior da mesma classe profissional consiga compreender melhor as necessidades do profissional com deficiência de sua mesma categoria profissional, por compreender melhor as funções e exigências à profissão. Mas, como citado anteriormente, é preciso uma cultura de inclusão que atinja a todos os colaboradores e gestores, independente da classe profissional.

Abaixo se apresenta a nuvem de palavras que mostra os termos que mais foram descritos pelos entrevistados, para descrever o relacionamento interpessoal.

Figura 7 - Nuvem de palavras Relações interpessoais no trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.

que melhorasse, mas é uma coisa muito pessoal, depende muito de mim realmente. P8

Educação inclusiva e inclusão no trabalho estão estritamente relacionadas. A educação quando adota os princípios da educação inclusiva auxilia o indivíduo com deficiência. Ele tem a oportunidade de interagir com outras pessoas (deficientes ou não) desde a infância, assim há maiores chances de aperfeiçoar a sua capacidade de relacionamento social e, conseqüente, melhor inserção no trabalho (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

5.6.4.1 Expectativas quanto às relações com colegas de trabalho

Neste capítulo, são apresentadas as expectativas dos profissionais quanto ao relacionamento com seus pares. A partir dos relatos, construíram-se duas categorias: Não mudaria e Propostas de mudanças.

5.6.4.1.1 Não mudaria

Nesta categoria, reuniram-se relatos em que os entrevistados avaliam as relações com os colegas de trabalho como boas e não conseguem exprimir desejo por mudança.

Ah não sei acho que não, com os colegas eu nunca tive problema assim, eu acho que não tenho, o pessoal é muito gente boa, assim, o pessoal com quem eu já trabalhei, eu nunca trabalhei com gente complicada assim não. Graças a Deus. P13

Eu não gostaria que fosse diferente, eu gosto do jeito que é. Eu acho que com muita sinceridade, o que a gente tem que falar a gente fala. P16

Os entrevistados consideram as relações gerais como boas, inferem não ter desejo ou sugestões de mudanças, apenas que continuem a ser tratados com respeito e de forma igualitária.

5.6.4.1.2 Propostas de mudanças

Nesta categoria, os entrevistados expressam alguns dos seus desejos quanto ao relacionamento com seus colegas de trabalho. Reuniram-se aqui os relatos em que os profissionais citaram que gostariam de diálogo, confiança e trabalho em equipe.

A relação hoje, o mais importante seria o diálogo, né? P1

Olha eu acho, que colega de trabalho a gente tem algum atrito sim, mas uma forma pra você resolver esse problema seria conversar, eu acho que o mais certo pra você seria conversar, desde que se você não conversa, você nunca dá o início pra resolver aquilo, você tem um problema com um colega seu, aí você vai tentar, você tem que conversar com ele [...] P10

O diálogo é citado na PNH como ferramenta para a humanização. O diálogo entre os diversos profissionais e destes com superiores e pacientes possibilita sinergia do serviço para que ele possa atender às demandas apresentadas (BRASIL, 2011; CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015).

Os profissionais não citaram a questão da deficiência relacionada ao desejo de mudança de comportamento dos colegas. Eles consideram prioridade um problema comum a toda a sua equipe de trabalho: a necessidade de maior diálogo.

Acho que o segredo do ambiente de trabalho saudável é trabalho em equipe mesmo, assim, nem sempre todo mundo trabalha em equipe, né?... Eu falei a questão da equipe, que é uma equipe boa, mas assim, nem sempre, nem todos os dias, às vezes a acessibilidade das pessoas, a flexibilidade de compreensão um do outro, acho que isso ajuda no desenvolvimento do trabalho, porque o trabalho em equipe é o segredo pra melhor recuperação do paciente, essas coisas, acho que é isso, melhor assim, uma flexibilidade. P12

Quando o ambiente de trabalho favorece as relações entre os profissionais e valoriza a contribuição dos membros da equipe, torna-se um ambiente favorável à humanização. O trabalho em equipe é também requisito essencial para melhores e mais humanizadas práticas em saúde (BRASIL, 2011).

O trabalho em equipe é assunto discutido na saúde pelas suas vantagens e por suas dificuldades de colocá-lo em prática. Não é algo que acontece espontaneamente e de forma generalizada na instituição, precisa ser tratada pela gestão na condição de diretriz e ser reconhecida como tecnologia para prática de saúde (BRASIL, 2011).

5.6.4.2 Expectativas quanto às relações com pacientes

Nesta parte, apresentam-se as vontades expressas pelos profissionais de mudanças nas relações que acontecem com os pacientes. Duas categorias foram construídas a partir dos relatos: Bom relacionamento: não mudaria e Mais compreensão.

5.6.4.2.1 Bom relacionamento: não mudaria

A categoria reúne os relatos em que os profissionais julgavam o relacionamento com os pacientes como bom, sem sugestões de melhorias e expressavam o desejo de poder dar mais atenção a eles.

Com os pacientes, eu falo que o que me dá menos problema dentro do hospital é o paciente, porque são muitos que são humildes, outros nem tanto, né? Mas, com o paciente eu não gostaria que fosse nada diferente não. P16

Com os pacientes é mais a atenção, dar mais atenção a eles. P7

Os profissionais consideraram o seu relacionamento com os pacientes ideal e se preocupam com a sua capacidade de dar atenção aos mesmos, por sobrecarga do serviço.

Chacala et al. (2014) apontam que no estudo que realizaram com terapeutas ocupacionais com deficiência entrevistados, eles demonstravam resistência para discutir as experiências que tiveram com pacientes e davam maior importância às situações com colegas de trabalho e superiores.

5.6.4.2.2 Mais Compreensão

Nesta categoria, reuniram-se os relatos em que os entrevistados manifestaram o desejo por mais compreensão da parte dos pacientes, no sentido de confiarem mais no seu trabalho e entenderem a sua limitação.

Então quando eu tenho que fazer uma perícia, tá difícil de enxergar e o cara, sai daqui, a hora que eu termino, que eu entrego, ele bate na porta, volta e fala assim. Eu dou a data pra ele conferir, falo confere o seu laudo, vê se tá tudo certo. Às vezes eu passo batido, não vou direto, ele chega lá fora e fala: Doutor, eu esqueci, o dia não é esse não. Aí eu tenho que voltar e fazer de novo, isso me cansa, isso me enche o saco. Você já viu aqui como eu chego perto do computador, então, assim, isso força a vista, isso cansa. Mas, não tem nada assim, pra reclamar, falar, assim, isso é um absurdo. P17

Os profissionais relataram situações em que os pacientes reclamavam de situações que não dependiam diretamente do profissional, mas de normas institucionais. Outra situação discutida retrata o momento em que executar uma atividade que pode ser de fácil execução para um outro profissional, mas para o profissional com deficiência é necessário grande esforço.

Neal-Boylan, Fennie e Baldauf-Wagner (2011) realizaram estudo incluindo enfermeiras com deficiência visual e apresentaram o relato de uma enfermeira que expõe o quanto ela precisa se esforçar para ler, escrever ou se comunicar em algumas situações, coisas que parecem muito simples para qualquer outro profissional.

Os pacientes é até meio difícil de você falar, porque você atende pessoas de vários tipos de esclarecimento, tem pessoas bem esclarecidas, tem outras que não, tem pessoas, pelo que eu pude perceber, a maioria das pessoas que vem pegar exames são pessoas mais idosas, então, esse público, você tem que ter um certo cuidado com eles, são mais sensíveis. Ainda penso que o que falta pra eles comigo, talvez seria, não sei, talvez acreditar mais, não ter medo do que eu faço, mas isso aí é deles, eu não posso tirar, né? Até que eu os atenda, eles podem até ter medo, assim, de ser atendidos por mim. Então, eu acho que não tem muita coisa a se fazer não, você tem que ir aguardando mesmo. P19

No relato, o profissional expõe o desejo de que os pacientes possam confiar na sua capacidade para o trabalho.

A falta de confiança e o preconceito estão associados à falta de informação sobre as potencialidades, capacidade e necessidades da pessoa com deficiência (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015). A imagem da deficiência na sociedade, durante a história, já esteve

associada ao isolamento e até à teatralização e aos *freak shows* (PICCOLO; MENDES, 2012). Ainda há muito a se discutir, investigar e orientar sobre as concepções e pressupostos relacionados à deficiência.

5.6.4.3 Expectativas quanto às relações com superiores

Nesta parte, apresentam-se os desejos e sugestões dos profissionais quanto a mudanças no relacionamento com seus superiores. Constroem-se duas categorias a partir dos relatos: Bom relacionamento: não mudaria e Propostas de mudanças.

5.6.4.3.1 Bom relacionamento: não mudaria

Nesta categoria, reuniram-se relatos em que os entrevistados expressaram ter um bom relacionamento e percebiam que os superiores eram acessíveis, portanto não desejavam alterações no comportamento ou no tipo de relacionamento com seus supervisores.

A minha chefe, por exemplo, a minha chefe do setor, é uma pessoa de acesso, ela é de bom acesso, as reivindicações que eu fiz, a maioria delas, elas foram contempladas depois que ela passou a ser chefe, porque ela veio com uma visão, assim, mesmo. Então eu não sei se é pelo fato dela ter um filho com deficiência, ela tem um filho com Down, então ela é bem sensível, e ela nisso me ajuda bastante, quando eu peço as coisas, ela corre atrás mesmo, que ela fala: 'gente, ele briga, então se eu não for eu acabo apanhando dele aqui'. Então o relacionamento com ela é tranquilo. P19

Assim como exposto na fala do entrevistado, no estudo de Neal-Boylan (2014), os enfermeiros relataram que os superiores que conviviam com alguma doença crônica ou deficiência eram mais empáticos. Até mesmo na ocasião de contratação, aqueles que já haviam vivido situações de doença crônica ou deficiência pareciam ser mais receptivos à contratação de profissionais com deficiência.

A experiência de conviver com a deficiência pode sensibilizar os supervisores para olhar com mais atenção para as necessidades dos demais profissionais nesta condição.

5.6.4.3.2 Propostas de mudanças

Nesta categoria, os profissionais citaram algumas alterações que gostariam que ocorressem nas relações com seus superiores, como mais fácil acesso aos superiores, que permitissem uma gestão compartilhada e o atendimento de suas reivindicações.

Então assim, essa questão da resolução do problema, deveria ter uma forma mais fácil de você resolver, de você fazer uso do PABX para contactar uma pessoa e resolver o problema. Mas não nessa noite eu tive que entrar em contato com N pessoas para resolver o problema. Que foi resolvido, mas a questão de você já ter uma pessoa para entrar em contato naquele momento, porque assim, no noturno para entrar em contato com esse pessoal que trabalha no diurno é mais complicado, é muito mais complicado, que tivesse uma pessoa no noturno, mesmo se não tivesse, mas alguém que você pudesse entrar em contato para resolver aquele problema. P18

Com superiores? Que me vissem como parceiro. P6

Nas falas dos entrevistados, eles expressam a necessidade de uma gestão menos centralizada, mais acessível. Para humanização dos espaços e relações, é necessária adoção de uma gestão compartilhada e da horizontalização das estruturas organizacionais, permitindo a participação nas decisões de todos os sujeitos envolvidos e favorecendo processos coletivos de gestão do trabalho (BRASIL, 2011).

Se há descentralização e horizontalização das estruturas de gestão do trabalho, maior é a participação dos profissionais nos processos decisórios e mais fácil é a resolução dos problemas.

Os profissionais entrevistados falaram do desejo de ter maior resolutividade e devolutiva frente às solicitações que realizavam aos superiores.

Diálogo em muitos pontos aqui até que existe já, só não são efetivadas as necessidades, muitas vezes assim, eles acolhem o que a gente precisa, o que a gente sugere, mas talvez por outros motivos quaisquer isso não é levado adiante. Então, assim, eu gostaria que houvesse mais interesse em resolver as coisas, mais urgentes que nós estamos vivendo hoje. P1

O desejo de ter atendidas necessidades e condições que possam melhorar a situação de trabalho foi relatado pelos profissionais. Em outra fala, um entrevistado destaca a espera, ainda sem retorno, da solicitação feita quanto à instalação do piso tátil.

Diferentemente do que foi expresso pelos entrevistados no estudo que aqui se apresenta. Enfermeiros e médicos com deficiência incluídos no estudo de Neal-Boylan et al. (2012)

O terceiro e último eixo da ambiência, segundo a PNH, considera o espaço como ferramenta onde se desenvolvem os processos e a organização dos serviços.

Apresentar-se-ão as categorias que emergiram dos relatos dos profissionais de saúde com deficiência, ao descreverem a organização do trabalho na instituição ou no seu local de trabalho. Propõe-se apresentar os “motivos por que”.

Dos relatos emergiram duas categorias: Dificuldade da instituição e Organização e processos adequados, que serão apresentadas na sequência.

5.6.5.1 Organização e processos adequados

Nesta categoria, reúnem-se relatos em que os entrevistados descreveram melhorias na instituição ou adequada organização e processos de trabalho.

[...] Melhorou do que quando eu entrei, porque eu tenho muitos anos aqui, melhorou muito, melhorou muito [...] P10

É supertranquilo aqui, a gente tem sempre uma rotina, os protocolozinhos que a gente segue, então assim, é supertranquilo, é uma receitinha de bolo. O material entrou você faz isso, isso, isso e aquilo. Então assim, é tudo muito organizado, desde a questão da parte que você for sair pra coletar, até você sair com o resultado final. Tem sempre um check-list, coisas que a gente segue. P15

Os entrevistados descreveram melhorias ou um serviço organizado, baseado em protocolos e normas. Processos de trabalho bem definidos e organizados favorecem a humanização da prática de cuidado.

O processo de trabalho se relaciona à conduta e compreensão dos métodos e práticas já adotados como rotinas pelos profissionais. A ambiência pode ser ferramenta facilitadora para mudanças que modifiquem processos e tornem o ambiente mais humanizado (BRASIL, 2017).

5.6.5.2 Dificuldades da instituição

Nesta categoria, serão apresentadas as falas em que os profissionais identificam algumas dificuldades, falhas da instituição quanto à organização dos processos de trabalho e que impactam na sua capacidade de entrega de um serviço de boa qualidade.

Foram citadas falta de recursos humanos, falta de recursos materiais, falta de condições para atender e superlotação.

Às vezes tem equipamentos que estão obsoletos, falta material, esse é o nosso maior desafio, da falta de vários insumos materiais. P9

Falta da própria organização dos processos, de distribuição de pessoal, sempre trabalhando com o mínimo do efetivo [...] P1

A gente sente falta de condição melhor para atender os pacientes, assim, mas eu sei que isso não é culpa da instituição. P11

Tem a questão da alta demanda [...] P9

Os profissionais consideram que tais questões se relacionam a falhas da organização do serviço ou da gestão da instituição.

Mesmo que o profissional esteja sensibilizado e tenha a disponibilidade de oferecer um cuidado humanizado ao cliente, este não será possível se não estiverem disponíveis recursos materiais e humanos em quantitativo e qualitativo suficientes (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015).

Falhas na comunicação também foram descritas para ilustrar a organização do serviço.

Tem muitas falhas né? Falhas de comunicação, se tem um fluxo, mas o pessoal não segue, se tem uma rotina, uma forma de trabalhar, isso aí vai adequando no dia a dia. P5

As instituições de saúde para oferecer uma assistência de qualidade precisam de canais de comunicação bem definidos. A comunicação pode ser ferramenta essencial da gestão para regulamentação de ações, favorecer o compartilhamento dos conhecimentos e padronizações, além de permitir a identificação das barreiras comunicacionais (MANZO; BRITO; ALVES, 2011).

Os entrevistados descreveram também a organização e a gestão, de forma geral, como falha.

É falha aqui, superfalha, não tem um organograma, não tem um seguimento. Às vezes um plantão organiza tudo, hoje você tá numa enfermaria isolamento, você não vai nas outras, no outro plantão não, se você quiser ajuda, você vai ter que sair do isolamento e ajudar. Assim, entendeu? Não tem um seguimento de organização, cada um pensa de uma forma e age do jeito que eles pensam, não tem um seguimento só. Entendeu? P13

A associação de falhas da gestão à descrição da organização e processos de trabalho pode se relacionar ao fato de que a questão organizacional é a matéria-prima sobre a qual incide a ação dos gestores. Ao gestor cabe coordenar a provisão de recursos materiais, humanos, equipamentos, gerenciar conflitos da equipe e planejar ações de assistência (LITTIKE; SODRÉ, 2015).

A falta de estrutura de acessibilidade também foi associada a falhas na organização e na gestão dos recursos financeiros.

Precisariam ser feitas, para ontem, inclusive essa parte de acessibilidade. E essa parte de acessibilidade, eu sei que eu vou, talvez, eu vou sair daqui e talvez ela não vai acontecer, porque você sente a resistência. Eles têm outras prioridades e muitas vezes prioridades bem particulares, bem assim, ainda aquela coisa de assim, 'ahh vamos priorizar por exemplo, um congresso de um médico, uma coisa assim, vamos priorizar outras coisas', mas a acessibilidade fica pra depois. Então eu penso isso. P19

Empresas ainda são relutantes em implantar adaptações que promovam a acessibilidade, alegando que irão causar grandes gastos ao serviço. Algumas adaptações podem favorecer também pessoas com outras limitações: como idosos, gestantes, pacientes obesos com dificuldade de locomoção entre outras situações crônicas, além do fato de que nem sempre é necessário grande investimento, muitas adaptações têm baixo custo (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

O fator organização esteve permeando a discussão dos demais eixos da ambiência. Assim como esclarecido na cartilha da PNH, a ambiência é dividida em três eixos apenas para fins didáticos, visto que, na prática, os três eixos devem estar sempre juntos na composição da ambiência.

A nuvem de palavras ilustrará as principais palavras utilizadas pelos entrevistados para descrever os processos de trabalho e a organização do serviço nos hospitais.

Figura 9 - Nuvem de palavras Organização do serviço, segundo profissionais de saúde com deficiência.

profissional; Desafios institucionais; Desafios do ser-profissional-deficiente. E alguns profissionais afirmaram não identificarem desafios no seu trabalho que mereciam destaque.

5.7.1.1 *Desafios na vida pessoal (motivo por que)*

Apesar de ter sido solicitado destaque ao trabalho, alguns profissionais relataram dificuldades que enfrentam no seu dia a dia. Foram descritas situações em que o profissional vivencia a falta de acessibilidade em locais públicos, a falta de acessibilidade urbana e conseqüentemente a proteção da família.

Uma coisa da minha casa, assim, quando eu estava prestando residência, eu prestei São Paulo, prestei residência em Ribeirão e na Unicamp. A minha mãe falou assim comigo: onde você quer passar? Eu falei eu quero passar em São Paulo, minha primeira opção. Eu só estava prestando residência legal, qualquer uma que eu passasse era bom, a minha escolha era São Paulo. Ela virou pra mim e falou assim: eu tô torcendo para você não passar em São Paulo. Eu falei: Ahh, por que, mãe? Ela falou: você é cego, você vai morrer atropelado. Então eu acho o seguinte, o sujeito que se sente coitado, o sujeito que se sente prejudicado por isso, quando escuta um negócio desse da própria mãe, o que que ele fala? Ele se encolhe e pensa: ahh eu não tenho condição. Se eu tivesse visão normal eu ia fazer isso, ia fazer aquilo. Então eu acho que as pessoas têm medo de enfrentar isso. É lógico que se o externo facilita, isso te ajuda, mas acho que isso é muito mais, até mesmo pela minha formação psiquiatra, eu acho que isso é muito mais interno. P17

A acessibilidade oferece autonomia e segurança à pessoa com deficiência. A acessibilidade urbana é prevista por lei, mas infelizmente é pouca atendida, principalmente em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Em alguns locais, como em Helsinki na Finlândia, houve troca de toda a frota de veículos e adequação dos locais de parada e estações. Os passageiros podem esperar pelo transporte em um local seguro e sem a necessidade de subir degraus para entrar nos veículos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Um estudo brasileiro, em que foram acompanhadas crianças com deficiência na experiência de utilizar TA, demonstrou inadequação do transporte público, dificultando a locomoção para o lazer e a assistência à saúde (VARELA; OLIVER, 2013). Se desde a infância estas dificuldades são enfrentadas, a família tende a adotar uma postura protetora com relação ao familiar com deficiência (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

Apesar de usar exemplo de situações da vida pessoais, tais questões impactam também no trabalho, como a acessibilidade urbana e a proteção da família que teme pela segurança do deficiente, no ambiente de trabalho.

Outra situação que tem o mesmo contexto foi a vivência que um entrevistado contou da sua rotina pessoal, que ela entendia como um desafio.

Outro dia eu fui picar um tomate, aí entreguei o tomate na minha mão, aí quando eu concentrei que eu segurei o tomate na minha mão, minha mão espremeu o tomate, isso para mim é a morte. P14

Na situação, o entrevistado descreve uma atividade doméstica que pode parecer relativamente simples para a maioria das pessoas, no entanto, o fato de ter fracassado na tentativa de realizar tal atividade causou frustração.

O sentimento de frustração por falhar na tentativa de realizar a atividade pode ser reproduzido também no trabalho. Enfermeiras e médicos com deficiência entrevistados por Neal-Boylan (2012) relataram sentimento de diminuição da autoconfiança e autoestima quando tentavam realizar alguma atividade de forma compensatória, sem utilizar acomodações, mas não conseguiam realizá-la facilmente.

5.7.1.2 Desafios da vida profissional (motivos para)

Nesta categoria, os entrevistados consideraram como maior desafio planos que possuem ainda com relação à carreira profissional. Ambos os temas apontados já foram discutidos e citados pelos entrevistados, em outros momentos da pesquisa.

Os entrevistados apontaram o desejo de continuar os estudos e continuar contribuindo com a profissão.

Meu maior desafio eu acho que é continuar estudando, me manter atualizada, estar sempre atualizada, e como professora. Eu acho que é me manter motivada, eu gosto de dar aula, me manter motivada para oferecer um bom trabalho os alunos, principalmente nesta área de pesquisa, que é uma área que eu não trabalho tanto, não tenho tanta experiência. P8

Na área da saúde, os avanços tecnológicos são frequentes, e as inovações permitem renovar o processo de cuidado e prática profissional com novas ações, técnicas e condutas que possam oferecer o melhor resultado na recuperação e promoção da saúde (PEDROLO et al.,

2009). É desafio para os profissionais de saúde acompanhar a velocidade dos avanços em pesquisa na saúde.

5.7.1.3 Desafios institucionais (motivos por que)

Nesta categoria, os profissionais elencaram como principais desafios, para o seu trabalho, problemas institucionais. Citaram: a falta de estrutura adequada, falta de materiais, falta de recursos humanos, gestão insuficiente, resistência a mudança e salários.

Resistência de mudança, com alguns colaboradores, principalmente os mais antigos de casa, que não aceitam mudança. “a” é “a”, “a” não pode ser “b”, não pode mudar um pouquinho, aquela coisa totalmente doutrinada, tem que ser assim, assim, assim, assim, assim, alguma coisa diferente que vai melhorar, não tem nem, não quer tentar, não quer saber de nada. P4

As faltas de recursos, estrutura e falhas da gestão foram apontadas pelos entrevistados como expectativas de melhorias, ao abordar ambiente e organização. Destaca-se aqui fala em que o profissional cita como principal desafio no seu trabalho a resistência a mudanças por parte de outros profissionais.

Hospitais são organizações hipercomplexas e muito resistentes a mudanças. Possui estruturas burocráticas centralizadas, autoritárias e fragmentadas (BRASIL, 2011). Os profissionais costumam assumir a cultura organizacional, se a instituição se mostra rígida e pouco aberta a mudanças, será difícil implantar ações isoladas, sem grandes alterações transversais.

Outra situação que foi descrita pelos profissionais destacou o salário como um desafio.

Quanto a salário, eu pelo salário que eu ganho hoje, assim a gente faz as contas, todo mundo tá pagando as contas, eu quando eu entrei aqui, eu tinha x salários, hoje eu tô menos do que eu ganhava, né? Então você não foi tão valorizado, né, a minha classe, financeiramente eu não fui, eu não, todos os meus colegas, claro, não foi só eu. P10

Salário foi apontado como fator que mais influenciou a qualidade de vida no trabalho, segundo trabalhadores com deficiência, no estudo de Coutinho et al. (2017). Outros fatores foram apontados como capazes de influenciar a qualidade de vida no trabalho, mas o aspecto financeiro foi o que mais esteve associado à capacidade de levar à satisfação.

No relato apresentado, o profissional demonstra insatisfação com as perdas salariais, no entanto, considerando a temática de estudo, é importante salientar que no caso dos profissionais incluídos no estudo que aqui se apresenta, não há diferenciação salarial associada à deficiência.

5.7.1.4 Desafios do ser-profissional-deficiente

Nesta categoria, reuniram-se os relatos em que os entrevistados elencaram como maior desafio o medo de falhar e expor sua deficiência no ambiente de trabalho, assim como o desejo de ser reconhecido como capaz.

No meu trabalho, quase que nenhum, mas o meu desafio, não é um desafio, mas um medo, é quando vai usar a mão, né? E ter que pegar alguma coisa e eu não conseguir. Esse é meu medo, mas geralmente isso não acontece. P3

É justamente, executar uma atividade que vai necessitar desse meu membro deficiente, sabe? Às vezes até nós mesmos, nos colocamos em uma situação de risco, porque, algumas pessoas podem até olhar para a nossa deficiência, mas até nós mesmos somos preconceituosos com a nossa deficiência. Porque às vezes a gente não quer demonstrar uma fraqueza, que naquele momento faz parte de você, mas antes não fazia. Mas a partir do momento que aquele problema, faz parte de você, o que você busca é tentar ocultá-lo de alguma forma ou não usando o suporte, que você é necessário usar, às vezes você não está usando no ambiente de trabalho, mas na sua casa você está usando o tempo todo, né? Porque, você não quer que ninguém te veja fragilizado, nossa ele tem uma deficiência. P18

Nos relatos, os entrevistados falaram de situações em que durante a sua atividade de trabalho temem falhar ao fazer uso do membro que tem alguma limitação. No segundo relato, o profissional cita o fato de evitar o uso da órtese por essa o identificar como pessoa com limitação.

Quando a deficiência é visível, as pessoas se empenham mais em ajudar e prover acomodações ao profissional. Neal-Boylan (2014) aborda, no seu estudo, a associação da imagem tradicional do profissional de enfermagem a heróis que trabalham além da sua capacidade de força e resistência, para oferecer o melhor cuidado aos seus pacientes.

Assim como no relato em que o entrevistado evita usar a órtese – que é de uso recomendado devido a uma limitação em um dos membros – para que outros não o vejam como deficiente. Médicos e enfermeiros com deficiência de um estudo internacional preferem

esconder a sua deficiência de colegas de trabalho, superiores e paciente e, também, dispensam o uso das adaptações (NEAL-BOYLAN et al., 2012).

Na segunda fala, o entrevistado cita o fato do preconceito quanto às suas próprias limitações. Enfermeiras com deficiências citaram ser necessário reconhecer e aceitar a própria condição para se inserir em um trabalho que seja possível de ser executado (NEAL-BOYLAN, 2014).

O relato de um entrevistado, ainda na perspectiva da possibilidade de falha no trabalho, aborda outro aspecto.

A pessoa com deficiência ela precisa ser muito boa de serviço e precisa ser certinha. Porque, um outro, tipo vamos dizer assim, um colega que é tido como normal, porque se você não tem uma deficiência aparente, você é tido como normal, se ele errar, não tem problema, mas se eu errar, alguém vai falar alguma coisa. Por exemplo, a entrega de exames, já aconteceu de colegas meus, que chegaram a trabalhar comigo, entregar exame errado, mas aí eu falo muito, mas se fosse eu, entregou errado, porque é o cego, né? Mas como não foi o cego, não tem problema. Então, um dos desafios, é você procurar ser bem bom de serviço, mesmo, bem assim, atento, pra não deixar assim, nenhuma margem para que as pessoas venham falar de você, para eu também ter argumento pra dizer... Porque eu sempre falo assim, da mesma forma que eu erro, vocês erram, da mesma forma que vocês acertam, eu também acerto. Então isso também é um desafio, você tem que ser bem bom naquilo que faz, ser bem atento. P19

O entrevistado aborda uma posição diferente dos relatos anteriores, ao desvincular a chance de falha da sua situação à deficiência e expor posicionamento da necessidade de provar que é realmente capaz de realizar a atividade para ser reconhecido e respeitado no trabalho.

Esta questão foi abordada no estudo de Neal-Boylan et al. (2012), em que os profissionais com deficiência afirmaram sentir-se pressionados a provar que eram capazes e competentes pelo fato de conviver com alguma limitação.

Todo indivíduo está sujeito a falhas no trabalho, e a ocorrência de falha por parte de um profissional com deficiência não deve estar exclusivamente associada à sua limitação. Os motivos por que ocorrem as falhas são diversos e assim devem ser entendidos e tratados com qualquer profissional, com deficiência ou não.

5.7.2 Facilitadores

Assim como realizado ao solicitar que os entrevistados elencassem desafios, foi também solicitado ao entrevistado que escolhesse o seu maior facilitador para o trabalho. Das falas dos entrevistados emergiram as categorias: Facilitadores pessoais e Facilitadores institucionais. Alguns profissionais afirmaram não identificarem um facilitador importante para o trabalho.

6.7.2.1 Facilitadores pessoais (motivos por que)

Nesta categoria, reuniram-se relatos em que os entrevistados apontaram como facilitadores para o seu trabalho características pessoais e sentir-se útil, gostar do seu trabalho.

Eu acho que é essa desenvoltura que eu tenho, não tenho medo de encarar alguma coisa. P13

Eu acho que, te digo que pode ser a minha força de vontade, assim, eu sou muito disposto a aprender, se eu não sei realmente, eu vou chegar e falar: eu não sei. Então assim, eu acho que ter essa minha força de vontade, de aprender, de correr atrás, de querer, sempre buscando coisa nova, acho que me facilita muito, que às vezes uma coisa que muda, uma coisa diferente. Assim, tipo, já gosto de ir atrás, pesquisar, saber. Então, às vezes, quando chega a metodologia pra gente, já mudou, eu já de certa forma, já tô, não vou dominar, mas de certa forma, já vou tá meio por dentro, o que mudou, o que vai acontecer meio diferente. P15

Nos relatos apresentados, os profissionais avaliam a sua força de vontade e seu empenho no trabalho como um facilitador.

No ambiente de trabalho, o profissional pode ser exposto a situações hostis, barreiras atitudinais e preconceitos (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015). Quando a pessoa com deficiência decide não depender do BPC para ingressar no mercado de trabalho, precisa dispor de recursos internos para manter-se motivado.

Os profissionais citaram também gostar da sua atividade e sentir-se bem por conseguir atuar como profissional de saúde, apesar da deficiência.

Acho que eu sinto bem, eu como portador de deficiência conseguir fazer esse trabalho, realizar as tarefas. P3

Primeiro eu gosto do que eu faço, eu acho que isso aí é um facilitador, porque se a pessoa não tem gosto pelo que faz, acho que isso dificulta.
P12

Gostar do trabalho ou profissão foi apontado anteriormente pelos entrevistados como significado para o trabalho. O gostar e o prazer gerado pelo trabalho costumam estar associados ao sentimento de reconhecimento e realização (HOFFMANN; TRAVERSO; ZANINI, 2012).

O entrevistado expressa, na primeira fala, sentir-se bem por conseguir executar o seu trabalho apesar da sua deficiência, o que sugere um sentimento de superação e realização, este último, por sua vez, é fator motivacional para o trabalho.

5.7.2.2 Facilitadores institucionais (motivos por que)

Os profissionais identificaram, como facilitadores para o seu trabalho, o apoio de colegas e superiores, além de rotina tranquila e conhecer o trabalho a ser realizado.

Maior facilitador? Eu acho que as chefias que eu tive, sempre foram compreensivas em relação às minhas limitações e respeitam. P11

Do meu trabalho aqui? Eu acho que a equipe de trabalho, eu acho que, graças a Deus eu trabalho com uma equipe muito boa e sempre que eu tenho dúvida diagnóstica, sempre que eu tenho alguma dificuldade no diagnóstico das doenças, ou alguma dificuldade até com os alunos, que isso não é muito comum não, mas eventualmente aparecem as dificuldades, principalmente quando eu estava no início da carreira, né? As dificuldades eram maiores, eu sempre pude contar com os meus colegas, tanto os médicos, quanto os professores, também. Isso pra mim é uma coisa maravilhosa, porque eu sinto que eu não estou sozinha. P8

Em momento anterior, ao abordar o relacionamento no trabalho, o apoio dos colegas de trabalho e dos superiores foi também considerado fator positivo. Achado que é reforçado ao ser apontado como um facilitador para o trabalho.

Outros fatores facilitadores institucionais apontados pelos entrevistados relacionaram-se à rotina de trabalho tranquila, sem pressão, e à *expertise* quanto à atividade de trabalho.

O facilitador aqui, o serviço não é estressante, se a pessoa falar que é estressante não é, nós temos colegas com vários problemas aqui, que são particular que gerou o afastamento dele, então nós temos colegas nossos que estão afastados não pelo trabalho, é por problemas particulares dele. Então o facilitador aqui, é uma área muito tranquila

de trabalhar, você não tem muita gente pra você tratar com as pessoas, né? Porque o setor é mais tranquilo, não é como um pronto socorro, que você fica ali tumultuado, cheio de gente correndo, aqui e a rotina a gente trabalha em uma rotina que não é estressante. Ela chega até ser estressante de tão tranquila que é, tranquila porque eu falo assim, tranquila porque não tem uma coisa, de se tratar com público, o público te pressiona, né? Aqui a gente não tem essa pressão, que eu acho bom. P10

Por eu estar formado há 5 anos, em 5 anos, você pega uma experiência boa. Então, assim, desde que eu formei, eu sempre trabalhei em laboratório, então. Essa já é a terceira empresa já que eu trabalho, então assim você acaba juntando bagagens, convivendo com pessoas e você aprende muito. Eu tenho especialização também na área. P15

A sobrecarga de trabalho foi considerada fator estressante segundo trabalhadores de uma universidade, em estudo realizado no Brasil (CARVALHO-FREITAS; TETTE, 2012). Quando há uma rotina tranquila, em que o profissional pode trabalhar de forma planejada e adequada, maiores são as chances de este sentir-se satisfeito com o trabalho e menores são as chances de adoecimento decorrente do trabalho.

Na segunda fala, o entrevistado cita a sua experiência no trabalho como fator facilitador, por já conhecer o trabalho e as rotinas. Quando o profissional relata experiência e capacitação para o trabalho que executa, pode sentir-se mais seguro para executar seu trabalho. Falta de capacitação foi considerado fator estressante, segundo trabalhadores que atuam em uma universidade no Brasil (CARVALHO-FREITAS; TETTE, 2012).

Abaixo é apresentada a nuvem de palavras que resume os termos mais usados para definir os facilitadores e desafios no trabalho para os profissionais de saúde com deficiência.

Figura 10 - Nuvem de palavras Desafios e Facilitadores no trabalho, segundo profissionais de saúde com deficiência.



Fonte: Das autoras, 2018.

A nuvem de palavras mostra os dois temas centrais abordados: desafio e facilitador em destaque. A palavra “pessoas” aparece em intensidade por ter permeado a discussão, tanto com relação aos fatores facilitadores quanto aos desafios relacionados ao trabalho.

5.8 MENSAGEM PARA OS PROFISSIONAIS COM DEFICIÊNCIA

Como oportunidade para se expressar livremente e falar mais reflexivamente sobre o ser profissional de saúde com deficiência, solicitou-se aos entrevistados deixar uma dica ou um recado para os profissionais de saúde com deficiência. Das falas, foi possível construir duas categorias: Superar-se e Respeitar seus limites.

5.8.1 Superar-se

Nesta categoria, reuniram-se os trechos em que os profissionais deixam como dica: superar seus próprios limites, tentar adaptar-se e não usar deficiência como desculpa.

Que somos capazes, sim, porque não? Eu poderia muito bem ter ficado satisfeita com a situação de deficiente, me aposentado, tá recebendo aí,

um salário mínimo e estar em casa, mas não. Eu quis mostrar que eu sou capaz, eu posso sim, eu posso ter família, eu posso ter filhos, cuidar dos meus filhos, posso ser uma profissional bem realizada, bem-sucedida. Somos capazes sim, basta acreditar e não se acatar com a falsa imagem de: nasci com deficiência, ficar com aquela autoestima baixa, sou deficiente, vou ficar quieto. Eu dou conta, sou capaz. Ah, eu tenho essa restrição, não por que não, eu tenho que pelo menos tentar para eu falar que eu não dou conta, então eu tento, se eu não dei conta, eu falo: eu tentei, eu não dei conta, pronto. P5

Eu acho que o recado é assim, a gente é muito menos limitado do que a gente imagina e a gente faz mau uso da nossa limitação. E eu acredito e aí tem a ver diretamente com a minha profissão, que todo mundo tem recurso interno para superar a limitação. Eu preciso é encontrar uma forma de lançar mão desse recurso, seja com terapia, seja com apoio social. Eu não posso me colocar no papel de pequeno. P17

No início é difícil, mas não é impossível, eu prefiro mil vezes estar aqui trabalhando, com dor e tudo, que estar em casa prostrada num sofá, é difícil é, mas não é impossível. P7

Eu acho que pra pessoa não desistir, não se abater com as coisas que vai acontecer, eu já perdi entrevista de emprego, justamente na hora lá de preencher a ficha você falar que é portador de deficiência, aí a pessoa, às vezes nem procura saber que deficiência que é. Já dá um jeito de desconversar, já vai mudando de assunto, pronto. Infelizmente ainda no Brasil, a gente tem muito preconceito em relação a isso. Acha que o profissional não é capacitado para aquilo. E muito pelo contrário, às vezes ele é até bem mais capacitado do que uma pessoa que não tem nenhum tipo de deficiência. Assim, é difícil, é.. Mas, pra não desistir, pra continuar tentando, acreditar que ele é capaz. Que independente dessa deficiência, dessa barreira que a sociedade coloca nele, acreditar que ele é capaz de fazer e que ele consegue sim. P15

Nesta categoria, emergiram falas muito ricas, os profissionais usaram suas próprias experiências de superação e relataram algumas dificuldades enfrentadas no trabalho e para o ingresso no mercado de trabalho. Em todas as falas, usaram palavras positivas de incentivos para pessoas com deficiência se aventurarem nesta experiência do trabalho.

Assim como nas falas aqui apresentadas, no estudo de Neves-Silva, Prais e Silveira, trabalhadores com deficiência entrevistados também relataram que preferiram dispensar o direito ao BPC para que pudessem ingressar no mercado de trabalho. O fato de empregadores manifestarem certa resistência na contratação de pessoas com deficiência foi outro achado coincidente citado no estudo (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

A deficiência não atrapalha, não pode ser usada como desculpa, no meu caso, entendeu, não pode ser usada mesmo. Eu não deixo, eu tô falando dessa fase, que eu estou com a prótese nova, não tá doendo, não atrapalha em nada, não atrapalha em nada. P11

Para as pessoas que têm deficiência, eu acho que a gente não tem que se sentir deficiente, sabe? Eu acho que a princípio é isso, eu acho que a gente tem que demonstrar muito mais a nossa eficiência do que ficar dependendo da nossa, ficar explorando a nossa deficiência. Não explorar, não ficar lembrando da deficiência, não ficar explorando realmente isso. P8

Baixa escolaridade, resistência por parte das instituições em contratar pessoa com deficiência, falta de acessibilidade urbana e no ambiente de trabalho, falta de incentivo dos familiares são algumas das barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência para o acesso ao mercado de trabalho (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015). São muitos os empecilhos a serem transpostos, e nem sempre a pessoa recebe o apoio necessário.

Um entrevistado citou como sugestão tentar disfarçar a deficiência.

Pra não deixar, assim, num sei, no meu caso foi bom, porque eu entrei na instituição, eu tentei que não percebessem que eu era deficiente e eu consegui. Aí baseado no que eu consegui disfarçar a minha deficiência, eu fui caminhando. Talvez seja esse o caminho, não sei. Talvez seja camuflar a deficiência, não sei, não sei [...] P14

No estudo de Neal-Boylan (2012), médicos e enfermeiros também citaram que tentam disfarçar e ocultar a sua deficiência. Não fica claro que esta é a melhor opção para as pessoas com deficiência, mas deve ser levado em consideração que é a vivência do entrevistado.

O relatório internacional sobre a deficiência recomenda que é necessário garantir à pessoa com deficiência acesso às políticas, aos serviços e sistemas a que tem direito, criar serviços e programas específicos para esse público e oferecer melhor capacitação às pessoas que atuam em serviços de saúde e educação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

5.8.2 Respeitar seus limites

Nesta categoria, apresentam-se os relatos em que os entrevistados sugeriam a outras pessoas com deficiência respeitar os seus limites e aceitar suas limitações.

Com o paciente eu sempre tive muita dificuldade, então eu não consegui ter essa percepção, como o paciente, porque eu nunca trabalhei muito com paciente também. Mas com aluno, não, eu me senti completamente apta para desempenhar minha função de professora e isso acabou se estendendo um pouco para a função de médica patologista. Eu acho assim, foi assim, algo que me fez muito bem, principalmente nesta coisa da aceitação da deficiência, porque foi quando eu realmente eu vi que aquilo ali não fazia muita diferença para outro, pra mim nunca fez muita diferença, mas assim, foi quando eu percebi que realmente pro outro não fazia tanta diferença assim, então, foi muito especial pra mim esta experiência e continua sendo até hoje. P8

O recado que eu deixaria é que ele não tivesse medo de nada. Que ele, que a primeira coisa que a gente precisa ser como deficiente, é ser assumido, você tem que ser um deficiente assumido. P19

É você não ter vergonha de dizer que você tem aquela limitação. Ali eu posso fazer por isso, eu tenho essa limitação, porque assim, um dos grandes problemas é você reconhecer a sua limitação. Então, o que eu tenho pra dizer, é que você não tenha vergonha da sua limitação é algo que está fazendo parte da sua vida agora, então é algo que você tem que superar[...] Então assim, são situações que você tem que vencer, principalmente o seu próprio preconceito. P18

No primeiro relato, o entrevistado descreveu uma experiência de trabalho que o fez aceitar e ver a sua deficiência de uma forma diferente. Nos outros dois relatos, os entrevistados falam da necessidade de se identificar como deficiente e combater os pressupostos que possam associar significado preconceituoso no julgamento direcionado a si mesmo.

Recordando a história da deficiência, períodos de segregação e discriminação estiveram relacionados à imagem da pessoa com deficiência, julgamentos que infelizmente ainda são reproduzidos por outros e por vezes até pelo próprio deficiente (HOFFMANN; TRAVERSO; ZANINI, 2014).

É recomendação do Relatório Internacional sobre a Deficiência aumentar a conscientização pública e entendimento sobre a deficiência, favorecendo o respeito mútuo, combatendo atitudes e percepções negativas relacionadas à deficiência e fortalecendo representações verdadeiras e justas da deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Outra situação que surgiu nesta categoria foi a sugestão de observar-se no sentido de aceitar sua limitação para identificar os seus limites.

“vergonha”, “capaz” foram dicas deixadas pelos profissionais como tentativa de incentivo a pessoas com deficiência.

5.9 TIPO VIVIDO

Levando em consideração os conceitos da Fenomenologia Social e o conjunto de categorias “motivos por que” e “motivos para”, emergiu o tipo vivido “profissional de saúde com deficiência no ambiente hospitalar”, como sendo a pessoa/grupo que significa o seu trabalho como oportunidade para crescimento pessoal e profissional, bem como um momento de distração que possibilita interação social e, também, como fonte de renda. A escolha pela profissão aconteceu por motivos relacionados a experiências pessoais ou por motivos que ela considera não depender necessariamente de sua vontade. Planeja progredir profissionalmente e para isso busca aprimorar seus conhecimentos; apresenta o desejo de encerrar a atuação na instituição e continuar trabalhando após o tempo de aposentadoria. Reconhece que a deficiência teve influência na escolha pela especialidade profissional e influência no trabalho atual devido a diferentes limitações, como: dificuldade em atividades que exigem esforço físico, dificuldade para ouvir, lentidão para realizar algumas tarefas e até situações de preconceito. Refere a falta de acessibilidade no ambiente físico e a necessidade de autoadaptação do profissional às condições oferecidas. Espera por humanização do ambiente para o profissional com a eliminação de barreiras (físicas, arquitetônicas e de informação) e o estímulo à inclusão/contratação de mais pessoas com deficiência. Espera por humanização, também, com vistas ao trabalho em equipe que resulte em uma boa assistência para o paciente. Aponta sentir-se acolhida, parte da equipe e receber ajuda, mas também, vivencia preconceito ou protecionismo por parte dos colegas. Mantém bom relacionamento com os pacientes, tem empatia por se identificar ou o paciente nem percebe a sua deficiência, embora enfrente atitudes negativas por parte deles. Com seus superiores mantém bom relacionamento, ainda que nem sempre se sinta apoiada. Suas expectativas em relação ao trabalho incluem melhorias voltadas a características pessoais, mas também ampliação do diálogo com colegas, a confiança e o trabalho em equipe. Espera conseguir mais compreensão por parte dos pacientes sobre a sua deficiência e melhoria do acesso aos superiores, para obter o atendimento às suas reivindicações relativas às condições de trabalho. Entende que alguns processos institucionais funcionam bem, mas há dificuldades quanto à falta de recursos e superlotação. Elenca como desafios, da sua vida pessoal, a falta de acessibilidade física, urbana e a proteção da família, bem como, no trabalho, teme por falhas, sente-se pressionada a oferecer sempre um trabalho de

excelência e espera dar continuidade aos estudos e ser reconhecida como capaz. Entende que características pessoais, a satisfação em realizar uma atividade produtiva, bem como o apoio dos colegas são facilitadores para o seu trabalho. Sugere que outras pessoas com deficiência busquem superar seus próprios limites e respeitar o próprio corpo.

6 CONCLUSÃO

O perfil dos profissionais de saúde com deficiência foi diverso quanto à profissão, mas com maior porcentagem de profissionais de enfermagens (técnicos de enfermagem e enfermeiros), seguido por médicos. Eram profissionais de meia-idade, que trabalhavam em média há mais de 10 anos na instituição.

Quanto ao sexo maioria de mulheres, mas com quase equiparação quanto ao quantitativo de homens, dado pouco frequente na área da saúde, que costuma ter percentuais bem mais altos de mulheres. A mulher sempre precisou lutar para gozar de direitos iguais, ser mulher com deficiência é duplicar os desafios e lutar por espaço social.

A maioria mantinha apenas um vínculo de trabalho, celetista, já havia concluído especialização e declarou deficiência física adquirida.

Considerando o grupo de entrevistados, trata-se de grupo seletivo, visto que os levantamentos internacionais e nacionais costumam indicar menores índices de escolaridade de pessoas com deficiência, comparadas a pessoas sem deficiência, menos de um por cento dos profissionais com deficiência ocupando cargos efetivos, apesar da reserva de vagas de 20% destes cargos.

Segundo os profissionais de saúde com deficiência, o trabalho tem como significado contribuições a sua vida pessoal, descreveram como uma oportunidade para seu crescimento, como fonte de realização pessoal e até como meio de adquirir responsabilidade.

O trabalho também foi descrito como um aspecto muito importante para a vida da pessoa, alguns até o significaram como tudo, uma fonte de prazer, diversão e distração para esquecer dos problemas pessoais. Mas não deixaram de citá-lo como garantia de sustento e uma necessidade natural ao homem.

Ao significarem o trabalho como forma de contribuição à sociedade, os profissionais de saúde destacaram a possibilidade de ajudar ao outro com seu trabalho. Algo representativo que contribui com a sociedade. Na história, a pessoa com deficiência foi rotulada como improdutiva e dependente, oferecer devolutiva e ser capaz de prover seu próprio sustento por meio do trabalho é significado importante.

Para a escolha da profissão, os profissionais relataram ter motivos pessoais: contato com a profissão decorrente do seu acommitimento ou por meio de estágios que despertaram o interesse para a área. O gosto pela profissão ou área, bem como a identificação com a atividade de trabalho foram apontadas, com destaque as tarefas em que a pessoa com deficiência pode

executar bem pelas características que possuem. É preciso olhar com maior cuidado para as potencialidades da pessoa com deficiência.

Outros apontamentos para a escolha da profissão foram os motivos externos que não dependiam necessariamente da vontade do indivíduo. O surgimento de oportunidade para esta qualificação e a colocação em que se sentiam escolhidos pela profissão, como se fossem chamados à atividade pelo destino ou uma força maior. Na enfermagem, há influência de uma das mais conhecidas passagens de Florence Nightingale um registro em que ela descreve sentir-se chamada por Deus, também não se pode desconsiderar a construção histórica religiosa do cuidado em saúde. Os profissionais citaram a oportunidade de qualificação, mas nem sempre a escola/universidade está adequada para receber o aluno que precisa de adaptação. A inclusão escolar é direito constituído, e as instituições de ensino precisam estar preparadas para receber e formar com qualidade alunos que precisem de adaptação.

Ao tentar captar os “motivos para” relacionados à profissão, os profissionais descreveram a intenção de progredir profissionalmente contribuindo com a profissão e se qualificando. Alguns manifestaram o desejo de atuar em uma área diferente, por ter se qualificado ou pelo desejo de deixar a área da saúde. A qualificação é fonte de realização, além de possibilitar que o profissional almeje por outros cargos. É necessário oferecer adaptação e boas condições de trabalho, para que o profissional não se sinta pressionado a buscar alternativas que ele julgue mais adequada à sua condição, como resultado da sobrecarga de trabalho, recorrente na área da saúde.

Para compreender a ambiência do trabalho, utilizou-se a divisão (em três eixos) sugerida pela PNH, o primeiro eixo abordado se relacionava à estrutura física do ambiente. Os profissionais destacaram a falta de acessibilidade: a falta de rampas, elevadores e de outras tecnologias assistivas. É preciso ambiente adequado para que o profissional possa atuar no melhor da sua capacidade laborativa.

Alguns profissionais ignoraram as responsabilidades da instituição e relatam ter se adaptado ao ambiente ou dispensarem a adaptação como uma forma de superação e de se igualarem aos demais profissionais. Construções mais novas foram descritas como adequadas, segundo os entrevistados. São necessários programas de inclusão nas instituições, em que se minimizem as barreiras arquitetônicas, e se ofereça um ambiente acessível.

Os profissionais descreveram expectativas quanto a mudanças no ambiente físico, esperando humanização para o profissional com adequações que permitam a acessibilidade (combate a barreiras físicas, comunicacionais, urbanas), melhorias das condições gerais de

trabalho e o desejo de mais pessoas com deficiência trabalhando. O ambiente de trabalho e urbano próximo à empresa precisa oferecer acessibilidade, além das condições adequadas de trabalho, para que o indivíduo tenha segurança e autonomia desde o trajeto para o trabalho, até na execução das atividades junto ao paciente, conseqüentemente podendo oferecer atendimento humanizado para o cliente.

O segundo eixo da ambiência abordado foi o que destaca o espaço como local de relações, consideraram-se as principais relações que ocorrem no ambiente hospitalar: profissional-profissional; profissional-paciente; profissional-superior.

Nas relações com colegas de trabalho, o profissional valoriza não ser tratado de forma diferente, ser ajudado e sentir-se parte da equipe. A proteção dos colegas, piadas ou situações de preconceitos foram atitudes classificadas como negativas. O fato de alguns colegas de trabalho não ter conhecimento da deficiência pode ser uma estratégia para evitar situações de diferenciação quanto ao restante do grupo.

O relacionamento com o paciente é considerado bom, há identificação com a condição do cliente e quando eles agem com curiosidade não parece incomodar ao profissional, mas há também situações de desconfiança quanto à capacidade do trabalhador e até relatos de preconceito. No entanto, a maior ênfase é dada a situações positivas e ao bom relacionamento.

Com relação aos superiores em sua maioria foi relatado bom relacionamento, aberto e acessível, houve relatos de profissionais, de área distinta, não compreenderem bem as limitações do profissional com deficiência.

A inclusão nas relações precisa atingir a todos os níveis de relacionamento. As situações com o paciente parecem ser amenizadas, mas inclusive a população precisa ser orientada e reconhecer as capacidades da pessoa com deficiência. O apoio dos colegas de trabalho e dos superiores é essencial para que a pessoa sinta-se bem e permaneça no trabalho.

Ao considerar as expectativas quanto às relações sociais no trabalho, por julgar o bom relacionamento com os colegas, sugerem que assim permaneçam as vontades relatadas que não são especificamente relacionadas à deficiência, mas questões comuns como a necessidade de maior diálogo e trabalho em equipe.

Nas relações com os pacientes, relatam também um bom relacionamento, mas sugerem mais compreensão com as limitações que o profissional possui e maior confiança no seu trabalho. Já com os superiores o bom relacionamento também aparece, e as sugestões incluem descentralização das decisões, horizontalização da gestão e atendimento das solicitações realizadas.

Nos três níveis investigados, os profissionais consideraram bom relacionamento e as sugestões de mudança que envolvem principalmente questões gerais e organizacionais. A deficiência foi citada apenas nas relações com o paciente, indicando que muito ainda está presente na população as concepções de deficiência relacionadas à menor capacidade de realizar o trabalho. Indicando, que é importante, maior divulgação de informações, inclusive no ambiente dos serviços de saúde, para proporcionar um ambiente de inclusão e combater o preconceito.

O último eixo da ambiência apresentado foi a organização do trabalho, esta foi descrita como falha em itens citados como problemas relacionados ao ambiente (falta de acessibilidade e recursos) e relações (falha na comunicação). Houve relato de organização adequada pela presença de protocolos e processos adequados. A organização foi o eixo que os profissionais menos associaram com as questões relacionadas à deficiência.

Apesar de investigar os desafios enfrentados no trabalho, foram relatadas também situações pessoais como dificuldades enfrentadas: a falta de acessibilidade em locais de lazer, urbano e a superproteção da família.

Desafios que se relacionavam à profissão não tinham relação com a deficiência, eram questões relacionadas ao desejo de capacitação profissional. Assim como os desafios institucionais pouco se relacionavam à deficiência, eram questões como as já citadas: faltas de recursos, dificuldades de mudanças e salários.

Os desafios que consideraram a relação com o paciente foram os únicos em que a deficiência apareceu em evidência. Quando o indivíduo possui alguma limitação, as chances e os motivos para a falha no trabalho podem ser reduzidos apenas a essa condição. As falhas podem acontecer com qualquer indivíduo ou em qualquer situação, assim como o trabalho possui muitas outras vertentes além da deficiência, os motivos para a falha precisam ser desvinculados desta condição.

Quanto aos facilitadores o gostar do seu trabalho, sentir-se útil por estar realizando um trabalho significativo, apesar da deficiência, foram considerados facilitadores pessoais. Quanto aos fatores institucionais, o apoio da equipe teve destaque. Quando há bom relacionamento interpessoal, as chances de bem-estar no trabalho são maiores. É bom destacar que tanto para os desafios, assim como para os facilitadores, houve profissionais que não conseguiram elencar um fator que julgassem importante.

Para finalizar a entrevista, era solicitado ao profissional que deixasse uma mensagem a outra pessoa com deficiência. Até o momento, em muitas entrevistas, os profissionais relutavam

em citar especificamente a deficiência, apesar de sempre ser lembrado que este era o foco da entrevista. No entanto, vieram novas experiências não citadas anteriormente, e um olhar mais apurado para deficiência. O conteúdo das mensagens, na sua quase totalidade, descrevia palavras de incentivo à persistência e superação. Acredita-se que a superação dos limites seja a projeção do real significado do trabalho para estes, vistas as citações repetidamente da necessidade de superação dos seus próprios limites para o trabalho.

Outros importantes dizeres refletem o fato de falarem dos desafios, mas que a experiência de se inserir no trabalho é extremamente válida. Eles pareceram sentir que realmente estavam falando para pessoas com deficiência e entende-se que este é o principal objetivo deste trabalho: que outros profissionais, pessoas com deficiência, familiares, colegas de trabalho, gestores, pacientes e pesquisadores possam ver estes relatos e reconhecerem que de fato este é o ser vivido do profissional de saúde que atua em hospitais.

Muito ainda precisa ser investigado sobre o tema, dar voz aos outros atores que compõem a cena de trabalho no ambiente hospitalar e se relacionam diretamente com o profissional de saúde com deficiência.

Há várias políticas e legislação que amparam a pessoa com deficiência, mas infelizmente pouco se viu implantado na visão e nos relatos dos profissionais.

Os profissionais buscavam dar maior foco ao trabalho de forma geral, pareciam evitar falar do trabalho considerando a deficiência. Pode ser que eles pouco refletem sobre a sua condição como deficiente no ambiente de trabalho. E nesta situação, acaba que pouco se exige da instituição e dos demais atores envolvidos sobre os seus direitos.

7 REFERÊNCIAS

- ABRÃO, S.R. et al. Caracterização, motivação e nível de satisfação dos técnicos de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18; n. 2, p. 253-8, 2010. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a15.pdf> >. Acesso em: 20 dez. 2017.
- ARANHA, M.S.F. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. **Temas em Psicologia**, v.3, n.2, p. 63-70, 1995. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v3n2/v3n2a08.pdf> >. Acesso em: 03 dez. 2017.
- ARAÚJO, G. S. et al. Profile of nursing professionals assisted by a multidisciplinary mental health team. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 257-63, mar./abr. 2014. Disponível em: < http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1473/pdf_1 >. Acesso em: 02 dez. 2016.
- ARAÚJO, E.S. **Manual de utilização da CIF em saúde funcional**. 1.ed. São Paulo: Andreoli, 2011. 70 p.
- ARENDT, H. **A condição humana**. 11. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2004. 105 p.
- ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. 1. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011. 216p.
- BACHA, M.A. et al. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 1130-8, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1130.pdf> >. Acesso em: 14 dez. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 281p.
- BARNES, C. A Legacy of oppression: a history of disability in western culture. In: BARTON, Len; OLIVER, M. **Disability studies**: Past present and future. Leeds: The Disability Press, p 3-24, 1997.
- BESERRA, F. M. et al. Significado do trabalho dos profissionais de enfermagem no hospital geral. **Avances en Enfermería**, v. 28, n.2, jul./dec. 2010. Disponível em: <www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a03.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017
- BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 601-10, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13083>>. Acesso em: 02 nov. 2016.
- BEZERRA, E. Julia Pastrana – Monga, a mulher macaco. **Incrível História Online**, 03 jun. 2017. Disponível em: < <https://incrivelhistoria.com.br/mais/curiosidades/julia-pastrana-monga/> >. Acesso em: 20 jan. 2018.

BORGES, L.O.; YAMAMOTO, O. H. O mundo do trabalho. In: ZANELLI, J. C.(org); BORGES-ANDRADE, J. E. (org); BASTOS, A. V. B. (org). **Psicologia, organizações e trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 1, p. 24-61.

BRACARENSE, C.F. et al. Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Esc Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 542-8, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0542.pdf> >. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRAGA, M. M. S. **Reconhecimento Social E autonomia intersubjetiva: direito e inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho**. 2010. 135 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2010.

BRASIL, Ministério da saúde. **Caderno HumanizaSUS: atenção hospitalar**. v.3. Secretária de Atenção à saúde, Departamento de ações Programáticas e Estratégicas, 2011. 268p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf >. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 64 de 04 de fevereiro de 2010. Brasília: Senado Federal, 2010. Disponível em:<<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

BRASIL. Decreto 3298/1999, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.10, 21 dez. 1999. Seção 1.

BRASIL. Decreto 5296/2005, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.5, 3 dez. 2004. Seção 1. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm >. Acesso em: 02 dez. 2016.

BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 14809, 25 jul. 1991. Seção 1. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm >. Acesso em: 02 nov. 2016.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou

difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 19209, 25 out. 1989. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: <
https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/LEI%208_742-93%20-%20Assistencia%20Social.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2017

BRASIL. Lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 23935, 12 dez. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Educação. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. 3.ed. Brasília, 2016. 288 p. Disponível em: <
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=do> Acesso em: 3 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.44 p. Disponível em: < http://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf >. Acesso em: 10 dez. 2017.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, p.2, 7 jul. 2015. Seção 1.

BRITO, M.J.M. et al. O significado do trabalho para profissionais de saúde mental. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 28; n. 2; p. 165-8, 2010. Disponível em: <
https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abr-jun/V28_n2_2010_p165-168.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

CALDEIRA, S. et al. O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 20, n. 5, set./out. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_10.pdf >. Acesso em: 10 dez. 2017.

CALEGARI, R.C.; MASSAROLLO, M.C.K.B.; SANTOS, M.J. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 42-7, 2015. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0042.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

CARVALHO, G. M.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 17-24, mar. 2009. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a02>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

CARVALHO-FREITAS, M.N.; TETTE, R.P.G. Pressões no Trabalho e Receptividade de Pessoas com Deficiência. **Revista Psico**. Porto Alegre, v. 43, v. 4, p.442-51, 2012. Disponível

em: < <http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/9924> >.
Acesso em: 10 dez. 2017. Acesso em: 20 nov. 2017.

CASTRO, F. F. A sociologia fenomenológica de Alfred Schultz. **Ciências Sociais Unisinos**, Belém, v. 48, n. 1, p. 52-60, jan./abr. 2012.

CHACALA, A et al. "My view that disability is okay sometimes clashes": experiences of two disabled occupational therapists. **Scand J Occup Ther**, v. 21, p. 107-115, mar. 2014.

COSTA, M.L.A.S.; MERIGHI, M.A.B.; JESUS, M.C.P. Ser enfermeiro tendo sido estudante-trabalhador de enfermagem: um enfoque da fenomenologia social. **Acta Paul Enferm**, n. 21, v. 1, p. 17-23, 2007. Disponível em: < <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v21/n1/v21n1a3.pdf> >.
Acesso em: 05 dez 2017.

COUTINHO, B.G. et al. Qualidade de vida no trabalho de pessoas com deficiência física. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 561-573, maio/ago. 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00061.pdf> >.
Acesso em: 10 out. 2017.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** 10 ed. São Paulo: Centauro, 2010. Cap. I, p. 13-28.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity. In: _____. **Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes**. 2. ed. Chichester; Hoboken, New Jersey: J. Wiley, 2007. Cap. 4, p. 77-108.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 13, p. 143-164.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-94, fev. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>>.
Acesso em: fev. 2016.

FRANÇA, F. M.; FERRARI, R. Síndrome de Burnout e os aspectos sociodemográficos em profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 743-748, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/15.pdf> >.
Acesso em: 10 dez. 2016.

FRANÇA, T.H. A normalidade: uma introdução à história social da deficiência. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. v. 6, n. 11, p. 105-123, 2014. Disponível em: < [file:///C:/Users/Joyce%20Duarte/Downloads/205-410-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Joyce%20Duarte/Downloads/205-410-1-SM%20(1).pdf) >.
Acesso em 03 dez. 2017.

GANDRA, T. K.; DUARTE, A.B.S. Estudos de usuários na perspectiva fenomenológica: revisão de literatura e proposta de metodologia de pesquisa. **Inf. & Soc.**, João Pessoa, v.22, n.3, p. 13-23, set./dez. 2012. Disponível em: < <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/abcib/article/view/17745> >.
Acesso em: 16 nov. 2017.

GEOVANINI, Telma et al., **História da Enfermagem: Versões e Interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. 338 p.

HERZBERG, F.; MAUSNER, B.; SNYDERMAN, B. B. **The motivation to work**. New Brunswick and London: Transaction Publishers, 1993. 157 p.

HOFFMANN, C.; TRAVERSO, L. D.; ZANINI, R. R. Contexto de trabalho das pessoas com deficiência no serviço público federal: contribuições do inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento. **Gest Prod**, São Carlos, v. 21, n. 4, p. 707-718, nov. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-530X379>> Acesso em: 01 dez. 2016.

IGNARRA, C.; CONTRI, T.; BATHE, R. **Inclusão: conceitos, histórias e talentos das pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2009. 152p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: resultados da amostra - pessoas com deficiência**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=317010&idtema=92&search=minas-gerais|uberaba|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberaba/panorama>>. Acesso em: 02 dez. 2017a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estados: Minas Gerais**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>>. Acesso em: 15 dez. 2017b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm>. Acesso em: 02 nov. 2016.

JESUS, M. C. P et al. A fenomenologia social de Alfred Schultz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 736-741, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

JESUS, M.C.P. et al. Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, n. 50, v. 1, p. 73-80, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0073.pdf>. Acesso em: 05 dez 2017.

JORNAL DE NOTÍCIAS. A história da "mulher mais feia do mundo", 03 nov. 2011. Disponível em: <<https://www.jn.pt/mundo/mundo-insolito/interior/a-historia-da-mulher-mais-feia-do-mundo-2096155.html>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

KASSAR, M.C.M. Marcas da história social no discurso de um sujeito: Uma contribuição para a discussão a respeito da constituição social da pessoa com deficiência. **Cadernos**

Cedes, v. 20, n. 50, p. 41-54, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ccedes/v20n50/a04v2050.pdf> >. Acesso em: 20 dez. 2017.

LEAL, D. R.; MATTOS, G. D.; FONTANA, R. T. Trabalhador com deficiência física: fragilidades e agravos autorreferidos. **Rev Eletr Enf**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 59-66, jan./fev. 2013. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a09.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.

LITTIKE, D.; SODRÉ, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**. n, 20, v. 10, p. 3052-61, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3051.pdf> >. Acesso em: 02 dez. 2017.

MAGALHÃES, A.M.M.; RIBOLDI, C.O.; DALL'AGNOL, C.M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 608-12, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/20.pdf> >. Acesso em: 15 dez. 2017.

MANZO, B.F.; BRITO, M.J.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, n. 66, v. 1, p. 46-51, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a07.pdf> >. Acesso em: 01 dez. 2017.

MARANGONI, J.F.; MANGABEIRA, J.A. Política integrada de atenção à saúde do servidor público do Distrito Federal: o programa de preparação para o período pós-carreira. **Rev Bras Med Trab**, v.12, n. 1, p. 8-15, 2014. Disponível em: < www.rbmt.org.br/export-pdf/54/v12n1a02.pdf >. Acesso em: 20 dez. 2017.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política: livro primeiro**. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, abr./jun. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200002 >. Acesso em: 03 dez. 2017.

MERIGHI, M. A. B. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 10; n. 5, p. 644-53, set./out. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500004 >. Acesso em: 02 dez. 2017.

MERIGHI, M. A. B.; GONÇALVES, R.; FERREIRA, F. C. Estudo bibliométrico sobre dissertações e teses em enfermagem com abordagem fenomenológica: tendência e perspectiva. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15; n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16138> >. Acesso em: 10 nov. 2017.

MERIGHI, M.A.B. et al. Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 19, v. 1, jan./fev. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_22 >. Acesso em: 05 dez 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. **Plano Estadual De Direitos Da Pessoa Com Deficiência**. Minas Gerais, 2008. Disponível em: < http://social.mg.gov.br/images/stories/caade/Plano_Estadual_Direitos_Pessoa_Deficiencia.pdf >. Acesso em: 03 nov. 2016.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: < <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82> >. Acesso em: 10 dez. 2017

MORAN, G. S. et al. Motivation of persons with psychiatric to work in mental health peer services: a qualitative study using self-determination theory. **J. Occup. Rehabil**, v. 23, p. 32-41, 2014.

MUÑOZ, L. A. et al. Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 21, v. 4, ago. 2013. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76003/79597> >. Acesso em: 05 dez 2017.

NEAL-BOYLAN, L et al. The career trajectories of health care professionals practicing with permanent disabilities. **Acad Med.**, v. 87, n. 2, p.172-178, fev. 2012.

NEAL-BOYLAN, L. An exploration and comparison of the worklife experiences of registered nurses and physicians with permanent physical and/or sensory disabilities. **Rehabil Nurs**, v. 37, n. 1, p. 3-10, jan./fev. 2012.

NEAL-BOYLAN, L. Nurses with disabilities: their job descriptions and work expectations. **Rehabilitation Nursing**, v. 39, p. 169-77, 2014.

NEAL-BOYLAN, L.; FENNIE, K.; BALDAUF-WAGNER, S. Nurses with sensory disabilities: their perceptions and characteristics. **Rehabil Nurs**, v. 36, n. 1, p. 25-31, jan./fev. 2011.

NEAL-BOYLAN, L.; MILLER, M. Registered nurses with disabilities: legal rights and responsibilities. **J Nurs Sch**, v. 47, n. 3, p. 248-257, mar. 2015.

NERI, M.C et al. **Retratos Da Deficiência no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2003. Disponível em: < http://www.cps.fgv.br/cps/deficiencia_br/PDF/PPD_P%C3%A1ginasIniciais.pdf >. Acesso em: 03 dez. 2016.

NERI, M.C.; SOARES, W.L. **Ensaio econômico: Idade, Incapacidade e a Inflação do Número de Pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: FGV, 2003. Disponível em: < <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/855/1339.pdf> >. Acesso em: 02 dez. 2016.

NEVES-SILVA, P.; PRAIS, F.G.; SILVEIRA, A.M. Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho em Belo Horizonte, Brasil: cenário e perspectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 8, p. 2549-58, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2549.pdf> >. Acesso em: 10 nov. 2017.

OLIVEIRA-SILVA, J. M.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N.M.F. Fenomenologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 254-257, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a18v61n2.pdf> >. Acesso em: 03 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Convenção 159 respeitante à readaptação profissional e ao emprego de deficientes**, 1998. Disponível em: < [file:///C:/Users/Joyce%20Duarte/Downloads/convencao_n_159_sobre_reabilitacao_profission al_e_emprego_de_pessoas_deficientes_de_1_6_1983%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Joyce%20Duarte/Downloads/convencao_n_159_sobre_reabilitacao_profission_al_e_emprego_de_pessoas_deficientes_de_1_6_1983%20(1).pdf) >. Acesso em: 01 dez. 2016.

PADILHA, M. I.; BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I. **Enfermagem**: História de uma profissão. São Caetano do Sul (SP): Difusora Editora, 2011. 477p.

PAIVA, L.C. et al. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. **Clinics**, v. 72, n. 5, p. 305-9, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/clin/v72n5/1807-5932-clin-72-05-305.pdf> >. Acesso em: 04 dez. 2017.

PEDROLO E. et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v. 14, n. 4, p. 760-3, 2009. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16396> >. Acesso em: 20 dez. 2017.

PEREZ, V.S. Pessoa com deficiência = pessoa incapaz? Um estudo acerca do estereótipo e do papel da pessoa com deficiência nas organizações. **Cad. EBAPE.BR**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 9, p.883-93, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v10n4/a07v10n4.pdf> >. Acesso em: 20 dez. 2017.

PICCOLO, G.M.; MENDES, E.G. Nas pegadas da história: tracejando relações entre deficiência e sociedade. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 25, n. 42, 2012. Disponível: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=313127404003> >. Acesso em: 04 dez. 2017.

PIRES, D.E.P. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 39-44, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea05.pdf> >. Acesso em: 20 dez. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 9, p. 288-315.

QSR. **Manual Nvivo 11 Pro for Windows**: Introdução, 2016. 50p.

REIS, L. A.; MENEZES, T. M. O. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 70, n. 4,

2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0761.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2018.

SCHUTZ, A. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.

SCHUTZ, A.; LUCKMANN, T. **La estructuras del mundo de la vida**. 1. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. 320p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**, Uberaba, 2014. 157 p. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2017.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011. Cap. 2, p. 458-487.

SHARPLES, N. Na exploration of deaf women's access to mental health nurse education in the United Kingdom. **Nurse Education Today**, v. 33, p. 976-80, 2013.

SOKOLOWSKI, R. **Introdução à fenomenologia**. 2.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. Cap. I-III, p. 17-31.

TERRON, P. Monga, a verdadeira mulher-macaco. **Super Interessante Online**, 31 out 2016. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/ciencia/monga-a-verdadeira-mulher-macaco/>>. Acesso em: 201 jan. 2018.

TRIGUEIRO, T. H. et al. O sofrimento psíquico no cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual: estudo fenomenológico. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 1, p.1-7, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0282.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

VARELA, R.C.B.; OLIVER, F.C. A utilização de Tecnologia Assistiva na vida cotidiana de crianças com deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v.6, p.1773-84, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/28.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

VENUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, n. 22; v. 44, p. 203-20, 2014. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

VERÍSSIMO, D. S. Sínteses sem fim: a percepção de objetos segundo Husserl. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, p. 139-152, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v67n3/11.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

VIÉGAS, F.B.; WATTENBERG, M.; FEINBERG B. Participatory visualization with wordle. **IEEE Transactions on visualization & Computer Graphics**, 2009. Disponível em: <<http://doi.ieeecomputersociety.org/10.1109/TVCG.2009.171>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

WAGNER, H. R. (Org.). **Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Towards a Common Language
For Functioning, Disability and Health: ICF. **WHO Library**: Geneva, 2002. Disponível em:
< <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf> >. Acesso em: 02 dez. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on disability**. WHO Library
Cataloguing-in-Publication Data, Disponível em:
<http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf>. Acesso em 02 nov. 2016.

APÊNDICE A – PRIMEIRA VERSÃO ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Data da entrevista:

Iniciais:

Sexo:

Idade:

Deficiência:

Estado civil:

Instituição:

Tempo na instituição:

Cargo:

Tempo no cargo:

Formação:

Tempo de formação:

Tipo de vínculo:

Número de vínculos:

Conte-me sobre o seu cotidiano de trabalho. Fale sobre o seu trabalho nesta instituição.

- Quando/como começou a trabalhar na instituição?
- O que o trabalho significa para você?
- Como é para você ser profissional de saúde? Como é ser profissional de saúde com deficiência?

- A sua deficiência influencia no seu trabalho? Como?
- Como é o ambiente físico de trabalho?
- Como são as relações com seus colegas de trabalho?
- Como são as relações com seus superiores?
- Como são as relações com os clientes?
- Como está organizado o seu trabalho? Como ele tem sido desenvolvido

APÊNDICE B – SEGUNDA VERSÃO ROTEIRO DE ENTREVISTAS APÓS VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Data da entrevista:

Iniciais:

Sexo:

Idade:

Deficiência:

Estado civil:

Instituição:

Cargo:

Formação:

Tempo de formação:

Tipo de vínculo:

Número de vínculos:

- Quando/como começou a trabalhar na instituição?

- O que o trabalho significa para você? O que significa o trabalho na sua vida?

○ -Quais as exigências básicas para a função que você realiza?

- Por que você escolheu este trabalho?

○ Havia outras opções?

- Conte-me sobre o seu cotidiano de trabalho. Fale sobre o seu trabalho nesta instituição.

- Como é para você ser profissional de saúde? Como é ser profissional de saúde com deficiência?

- Em sua opinião, a deficiência interfere em alguma dimensão do seu trabalho? Você poderia me citar algumas dimensões, dar exemplos:

○ Como você descreveria o seu ambiente físico de trabalho?

○ Como são as relações com seus colegas de trabalho?

○ Como são as relações com seus superiores?

○ Como são as relações com os clientes/paciente?

- Como está organizado o seu trabalho? Como ele tem sido desenvolvido?

- Considerando o modo como vivencia o trabalho na instituição, fale sobre suas expectativas.

- O que você gostaria de fazer no ambiente (não apenas físico) do seu trabalho e ainda não fez?
- Como você gostaria que fosse a sua relação com seus colegas, superiores, clientes?
- Você tem projetos profissionais, para o futuro? Quais?
- O que você mudaria no seu trabalho?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia
CEP: 39025-100 - Uberaba(MG) Telefone: (0**34) 3700-6776 - E-mail:
cep@pompas.uftrm.edu.br

TERMO DE ESCLARECIMENTO

(Para participantes do projeto de pesquisa)

TÍTULO DO PROJETO: Ser profissionais de saúde com deficiência no ambiente hospitalar

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA: É através de pesquisas que se consegue compreender e melhorar algumas questões que são vivenciadas cotidianamente. Este estudo se justifica devido a falta de estudos recentes que investiguem o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde com deficiência no Brasil, as várias dificuldades que as pessoas com deficiência enfrentam no mercado e no ambiente de trabalho, além das diversas particularidades que o setor da saúde possui. Portanto, é proposto como objetivo deste estudo: compreender a experiência vivida quanto à ambiência no trabalho por profissionais de saúde deficientes que atuam em hospitais de uma cidade do interior de Minas Gerais.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS: Serão realizadas entrevistas individuais que terão gravação do áudio, com duração de aproximadamente 30 minutos. As entrevistas ocorrerão em local reservado, não acontecerá qualquer procedimento adicional que ofereça risco à saúde. Os áudios serão guardados por período de cinco anos após o término da pesquisa, então serão apagados. O risco de perda de confidencialidade é o único possível e este será minimizado com o uso de nomes fictícios, portanto o nome do participante não aparecerá em qualquer lugar deste estudo.

BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE: Os resultados da pesquisa serão disponibilizados, assim os participantes poderão refletir sobre a temática e levar tais resultados para o seu ambiente de trabalho.

BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS: O participante poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou desistir a qualquer momento, sem prejuízo ao seu trabalho. Pela sua participação no estudo, o participante não receberá qualquer valor em dinheiro, mas tem a

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia
CEP: 38025-100 - Uberaba(MG) Telefone: (0**34)3700-6776 - E-mail:
cep@posusp.ufm.edu.br

garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome dos participantes não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com nomes fictícios.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Ana Lúcia de Assis Simões
E-mail: ana.assis@reitoria.ufm.edu.br
Telefone: 3700-6001
Endereço: Rua Frei Paulino, 30

Nome: Joyce Mara Gabriel Duarte
E-mail: joycegduarte@gmail.com
Telefone: (34)98813-7205/ 3700-6494
Endereço: Rua Coronel José Caetano Borges, 592

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO- Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa-CEP
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia
CEP: 38025-100 - Uberaba(MG) Telefone: (0**34)3700-6776 - E-mail:
cep@reitoria.uftr.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: Ser profissionais de saúde com deficiência no ambiente hospitalar

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, "Ser profissionais de saúde com deficiência no ambiente hospitalar" e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Ana Lúcia de Assis Simões
E-mail: ana.assis@reitoria.uftr.edu.br
Telefone: 3700-6001

Nome: Joyce Mara Gabriel Duarte
E-mail: joycegduarte@gmail.com
Telefone: (34)98813-7205/ 3700-6494

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.

APÊNDICE D - TERCEIRA VERSÃO ROTEIRO DE ENTREVISTAS APÓS VALIDAÇÃO DE FACE (VERSÃO FINAL)

Data da entrevista:

Iniciais:

Sexo:

Idade:

Deficiência:

Adquirida/congênita:

Estado civil:

Instituição:

Cargo:

Formação:

tempo de formação:

Tipo de vínculo:

Número de vínculos:

1- Quando/como começou a trabalhar na instituição?

2- O que o trabalho significa para você? O que significa o trabalho na sua vida?

3- Por que você escolheu este trabalho/profissão?

4- Em sua opinião, a deficiência interfere em alguma dimensão do seu trabalho? Você poderia me citar algumas dimensões, dar exemplos:

5- Pensando em como é para você ser profissional de saúde com deficiência

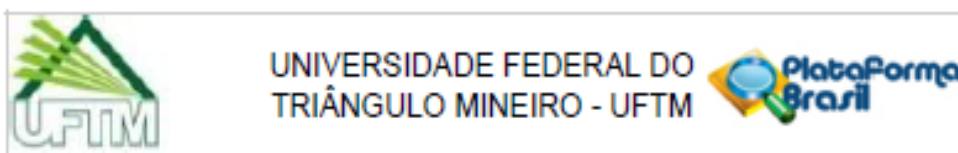
- Como você descreve o seu ambiente físico de trabalho?
- Como você descreve as relações com seus colegas de trabalho?
- Como são você descreve as relações com seus superiores?
- Como você descreve as relações com os clientes/paciente?
- Como você descreve a organização do seu trabalho? Como ele tem sido desenvolvido?

- 6 Qual o maior desafio e o maior facilitador no seu trabalho, como profissional de saúde com deficiência?
- 7 Considerando o modo como vivencia o trabalho na instituição, fale sobre suas expectativas como profissional de saúde com deficiência.
 - O que você gostaria de fazer no ambiente (não apenas físico) do seu trabalho e ainda não fez?
 - Como você gostaria que fosse a sua relação com seus colegas, superiores, clientes?
 - Você tem projetos profissionais, para o futuro? Quais?
- 8 Qual mensagem você deixaria para um profissional de saúde com deficiência?

APÊNDICE E – EXEMPLO MATRIZ ESTRUTURAL

	INFLUENCIA										NÃO INFLUENCIA
	B - DOR	C - INSEIRIR DE REALIZAR FUNÇÃO	D - LENTIDÃO	E - NÃO ESCUTIR	G - PESO	H - REAPRENDER	I - RECIO SER ATENDIDO DEPENDENTE	J - SORRER PRECONHEITO	F - NÃO INFLUENCIA		
<p>A ÚNICA COISA QUE EU SINTO, EM RELAÇÃO A DEFICIÊNCIA É QUE REALMENTE, QUANDO EU ANDO MUITO, QUANDO EU FICO MUITO TEMPO EM PÉ, EU SINTO MUITO DORES NAS PERNAS E PRINCIPALMENTE NO JOELHO E NO PÉ.</p> <p>1.: ENT 15 ESTAMENTE ONDE FORAM, QUE EU FIZ AS CIRURGIAS DE CORREÇÃO, MAS ASSIM EM QUESTÃO DA ROTINA DE LABORATORIO, VOCE NÃO PASSA MUITO TEMPO SENTADO.</p> <p>EC Sevo =</p> <p>M</p>											<p>ASSIM, AÇABA QUE EU TÔ SEMPRE ALTERNANDO ENTRE PÉ E SENTADO, PÉ E SENTADO, PÉ E SENTADO, ENTÃO AÇABA QUE NÃO ME ATRAPALHA, NÃO.</p>
<p>2.: ENT 4 INTERERE, COISA QUE TIPO, TEM QUE FICAR EM PÉ MUITO TEMPO. EU NÃO CONSIGO, MINHA PERNA COMEÇA A DOR MUITO E EU TENHO O QUE SENTAR, ENTÃO ACABA INTERFERINDO SIM.</p> <p>Idade = 28 Iniciais = ALCN Sevo =</p> <p>M</p>											<p>A MINHA EM SI, EU ACREDITO QUE NÃO CONSIGO DESENVOLVER BEM AS MINHAS ATIVIDADES</p>
<p>3.: ENT 3 Defic = F Idade = 32 Iniciais = DLO Sevo =</p> <p>M</p>											
<p>4.: ENT 9 Defic = F Idade = 37 Iniciais = ECF Sevo =</p> <p>M</p>		<p>SIM, SIM, POR EXEMPLO, ATENDER UMA EMERGENCIA, UMA PARADA CARDIO-PULMONAR E O PACIENTE ESTIVER NO CHÃO, POR EXEMPLO, O MEU JOELHO NÃO FLEXIONA, EU NÃO VOU CONSEGUIR FAZER A RCP NELE, É MAIS NESTA QUESTÃO DA MOBILIDADE, EU TENHO RESTRIÇÃO EM CARRREGAR MAÇA COM PACIENTE, POR CAUSA DO PESO, ENTÃO É MAIS NA QUESTÃO DA MOBILIDADE</p>									

ANEXO A – FOLHAS DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SER PROFISSIONAL DE SAÚDE COM DEFICIÊNCIA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Pesquisador: Ana Lúcia de Assis Simões

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71607517.4.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.347.071

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

TEMA EM ESTUDO: Segundo o último censo realizado no Brasil, em 2010, o número de pessoas com deficiências permanentes (visual, auditiva, motora, intelectual) era de 45.606.048; ou seja, 23,9% da população brasileira declarou ser portadora de pelo menos uma das deficiências pesquisadas. Quando se considera a população economicamente ativa (com idade entre 14 e 64 anos), este número sobe para 24,9%. Nesse cenário destacou-se a região Nordeste, a qual concentrou os municípios com maiores porcentagens de pessoas com deficiência (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2012).

Aproximadamente 56% dos municípios mineiros acompanham a média nacional, enquanto os demais possuem porcentagens da população com deficiência com número acima de 23,9%. O município de Uberaba, onde se propõe desenvolver esta investigação, segundo o censo de 2010, apresentava uma população total de 295.988, desta, 68.153 pessoas relataram pelo menos um tipo de deficiência (IBGE, 2016).

O Estatuto da Pessoa com deficiência considera

pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (SENADO FEDERAL, 2015, p. 20).

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.347.071

/ Brochura Investigador	CEP.doc	10:33:29	GABRIEL DUARTE	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	11/07/2017 10:12:27	JOYCE MARA GABRIEL DUARTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 24 de Outubro de 2017

Assinado por:

Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6776 E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

Página 07 de 07