

**UNIVERSIDADE TUITI DO PARANÁ
FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**A CONTRIBUIÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA A
INCLUSÃO DE DEFICIENTES FÍSICOS NO MERCADO DE
TRABALHO**

CURITIBA

2009

FABIANA BECKER

A contribuição do Terapeuta Ocupacional para a inclusão de deficientes físicos no mercado de trabalho

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do Curso de Terapia Ocupacional, da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Tuiuti do Paraná.

Orientador: Ana Luiza Galvão Bender Moreira

CURITIBA

2009

**TERMO DE APROVAÇÃO
FABIANA BECKER**

**A CONTRIBUIÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA A
INCLUSÃO DE DEFICIENTES FÍSICOS NO MERCADO DE
TRABALHO**

**Esta monografia foi julgada e aprovada para a obtenção de grau em Terapia Ocupacional do
Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Tuiuti do Paraná.**

Curitiba, 30 de setembro de 2009

Prof^a Ana Luiza Galvão Bender Moreira
Curso de Terapia Ocupacional
Universidade Tuiuti do Paraná

Orientador: Profa. Mestre Ana Luiza Galvão Bender Moreira
Universidade Tuiuti do Paraná, Curso de Terapia Ocupacional

Profa. Mestre Maria José Camargo
Universidade Tuiuti do Paraná, Curso de Terapia Ocupacional

Prof. Luiz César Annes
Universidade Tuiuti do Paraná, Curso de Terapia Ocupacional

Aos meus pais: Divanete Becker e Louvanir R. Becker e a minha
Irmã: Mônica C. Becker pelo carinho, apoio e ajuda em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A todos os professores do Curso de Terapia Ocupacional da UTP, pela dedicação e apoio aos alunos e a todas as colegas de curso pelo incentivo e carinho.

O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.

João Guimarães Rosa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CONSIDERAÇÕES SOBRE INCLUSÃO.....	13
2.1 DA EXCLUSÃO À INCLUSÃO DE DEFICIENTES NO MERCADO DE TRABALHO.....	18
2.1.1 Empresa inclusivista.....	20
2.1.2 Acessibilidade.....	25
2.1.3 Acessibilidade: normatização.....	26
2.1.4 Dimensões da acessibilidade.....	27
2.1.5 Mobilidade.....	28
2.1.6 Legislação referente ao transporte coletivo.....	28
2.1.7 Mobilidade e tecnologia assistiva.....	28
2.2.8 Ergonomia.....	30
3 A DEFICIÊNCIA FÍSICA NO BRASIL.....	32
3.1 CONCEITOS.....	32
3.2 CAUSAS DAS DEFICIÊNCIAS x FATORES DE PREVENÇÃO.....	34
3.3 INICIDÊNCIA.....	35
3.4 TRABALHO x DEFICIÊNCIA.....	37
3.5 ANÁLISE DE DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS SOBRE DEFICIÊNCIA NO BRASIL.....	39
3.6 EMPECILHOS À CONTRATAÇÃO DE DEFICIENTES.....	41
3.7 LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS).....	45
4 A CONTRIBUIÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA A INCLUSÃO DE DEFICIENTES FÍSICOS NO MERCADO DE TRABALHO.....	47
4.1 CONCEITO DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	47
4.1.2 Conceito de ocupação.....	48

4.1.3 Conceito de Desempenho Ocupacional.....	48
4.2 HISTÓRICO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE E DO TRABALHO.....	48
4.3 ANÁLISE DO DESEMPENHO OCUPACIONAL.....	51
4.3.1 Avaliação do desempenho ocupacional.....	52
4.4 ANÁLISE DOS PERFIS DOS CARGOS OFERTADOS PELAS EMPRESAS.....	57
4.4.1 Análise do emprego.....	59
4.4.2 Estabelecimento da base de tolerância ao trabalho.....	60
4.4.3 Terapia Ocupacional e ergonomia (intervenção ergonômica).....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES E ANEXOS.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA de NORMAS TÉCNICAS

AOTA – *AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION*

CONADE – CONSELHO NACIONAL do DEFICIENTE FÍSICO

DM – DEFICIENTE MENTAL

IBDD – INSTITUTO BRASILEIRO dos DIREITOS DOS DEFICIENTES

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO de GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

LOAS – LEI ORGÂNICA de ASSISTÊNCIA

M TE – MINISTÉRIO do TRABALHO e EMPREGO

MP – MINISTÉRIO PÚBLICO

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL de TRABALHO

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE

SENAC – SERVIÇO NACIONAL de COMÉRCIO

SIT – SECRETARIA de INSPEÇÃO de TRABALHO

TA – TECNOLOGIA ASSISTIVA

RESUMO

A CONTRIBUIÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA A INCLUSÃO DE DEFICIENTES FÍSICOS NO MERCADO DE TRABALHO

A inclusão de deficientes físicos no mercado de trabalho é um desafio para a sociedade moderna e abrange múltiplas dimensões: a relação entre o sujeito e o trabalho, a oferta de empregos, a legislação brasileira, a relação entre direitos e deveres do sujeito no campo do trabalho, a aceitação da sociedade, e as relações determinadas pelo universo do trabalho. Além destas dimensões, os deficientes ainda devem enfrentar as desigualdades relativas à educação, os empecilhos à contratação de deficientes, a lentidão da implantação de propostas inclusivas e a falta de eficiência das ações políticas. A Terapia Ocupacional atuando na inclusão de deficientes físicos no mercado de trabalho pode contribuir na integração ou reintegração efetiva do deficiente na sociedade, rompendo com o isolamento social e a inatividade. Para tanto, são utilizadas avaliações da capacidade funcional e potencial residual dos indivíduos, análise dos postos de trabalho e das relações estabelecidas nesse ambiente; intervenções educativas, oficinas profissionalizantes, treinamento e acompanhamento do indivíduo no desempenho de suas funções, além das adaptações para a acessibilidade do local de trabalho. Desta forma, o deficiente físico pode se tornar produtivo de forma prazerosa, recuperando sua autonomia e independência, melhorando sua qualidade de vida e tendo seus direitos garantidos. O presente Trabalho de Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional demonstra o referencial teórico relativo as formas de contribuição do Terapeuta Ocupacional na inclusão profissional de deficientes físicos no Brasil.

Palavras chaves: inclusão, deficientes físicos, terapia ocupacional

1 INTRODUÇÃO

A ONU (Organização das Nações Unidas) calcula que a população com deficiência em países com as características socioeconômicas do Brasil corresponde a 10% da população. Assim, a estimativa é de que cerca de 15 milhões de brasileiros tem algum tipo de deficiência, mental, física ou sensorial.

A inserção profissional das pessoas com deficiência passou a integrar a pauta de assuntos prioritários das empresas brasileiras principalmente a partir da promulgação da Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. A lei determina, entre outros benefícios da Previdência Social que a empresa com cem ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% a 5% dos seus cargos com pessoas com deficiência.

A partir dessa lei, assuntos como tipos de deficiência, capacidade funcional, produtividade de pessoas com deficiência, compatibilidade entre ocupações profissionais, deixaram de ser discutidos apenas por instituições assistenciais, governamentais e do terceiro setor, passaram a serem incluídos nas discussões dos departamentos de recursos humanos das empresas.

O processo de garantia de inclusão profissional das pessoas com deficiência no mercado de trabalho está enfrentando dificuldades para sua efetivação, devido a falta de informação, preconceito e o desrespeito aos direitos sociais básicos, contribuindo para a exclusão social desse grupo.

Segundo SASSAKI (1997), inclusão se refere ao processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir pessoas com necessidades especiais, e essas se preparam para assumir seus papéis na sociedade.

De acordo com o Instituto de Pessoas Portadoras de Deficiência – IBDD (2003), o acesso ao emprego, ao trabalho e à renda é imprescindível para uma verdadeira inclusão social do cidadão, esta questão só será adequadamente resolvida quando suas duas principais vertentes estiverem encaminhadas: de um lado, o desenvolvimento profissional que permita à pessoa portadora de deficiência concorrer no mercado de trabalho e ser eficiente em sua atividade; de outro, a conscientização da sociedade, e em particular do empresário, sobre a importância para garantir-lhes oportunidades.

Para CAVALCANTI & GALVÃO (2007), o treinamento vocacional e a habilitação profissional percorrem o processo histórico da Terapia Ocupacional no campo da saúde e do trabalho. Com a diversificação dos contextos e atividades de trabalho do final do século XX, a Terapia Ocupacional restaura a abrangência própria da profissão retomando sua atuação direta em contextos produtivos, tanto para a promoção da saúde quanto para a prevenção de acidentes e incapacidades, além da colocação e recolocação dos trabalhadores em risco social.

Para Bartalotti (2006), a Terapia Ocupacional é historicamente voltada ao estudo da ação humana, é, conseqüentemente, uma profissão diretamente comprometida com a luta pela inclusão social de todos aqueles que, de uma forma ou de outra, encontram-se colocados em lugares considerados de exclusão. A Terapia Ocupacional tem um papel primordial na inclusão social porque sua ação não se limita à intervenção junto a pessoas deficientes, mas, conforme os conceitos inclusivistas, estende-se ao meio social ao qual pertence esta pessoa.

Diante da importância do trabalho para o ser humano, do número expressivo de deficientes no Brasil e da legislação brasileira que garante o direito a inclusão no mercado produtivo, o presente Trabalho de Conclusão de Curso visa identificar as ações que o terapeuta ocupacional pode desempenhar na promoção da inclusão profissional de pessoas com deficiências físicas no mercado de trabalho, contribuindo para o respeito às diferenças e a valorização das potencialidades. Para tanto, realizou-se pesquisa bibliográfica que esta dividida em três capítulos, onde serão abordados os seguintes temas: considerações sobre inclusão, à deficiência física no Brasil e a contribuição do terapeuta ocupacional para a inclusão de deficientes físicos no mercado de trabalho.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE INCLUSÃO

Segundo Sasaki (1997), a inclusão se refere ao processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir pessoas com necessidades especiais, e essas se preparam para assumir seus papéis na sociedade.

Para Bartalotti (2006), a inclusão social tem sido um tema amplamente debatido e estudado sob as mais diversas óticas, geralmente contraposto à noção de exclusão social e entendido como um direito. O discurso da inclusão social tem permeado as falas de profissionais, pesquisadores, trabalhadores das mais diversas áreas, geralmente colocada como forma de trabalho ou como meta. Mas a discussão sobre a inclusão toca em aspectos muito mais complexos: envolve pensar quem é esse outro a ser incluído e que espaço cada um dos atores desta situação acredita que este outro deve ocupar. Por isso é essencial pensar no conceito de inclusão, para a compreensão do porque das dificuldades, das resistências e dos sucessos desse processo.

Ainda, segundo a autora, a inclusão social implica na democratização dos espaços sociais, em crença na diversidade como valor, na sociedade para todos. Incluir não é apenas colocar junto, e, principalmente, não é negar a diferença, mas respeitá-la como constitutiva do humano. O valor positivo ou negativo que se atribui à diferença é algo construído nas relações humanas. O vetor da exclusão / inclusão não está, portanto, na diferença em si, mas no valor a ela atribuído. No entanto, no que se refere à deficiência em geral, ainda predomina o modelo médico, que a vê como patologia, como um problema do indivíduo, que deve ser tratado. Encarando-se a deficiência como patologia, as diferenças que este indivíduo apresenta, em relação a um padrão considerado normal, são avaliadas como sintomas que precisam ser tratados para que a diferença seja superada. Deste modelo, deriva a maioria dos conhecidos trabalhos de reabilitação que, fundamentalmente, investem na tentativa de “minimizar” a diferença para que estas pessoas possam ser aceitas na sociedade. Este processo se dá, geralmente, de maneira segregada, em instituições especializadas.

De acordo com Sasaki (1997), o modelo médico tem sido responsável em parte, pela resistência da sociedade em aceitar a necessidade de mudar suas

estruturas e atitudes para incluir pessoas deficientes e/ou outras condições atípicas para que estas possam, aí sim, buscar o seu desenvolvimento pessoal, social e profissional.

Segundo Bartalotti (2006), é bastante comum acreditar que pessoas deficientes são muito diferentes e, por isso, exigem formas especiais de serem tratadas. Espera-se então que, após a reabilitação, o indivíduo (reabilitado) esteja pronto para assumir seu lugar na sociedade. Este seria o momento de Integração Social, mas, o que a prática demonstra é que raramente esta integração se efetiva, até porque as pessoas não deixam de ser deficientes, a diferença se mantém, embora muitas vezes por desempenhos mais próximos ao considerado normal. Assim, nunca estão prontas para se adaptar totalmente à sociedade ou para nela competir em pé de igualdade.

Amaral (1995), considera que a diferença vem sendo, historicamente, considerada como um problema, como uma doença. As pessoas deficientes têm uma história de segregação, seja em espaços asilares, seja em espaços chamados especializados ao seu atendimento. Tratados como doentes, as ações destinadas a essas pessoas, a partir de concepções higienistas, tratam de isolá-las, considerando esta uma forma que a sociedade encontra de não defrontar-se com a diferença, com o estranho. Negar o diferente é de certa forma, confortável, pois não nos obriga a qualquer transformação. A deficiência aparece colocada como algo que não nos diz respeito, algo que pertence ao espaço do outro, do que causa incômodo. Assim isolá-lo em espaços que, confortavelmente, se apresentariam como “mais adequados”, de alguma forma, exime a sociedade de enfrentar a contradição essencial de seu caráter excludente.

Bartalotti (2006), considera que a base do paradigma inclusivista é, portanto, a crença na sociedade para todos; não cabe somente aos indivíduos se integrar à sociedade: é preciso que ela também se transforme para acolher todos os seus cidadãos. A inclusão é, portanto, uma proposta de construção de cidadania. Tendo como base os seguintes princípios: a aceitação das diferenças individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência dentro da diversidade e a aprendizagem através da cooperação. É fundamental que se possa ter clareza de que a Inclusão Social é um processo irreversível e que não se pode tolerar uma sociedade que conviva com a desigualdade e que, se pretendemos viver em

uma sociedade realmente democrática, é preciso que nos conscientizemos de que cada um é um agente de transformação, e que todos, sem exceção, têm o direito de usufruir dos bens e serviços socialmente acumulados.

O Instituto Brasileiro dos Direitos das pessoas portadoras de Deficiência – IBDD (2003), preconiza o acesso ao emprego, ao trabalho e à renda como imprescindíveis para uma verdadeira inclusão social do cidadão, esta questão só será adequadamente resolvida quando suas duas principais vertentes estiverem encaminhadas: de um lado, o desenvolvimento profissional que permita à pessoa portadora de deficiência concorrer no mercado de trabalho e ser eficiente em sua atividade; de outro, a conscientização da sociedade, e em particular do empresário, sobre a importância para garantir-lhes oportunidades.

Segundo o Ministério da Saúde (Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, 2008), incluir socialmente as pessoas com deficiência significa respeitar as necessidades próprias da sua condição e possibilitar acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e artísticos e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico, científico e tecnológico da sociedade contemporânea.

Para uma verdadeira compreensão e ampliação do significado de inclusão social é fundamental conhecer os seguintes conceitos inclusivistas: autonomia, independência, *empowerment* e vida independente.

Para Sasaki (2007), embora sejam sinônimas nos dicionários convencionais, as palavras: autonomia e independência têm significados diferentes dentro do movimento de pessoas deficientes, sendo necessário defini-las de forma separada, como será visto a seguir:

a) Autonomia:

Segundo Bartalotti (2006), a autonomia refere-se ao que poderia se chamar de prontidão física, cognitiva e/ou social que a pessoa deficiente tem em um determinado ambiente.

O significado de autonomia para Mantoan, (1997) “é a condição de domínio no ambiente físico e social, preservando ao máximo a privacidade e a dignidade da pessoa que a exerce”. Ter maior ou menor autonomia significa que o

deficiente tem maior ou menor controle nos ambientes físicos e sociais que queira e/ou necessite freqüentar para atingir seus objetivos.

O grau de autonomia resulta da relação entre o nível de prontidão físico-social da pessoa deficiente e a realidade de um determinado ambiente físico-social e ambos podem ser modificados e desenvolvidos. (Sassaki, 2006).

b) Independência:

A independência é a capacidade de tomar decisões, sem depender de outras pessoas. A independência e a autonomia estão relacionadas, mas não são totalmente interdependentes. Por exemplo, uma pessoa pode não ter plena autonomia para realizar alguma atividade, mas ter independência para decidir se necessita de ajuda e de qual tipo. (Bartalotti, 2006).

Uma pessoa deficiente pode ser mais independente ou menos independente em decorrência não só da quantidade e qualidade de informações que lhe estiverem disponíveis para tomar a melhor decisão, mas também da sua autodeterminação e/ou prontidão para tomar decisões em determinada situação. Esta situação pode ser pessoal, social e econômica, designando as expressões: independência pessoal, social ou econômica. Tanto a autodeterminação como a prontidão, para decidir podem ser aprendidas ou desenvolvidas. (Sassaki, 2006).

c) Empoderamento:

Na literatura é encontrado o termo *empowerment*, que alguns tradutores já traduzem como “empoderamento” e outros como “fortalecimento”, “potencialização” e até “energização”. Autores brasileiros utilizam estes quatro termos alternadamente, enquanto outros preferem a palavra em inglês.

Sassaki, (1995) utiliza o termo empoderamento que significa “o processo pelo qual uma pessoa, ou um grupo de pessoas, usa o seu poder pessoal inerente à sua condição, por exemplo: deficiência, gênero, idade, cor, para fazer escolhas e tomar decisões, assumindo assim o controle de sua vida”. Neste sentido, independência e empoderamento são conceitos interdependentes. Não

se outorga esse poder às pessoas; o poder pessoal está em cada ser humano desde o seu nascimento.

Pinto apud Bartalotti (2006), define *empowerment* como um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e instrumentos pelos indivíduos, grupo e comunidades, em si mesmo e no meio envolvente, que se traduz em um acréscimo de poder: psicológico, sócio-cultural, político e econômico. Permitindo aos sujeitos aumentar a eficácia do exercício de sua cidadania.

d) Vida independente:

Segundo Irlu in: Sasaki (1990), viver com independência quer dizer: “ter oportunidades para tomar decisões que afetam a própria vida, realizar atividades de própria escolha. (...) Vida independente tem a ver com autodeterminação, com o direito e a oportunidade para seguir um determinado caminho, e significa ter a liberdade de falhar e aprender com as próprias falhas, tal qual fazem as pessoas não-deficientes”.

De acordo com Sasaki (1990), os participantes do movimento de vida independente, que nasceu nos EUA em 1972 e no Brasil em 1988 causaram grande impacto nas práticas sociais até então vigentes. Nos EUA, este movimento mudou o rumo das políticas sociais e leis pertinentes a este segmento populacional. No início, havia dois sistemas distintos e paralelos: por um lado, o dos centros de reabilitação e de educação especial e por outro, o dos centros e programas de vida independente. Em um segundo momento, além dos dois sistemas, muitos centros de reabilitação e educação especial adotaram alguns dos serviços de vida independente, assim possibilitando aos clientes já saírem com um bom nível de independência e autonomia.

O Brasil faz parte do Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas Deficientes, (2000) que preconiza o estabelecimento de programas e centros de vida independente e de organizações de deficientes que promovam a participação plena na comunidade e o exercício da autodeterminação por parte dos deficientes e os conduzam a um crescente empoderamento.

De acordo com Glat (1994), vida independente e exercício da cidadania são os dois lados da mesma moeda. “Cidadania significa fazer escolhas e ter a

coragem de levá-las adiante, mesmo errando. (...) Significa não ser um mero receptáculo passivo de novos serviços especializados, e sim um consumidor consciente e criativo.

Ainda, segundo o autor, o estilo de vida independente é fundamental no processo de inclusão, pois com ele as pessoas com deficiência terão maior participação de qualidade na sociedade, tanto na condição de beneficiários dos bens e serviços que ela oferece como também na de contribuintes ativos no desenvolvimento social, econômico, cultural e político da nação.

Desta forma, vida independente e trabalho são conceitos interdependentes e são condições fundamentais para o pleno exercício da inclusão social.

Tendo a compreensão sobre os conceitos básicos que norteiam o movimento da inclusão social, a autora passará a abordar o tema da inclusão de deficientes no mercado de trabalho.

2.1 DA EXCLUSÃO À INCLUSÃO DE DEFICIENTES NO MERCADO DE TRABALHO

Para Carvalho in: Mantoan (1997), a exclusão se refere às diferentes formas de segregação, ou de rejeição, que impedem aos indivíduos, o direito humano de usufruírem dos bens e serviços socialmente acumulados.

De acordo com Sasaki, (2006) há três fases consideradas excludentes a entrada de deficientes no mercado de trabalho: fase de exclusão completa, fase de segregação e fase de integração, até chegar a fase de inclusão de deficientes no mercado de trabalho. A seguir serão descritas estas fases:

Fase de exclusão:

Segundo Amaral in: Sasaki (2006), no mercado de trabalho houve desde a fase de exclusão completa, na qual o deficiente não tinha acesso nenhum ao mercado de trabalho competitivo. A sociedade considerava crueldade a pessoa deficiente trabalhar, sendo considerada como forma de exploração e, portanto, deveria ser condenada por lei, pois ainda não haviam sido descobertas as possibilidades laborativas destas pessoas.

Fase de segregação, nas décadas de 60 e 70:

As empresas ofereciam trabalhos e não empregos, para serem executados por deficientes no interior das instituições filantrópicas, entre elas as oficinas protegidas de trabalho e no próprio domicílio. Fatores que contribuíam para que se mantivessem à margem social, sem participação ativa e sem chances de independência econômica, sendo estigmatizadas.

Fase da integração, no início da década de 80, buscou-se um avanço na idéia de integração, com três formas de aplicação:

1. Pessoas com deficiência eram admitidas e contratadas em órgãos públicos e empresas particulares, desde que tivessem qualificação profissional e conseguissem utilizar os equipamentos das empresas sem nenhuma modificação.

2. As empresas e órgãos públicos concordavam em fazer pequenas adaptações nos postos de trabalho, por motivos práticos e não necessariamente pela causa da integração social.

3. Os deficientes são admitidos desde que em setores exclusivos, portanto segregativos, com ou sem modificação. “trabalho semi-integrado : no mesmo local, mas em diferente força de trabalho, sem alteração significativa”.

Westmacutt, in: Sasaki (2006), afirma que em todas essas formas de integração, pode ocorrer que os empregados ou funcionários com deficiência dificilmente sejam envolvidos em programas de desenvolvimento de recursos humanos e/ou promovidos, seja por motivos de inacessibilidade ambiental seja por ignorância da organização. Pode também não haver nas empresas um clima favorável à integração social, em particular com os empregados deficientes. “Muitas pessoas deficientes estão cercadas por pessoas que não reconhecem o que fazem como trabalho. Em um mundo no qual o emprego remunerado para todos nem sempre é possível, é importante que a contribuição das pessoas deficientes seja reconhecida”.

Fase da inclusão: que se iniciou na década de 90, mas, tomou impulso efetivo apenas no começo dos anos 2000.

Segundo Sasaki, (2006) na fase de inclusão surge no panorama do mercado de trabalho o conceito de empresa inclusiva, que tende a proporcionar as condições necessárias e suficientes para o desempenho profissional de seus trabalhadores que tem necessidades diversificadas. A seguir serão descritos os fundamentos da empresa inclusivista.

2.1.1 Empresa inclusivista:

Para Sasaki (2006), “Empresa inclusivista é aquela que acredita no valor da diversidade humana, contempla as diferenças individuais, efetua mudanças fundamentais nas práticas administrativas, implementa adaptações no ambiente físico, adapta procedimentos e instrumentos de trabalho, treina todos os recursos humanos na questão da inclusão. “

Para o mesmo autor, são os seguintes os principais fatores internos de uma empresa que facilitam a inclusão de pessoas com deficiência: adaptação de locais de trabalho (acesso físico); adaptação de aparelhos, máquinas, ferramentas e equipamentos; adaptação de procedimentos (fluxo) de trabalho; adoção de esquemas flexíveis no horário de trabalho; adoção de programas de empregos apoiado (treinador de trabalho); revisão de políticas de contratação de pessoal, descrição de cargos e das análises ocupacionais; revisão dos programas de integração de empregados novos; revisão dos programas de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos; revisão da filosofia da empresa; capacitação dos entrevistadores de pessoal; criação de empregos a partir de cargos já ocupados; realização de seminários internos de sensibilização das chefias; cumprimento das recomendações internacionais e da legislação nacional pertinente ao trabalho; adoção de esquema paralelo de trabalho domiciliar competitivo (extensão da empresa); adoção de esquemas de prevenção de acidentes e moléstias ocupacionais; informatização da empresa; participação da empresa em conselhos municipais e estaduais de direitos de

peessoas deficientes; aquisição e/ou facilitação na aquisição de produtos da tecnologia assistiva que facilitem o desempenho profissional de empregados com deficiência severa; participação da empresa no sistema de colocação em empregos competitivos.

Estas medidas não seguem determinada ordem ou são imutáveis, porém, podem nortear um programa que torne uma empresa inclusivista e acabam por beneficiar todos os funcionários, com ou sem deficiência.

De acordo com Morales (1995), historicamente a prática da inclusão no Brasil começou efetivamente apenas em 2000, quando as empresas passaram a ser fiscalizadas tanto pelo Ministério do Trabalho quanto pelo Ministério Público, porque até então, apesar da Lei de Cotas ter sido promulgada em 1997, as empresas não eram fiscalizadas e realizavam apenas práticas integrativas, nas quais as empresas começavam a fazer pequenas adaptações especificamente no posto de trabalho, com apoio daqueles empregadores compreensivos que reconheciam a necessidade da sociedade abrir mais espaço para pessoas deficientes com qualificação para o trabalho e desejavam envolver suas empresas no esforço de modificá-las.

Para melhor esclarecer este processo a autora a seguir irá discorrer sobre a lei de cotas:

Lei de Cotas:

É o principal mecanismo de inserção laboral dos deficientes por ser a determinação legal (art. 93 da Lei nº 8.213/91 ver anexo nº1) que estabeleceu a obrigatoriedade das empresas com cem (100) ou mais empregados preencherem uma parcela de seus cargos com pessoas com deficiência. Esta reserva legal de cargos é também conhecida como Lei de Cotas:

A cota depende do número geral de empregados que a empresa tem no seu quadro, na seguinte proporção:

I - de 100 a 200 empregados	2%
II - de 201 a 500	3%
III - de 501 a 1.000	4%
IV - de 1.001 em diante	5%

De acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego, para a empresa socialmente responsável, a contratação das pessoas com deficiência não é vista apenas com uma obrigação legal. A inclusão, para essas empresas, passa a ser um compromisso e um dos itens de sua política de responsabilidade social. Para tanto, desenvolve um programa amplo, estruturado, de capacitação, recrutamento, seleção, contratação e desenvolvimento das pessoas portadoras de deficiência. Muitas empresas já entenderam que a inclusão das pessoas com deficiência é um grande aprendizado para o desenvolvimento de políticas de promoção e respeito à diversidade no ambiente de trabalho. Além disso, elas estão descobrindo, nesse processo, que há um grande segmento de mercado composto de pessoas com deficiência, e que para atingí-lo adequadamente precisa ter uma linguagem e uma estrutura a ele acessível.

De acordo com Clemente (2008), o resultado concreto da Lei de Cotas é a abertura de caminhos para a entrada de deficientes nas empresas, para que, na convivência diária, sejam quebradas as barreiras de preconceito, ampliando ao longo prazo a presença delas em qualquer empresa, sem fixação de cotas mínimas de acesso. Dessa forma, esses cidadãos serão respeitados por inteiro, e não preteridos por esta ou aquela deficiência, como se a deficiência fosse sinônimo de incompetência.

As principais leis que regulam a inclusão de deficientes no mercado de trabalho encontram-se no anexo nº1 desta pesquisa.

Seguindo este raciocínio, percebe-se a necessidade de descrever a responsabilidade social das empresas:

Responsabilidade Social das empresas:

Segundo o Instituto Ethos (2007), o conceito de responsabilidade social aplicado à gestão dos negócios se traduz como um compromisso ético voltado para a criação de valores para todos os públicos com os quais a empresa se relaciona: clientes, funcionários, fornecedores, comunidade, acionistas, governo e meio ambiente.

Para Drucker, (2002) “ as responsabilidades sociais, sejam de uma empresa, ou de uma universidade podem aparecer em duas áreas: pode surgir dos impactos sociais causados pela instituição, ou surgir como problemas da própria sociedade. Ambas devem ser consideradas pela administração, porque a instituição que os administradores dirigem está necessariamente inserida na sociedade e na comunidade. A empresa moderna existe para fornecer um serviço específico à sociedade, portanto, tem que participar da comunidade, realizar suas tarefas dentro de um cenário social, mas também tem de empregar pessoas para fazer o seu serviço. Os impactos sociais que causa, inevitavelmente, ultrapassam a contribuição específica, que é a razão de sua existência.

O Brasil tem uma norma específica referente a responsabilidade social empresarial: é a Norma 16001, que foi criada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Esta norma estabelece requisitos mínimos relativos a um sistema de gestão da responsabilidade. Essa certificação visa atender à crescente preocupação da sociedade com temas associados à ética, à cidadania, aos direitos humanos, ao desenvolvimento econômico, ao desenvolvimento sustentável e à inclusão social. (ver anexo nº1)

De acordo com esta norma, a organização deve estabelecer, implementar, manter e documentar programas para atingir seus objetivos e metas da responsabilidade social. Esses programas devem incluir, no que se refere ao trabalho: boas práticas de governança; direitos da criança e do adolescente, incluindo o combate ao trabalho infantil; direitos do trabalhador, incluindo o de livre associação, de negociação, a remuneração justa e benefícios básicos, bem

como o combate ao trabalho forçado; promoção da diversidade e combate à discriminação (por exemplo: cultural, de gênero, de raça/etnia, idade, pessoa portadora de deficiência); compromisso com o desenvolvimento profissional, e promoção da saúde e segurança.

De acordo com o Ministério de Trabalho e Emprego, as empresas já podem aplicar: a *Social AccountAbility* 8000 (SA8000) que é a primeira certificação internacional da responsabilidade social.

A SA8000 foi desenvolvida a partir das normas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Declaração Universal dos Direitos da Criança da ONU. Essa norma vem atender a uma necessidade de consumidores mais esclarecidos que se preocupam com a forma como os produtos são produzidos, e não apenas com a sua qualidade. Este certificado só é concedido àquelas organizações que cumprem totalmente os requisitos da norma, isto é, em toda a sua cadeia produtiva, inclusive em relação a seus fornecedores. São eles: não utilizar trabalho infantil; promover a segurança e a saúde no trabalho; respeitar a liberdade de associação e direitos coletivos; não promover a discriminação (sexual, racial, política, nacionalidade, deficiência, etc.).

Para que sejam viáveis, as ações de responsabilidade social, bem como o cumprimento da Lei de Cotas por parte das empresas, além da contratação de deficientes é necessário oferecer condições de trabalho favoráveis, desta forma há uma série de fatores e/ou condições operacionais que devem ser ajustados no ambiente da empresa e adequações no posto de trabalho. Para facilitar e informar os empresários sobre estas condições o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), por meio de sua Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT), elaborou um manual de cumprimento da Lei de Cotas, que normatiza, regulamenta e explica às empresas a importância da acessibilidade, mobilidade e ergonomia como fatores operacionais cruciais para o sucesso do processo de inclusão de deficientes no mercado de trabalho, facilitando o cumprimento da Lei de Cotas e estabelecendo parâmetros para as empresas irem além do

cumprimento da Lei, podendo tornar-se realmente empresas inclusivas. Abaixo serão descritos estes fatores determinantes para a inclusão:

2.1.2 Acessibilidade

Segundo o MTE, a inclusão social das pessoas com deficiência deve ser um dos objetivos nas sociedades que defendem os valores da solidariedade e da integração, além do respeito pelas diferenças pessoais. A acessibilidade exerce papel fundamental nessa inclusão. A empresa deverá conscientizar todos os seus empregados, mediante treinamentos e execução de ações para eliminar barreiras e promover a acessibilidade. A empresa pode melhorar, por exemplo, o acesso ao local de trabalho por pessoas com diferentes tipos de deficiência, incluindo facilidades para entrar e se movimentar no estabelecimento, além de acesso a banheiros e lavatórios. O planejamento para emergências deve assegurar que pessoas com deficiência possam deixar, com segurança e eficiência, o local de trabalho e se deslocar para uma área segura.

A Lei nº 10.098/2000 estabelece em seu Art. 1º, normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a suspensão de barreiras e obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação.

No Art. 2º, Para os fins desta Lei são estabelecidas as seguintes definições:

I – acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

II – barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas, os quais classificam-se em:

a) barreiras arquitetônicas urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;

b) barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados;

c) barreiras arquitetônicas nos transportes: as existentes nos meios de transportes;

d) barreiras nas comunicações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistemas de comunicação.

Segundo Trombly & Radomski, (2005) a acessibilidade se refere á facilidade com que o ambiente pode ser alcançado, acessado e utilizado por todos os indivíduos, não devendo haver barreiras ambientais, ou seja, qualquer componente presente no ambiente que impeça ou dificulte a capacidade de uma pessoa atingir o desempenho ocupacional ideal.

2.1.3 Acessibilidade: Normatização

No Brasil, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) através da Norma Brasileira – NBR-9050:2004, especifica critérios e parâmetros técnicos para normalização no campo da acessibilidade, de acordo com os preceitos do desenho universal, para que as edificações, espaços, mobiliários e equipamentos urbanos possam ser de utilização das pessoas com deficiência ou não, permitindo sua autonomia e independência.

As normas abrangem: circulação, dimensões e limites, janelas, esteiras rolantes, vestiários, acessos, piso, rampas, portas e sanitários.

Os locais a serem percorridos devem seguir os parâmetros antropométricos estabelecidos, respeitar os espaços e as dimensões das áreas de acesso, de circulação e de transferência; ter sinalização e comunicação apropriada, piso adequado às especificações; rampa e corrimão, para que a locomoção de todas as pessoas no interior de diferentes ambientes possa ser garantida.

Segundo Andaluz, apud Cavalcanti & Galvão (2007), as normas referentes a acessibilidade são de domínio público, mas, muitos profissionais desconhecem sua existência e/ou sua aplicabilidade.

Desta forma deve haver treinamento de profissionais quanto sua aplicabilidade e conseqüente difusão das normas, para que deficientes ou não tenham maior consciência de seus direitos e possam garantir meios de acessibilidade seguros.

2.1.4 Dimensões da Acessibilidade:

Segundo Sasaki, (2003) há seis dimensões de acessibilidade e que devem existir em todos os ambientes (empresa, escola, etc.) para que qualquer pessoa possa circular com autonomia. Suas características são as seguintes:

a) Acessibilidade arquitetônica: sem barreiras ambientais físicas e nos meios de transporte coletivo.

b) Acessibilidade comunicacional: sem barreiras na comunicação empresarial interpessoal, na comunicação escrita e na comunicação virtual (acessibilidade digital).

c) Acessibilidade metodológica: sem barreiras nos métodos e técnicas de trabalho (métodos e técnicas de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, execução de tarefas, ergonomia, etc.).

d) Acessibilidade instrumental: sem barreiras nos instrumentos e utensílios de trabalho.

e) Acessibilidade programática: sem barreiras invisíveis embutidas em políticas públicas e privadas (leis, decretos, portarias, resoluções, ordens de serviço, regulamentos etc.).

f) Acessibilidade atitudinal: sem preconceitos, estigmas, estereótipo e discriminações, como resultado de programas e práticas de sensibilização e de conscientização dos trabalhadores em geral e da convivência na diversidade humana nos locais de trabalho.

Além da acessibilidade, a mobilidade é outro fator importante para a realização do processo de inclusão social e também é garantida por leis específicas.

2.1.5 Mobilidade:

De acordo com a *American Occupational Therapy Association* (AOTA, 2002) in: Cavalcanti, Galvão & Scarpone (2007), a mobilidade pode ser dividida em mobilidade funcional e mobilidade na comunidade.

A mobilidade funcional é definida como a capacidade de o indivíduo mover-se ou mudar-se de uma posição para outra ao desempenhar atividades cotidianas, como ao movimentar-se na cadeira de rodas, realizar transferências e inclui o desempenho na deambulação e o transporte de objetos.

A mobilidade na comunidade engloba o mover-se na comunidade e utilizar os meios de transporte público ou privado, como dirigir um carro e ter acesso aos ônibus, metrô e táxis.

Segundo Cavalcanti & Galvão (2007), indivíduos com deficiência (física, mental e visual) ou com mobilidade reduzida necessitam de equipamentos auxiliares para desempenhar tanto na comunidade a tarefa de mover-se quanto para manter ou alcançar mobilidade funcional.

2.1.6 Legislação referente ao transporte coletivo:

Na Constituição Federal a Lei nº 8.899/1994 (Passe-livre) concede passe livre às pessoas deficientes, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo e interestadual.

A Lei nº 5.869/1987 autoriza o Poder Executivo a conceder isenção de tarifas de transporte para deficientes (cuja gravidade comprometa sua capacidade de trabalho) válido para transporte coletivo urbano de responsabilidade do estado.

2.1.7 Mobilidade e Tecnologia Assistiva

A mobilidade depende, muitas vezes, de equipamentos assistivos que podem ser de baixa ou alta tecnologia. Exemplos de equipamentos assistivos utilizados para mobilidade: bengalas, andadores, cadeiras de roda, elevadores e cães-guia.

A *American Occupational Therapy Association* (AOTA) 2002, aplica o termo tecnologia assistiva para “qualquer ítem, peça de equipamento, sistema de produto adquirido comercialmente, modificado ou feito sob medida, que é usado para aumentar, manter ou devolver a capacidade funcional dos indivíduos com deficiência”.

De acordo com Willard & Spackman (2002), as tecnologias assistivas permitem que o deficiente realize tarefas que pessoas não deficientes podem realizar sem auxílio tecnológico. As tecnologias assistivas substituem ou apóiam uma função danificada do usuário, mas não modificam o funcionamento intrínseco do indivíduo.

Segundo Trombly (2005), o objetivo da tecnologia assistiva (TA) é permitir que os indivíduos participem de tarefas de desempenho ocupacional, as quais consistem em atividades significativas que contribuem para a qualidade de vida e para o desempenho competente de um papel que leva à satisfação com a vida. Os aparelhos de TA que se equiparam com os objetivos e capacidades do indivíduo o ajudam a assumir ou a retornar à vida com um significado.

A tecnologia assistiva deve seguir os princípios do *design* universal para uma maior eficiência. Para Willard & Spackman (2002), o *design* universal é a mais recente categoria de tecnologia. O conceito de *design* universal é simples: se os dispositivos são desenhados de acordo com as necessidades dos deficientes, serão mais utilizáveis para todos os usuários, deficientes ou não.

De acordo com o *The Center for Universal Design* (2007) um produto com *design* universal deve seguir os seguintes princípios básicos:

1. Uso equitativo: o *design* é útil e comercializável para pessoas com habilidades diversas.
2. Flexibilidade no uso: o *design* acomoda uma ampla variedade de preferências e habilidades individuais.
3. Simples e intuitivo: o uso do *design* é fácil de entender, independentemente da experiência, do conhecimento, das habilidades lingüísticas ou do nível de concentração corrente do usuário.
4. Informação perceptível: o *design* comunica a informação necessária efetivamente ao usuário, independentemente das condições do ambiente ou das habilidades sensoriais do usuário.

5. Tolerância ao erro: o *design* minimiza perigos e conseqüências adversas de ações acidentais ou não intencionais.
6. Baixo esforço físico: o *design* pode ser usado eficientemente, confortavelmente e com um mínimo de fadiga.
7. Tamanho e espaço para aproximação e uso: tamanho apropriado e espaço são oferecidos para aproximação. Alcance, manipulação e uso independentemente do tamanho do corpo, postura ou mobilidade do usuário.

O último fator operacional crucial para o processo de inclusão, além da acessibilidade e da mobilidade é a ergonomia, que também segue normas específicas.

2.1.8 Ergonomia:

A Associação Brasileira de Ergonomia (ABERGO, 2000) adota a seguinte definição de Ergonomia:

A Ergonomia (ou Fatores Humanos) é uma disciplina científica relacionada ao entendimento das interações entre os seres humanos e outros elementos ou sistemas, e à aplicação de teorias, princípios, dados e métodos a projetos a fim de otimizar o bem estar humano e o desempenho global do sistema.

Segundo Grandjean (1968), a Ergonomia é uma ciência interdisciplinar. Ela compreende a fisiologia e a psicologia do trabalho, bem como a antropometria. O objetivo prático da Ergonomia é a adaptação do posto de trabalho, dos instrumentos, das máquinas, dos horários, do meio ambiente às exigências do homem. A realização de tais objetivos, ao nível industrial, propicia uma facilidade do trabalho e um rendimento do esforço humano.

De acordo com o (MTE) o Brasil segue a Norma Regulamentadora NR 17 - a Ergonomia tem como objetivo estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado, de modo a proporcionar o máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. As características

psicofisiológicas dizem respeito a todo o conhecimento referente ao funcionamento do ser humano, incluindo o conhecimento antropológico, psicológico e fisiológico.

As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho.

Com vistas à adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores com deficiência, devem ser avaliados e executados ajustes ou adaptações da maquinaria, equipamentos, estações de trabalho e/ou adequação das tarefas correspondentes ao posto de trabalho, do tempo de trabalho e de sua organização, bem como a adaptação do espaço físico da empresa, organização ou entidade empregadora, com o objetivo de propiciar o acesso ao local de trabalho e facilitar o emprego desse segmento de trabalhadores.

Nesse processo, considera-se a palavra do trabalhador como a principal diretiva na busca dessa melhor adequação das condições e organização do trabalho ao homem. O trabalhador com deficiência, portanto, deverá ser considerado como essencial e importante agente das transformações, pois apenas ele poderá confirmar ou não a adequação de soluções propostas pelos técnicos sobre o seu ambiente e organização do trabalho.

No próximo capítulo serão verificadas as condições sócio-econômicas dos deficientes físicos no Brasil e os fatores que influenciam sua inclusão no mercado de trabalho.

3 A DEFICIÊNCIA FÍSICA NO BRASIL

3.1 CONCEITOS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, (2000), o conceito de deficiência se refere a qualquer perda ou anormalidade de estrutura do corpo, ou de função psicológica ou fisiológica.

A convenção 159 da OIT (Organização Internacional do Trabalho) de 1983 que foi promulgada pelo Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001, conceitua deficiência, para fins de proteção legal, como uma limitação física, mental, sensorial ou múltipla, que incapacite a pessoa para o exercício de atividades normais da vida e que, em razão dessa incapacitação, a pessoa tenha dificuldades de inserção social.

Para o (MTE) que segue as diretrizes do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE), pelo Decreto nº 5.926/04. Declara: pessoas com visão monocular, surdez em um ouvido, com deficiência mental leve, ou deficiência física que não implique impossibilidade de execução normal das atividades do corpo, como não sendo consideradas hábeis para serem computadas como reserva de cota.

O Art. 3º do Decreto acima citado, define:

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

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

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

Segundo o Ministério da Saúde (Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, 2008), a deficiência física é definida como uma desvantagem, resultante de um comprometimento ou de uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho motor de determinada pessoa.

O conceito de deficiência física de acordo com Ministério do Trabalho e Emprego: é a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "a", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, I).

Para os efeitos deste Decreto considera-se:

Amputação - perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro;

Paraplegia - perda total das funções motoras dos membros inferiores ;

Paraparesia - perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;

Monoplegia - perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);

Monoparesia - perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);

Tetraplegia - perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores;

Tetraparesia - perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores;

Triplegia - perda total das funções motoras em três membros;

Triparesia - perda parcial das funções motoras em três membros;

Hemiplegia - perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);

Hemiparesia - perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);

Ostomia - intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário);

Paralisia Cerebral - lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental;

Nanismo - deficiência acentuada no crescimento. É importante ter em mente que o conceito de deficiência inclui a incapacidade relativa, parcial ou total, para o desempenho da atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano. O Decreto acima citado, esclarece que a pessoa com deficiência pode desenvolver atividades laborais desde que tenha condições e apoios adequados às suas características.

3.2 CAUSAS DAS DEFICIÊNCIAS x FATORES DE PREVENÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (Política Nacional de Saúde da Pessoa Deficiente), (2008), as principais causas das deficiências são:

a) As hereditárias ou congênitas: que aparecem por questões genéticas. Podem ser evitadas, em parte, com exames pré-natais específicos (cariótipo e para outros erros inatos do metabolismo como fenilcetonúria, hemoglobina, hipertiroidismo congênito) e serviços de genética clínica para aconselhamento genético aos casais.

b) As decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres durante a gestação e o parto. Sendo evitáveis com investimento e melhoria da qualidade do pré-natal (consultas e exames laboratoriais), parto (natural, de risco, cesarianas) e pós-parto.

c) A desnutrição, que acomete famílias de baixa renda, especialmente crianças a partir do primeiro ano de idade. É evitável por meio de políticas públicas e

empresariais de distribuição de renda, criação de emprego e melhoria das condições gerais de vida da população.

d) As que são consequência de doenças transmissíveis, como a rubéola, o sarampo, a paralisia infantil, as doenças sexualmente transmissíveis (como a sífilis na gestante). São evitáveis por ações de proteção e promoção à saúde, como informação, vacinação e exames pré-natais.

e) As doenças e eventos crônicos, como a hipertensão arterial, o diabetes, o infarto, o acidente vascular cerebral (AVC), a doença de Alzheimer, o câncer e a osteoporose. Podem ser evitadas pela mudança de hábitos de vida e alimentares, diagnóstico precoce e tratamento adequado.

f) As perturbações psiquiátricas, que podem levar a pessoa a viver situações de risco pessoal. São em parte evitáveis por meio da proteção à infância, e do diagnóstico precoce, da assistência multiprofissional e do uso de medicamentos apropriados.

g) Os traumas e as lesões, muitas vezes associados ao abuso de álcool e às drogas, principalmente nos centros urbanos, onde são crescentes os índices de violência e de acidentes de trânsito. Podendo ser evitáveis pelas políticas públicas integradas e multisetoriais para a redução da violência e da melhoria das condições gerais de vida (habitação, escolaridade, oportunidades, esporte, arte, lazer) e de mudanças de hábitos da população.

Atuar sobre os fatores que causam as deficiências é tarefa de toda a sociedade, o que inclui os poderes públicos, as entidades não governamentais e as privadas, as associações, os conselhos, as comunidades, as famílias e os indivíduos.

3.3 INCIDÊNCIA

A ONU (Organização das Nações Unidas) calcula que a população portadora de deficiências em países com as características socioeconômicas do Brasil corresponde a 10% da população. Assim, a estimativa é de que cerca de 15 milhões de brasileiros são portadores de algum tipo de deficiência, mental, física ou sensorial.

Segundo Clemente, (2008) o Brasil vem se organizando em termos de dados estatísticos oficiais sobre as pessoas com deficiência. Após a Lei nº7.853/89, que

tornou obrigatória a inclusão de ítems específicos sobre deficiência nos censos nacionais, o Censo Demográfico de 1991, pela primeira vez, inclui questões que atestaram a presença de 2.198.988 pessoas com deficiência, em uma população total de 146.815.750 habitantes, o que representa 1.49% desta.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o conceito utilizado no Censo de 2000, segue a abordagem metodológica da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) divulgada em 2001, pela OMS. Na qual foram identificados 24.5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, ou seja, 14.5% da população brasileira.

Na comparação entre regiões do país, a maior proporção de pessoas com deficiência está no Nordeste: 16,8% e a menor, no Sudoeste: 13,2%.

Seguindo o censo do IBGE, a distribuição das deficiências no Brasil no ano de 2000, é a seguinte:

Distribuição das deficiências no Brasil no ano 2000:

População Total	169.872.856
Pelo menos com uma deficiência	24.600.256
Tetraplegia, paraplegia ou Hemiplegia permanente	937.463
Falta de membro ou parte dele	478.597
Deficiência mental permanente	2.844.937
Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar	16.644.842
Incapaz, com alguma, ou grande dificuldade permanente de ouvir	5.735.099
Incapaz, com alguma ou grande dificuldade de caminhar ou de subir escadas	7.939.784

Fonte: IBGE – CENSO 2000

Os dados do Censo mostram que 48.1% possui deficiência visual, 22.9 % deficiência motora, 16.7% auditiva, 8.3% possui deficiência mental e 4.1% deficiência física.

A seguir a autora discorrerá sobre a importância do trabalho como fator determinante para a inclusão social do deficiente na sociedade.

3.4 TRABALHO X DEFICIÊNCIA

Segundo o Instituto Brasileiro dos Direitos dos Deficientes (IBDD, 2004), em uma sociedade sob os auspícios do mercado competitivo e do consumo, a posição ocupada pelos indivíduos em relação ao processo produtivo determina quase que sumariamente todas as outras dimensões da sua existência, produzindo para si e para o coletivo sua identidade. Sendo o acesso ao emprego e ao salário, ainda não de direito, mas de fato, constituintes da chave de acesso aos direitos básicos da cidadania como: alimentação, saúde, moradia, educação, lazer e todo o resto, e, se por um lado cresce a necessidade e o desejo e a busca de estabilidade conquistados através do emprego formal, por outro, estreitam-se drasticamente as possibilidades de colocação profissional, num processo de afunilamento condicionado pelas transformações tecnológicas e pelas crescentes exigências de formação e especialização do trabalho.

De acordo com Paulo Lobo in: IBDD (2004), considerando que ser visto como eficiente é o diferencial competitivo que pode conduzir a vitórias neste contexto de competitividade, ser deficiente pode ser considerado a marca indelével da incapacidade e até mesmo da impossibilidade de se enquadrar aos padrões de desempenho desejáveis. A composição da palavra deficiência coloca um prefixo de negação naquilo que é a qualidade primordial esperada para a inclusão social: a eficiência. A subjetividade do indivíduo é esmagada pelo estigma e nele esvaem-se desejos, sonhos, habilidades, enfim, o potencial criativo e realizador que caracteriza a condição humana.

Segundo Teresa Costa Amaral in: IBDD (2004), “é preciso ressaltar que a deficiência não tem exatamente características fechadas, estanques.” O mais importante na reflexão sobre inclusão social e emprego da pessoa deficiente é de que não existe compatibilidade ou incompatibilidade absoluta, tudo depende da capacidade e da personalidade de cada ser humano. O potencial criativo, impulsionado pela motivação, leva as pessoas à construção de recursos originais que podem muitas vezes surpreender, mas nem sempre encontrar reconhecimento em um contexto de exclusão e invisibilidade.

Para Paulo Lobo in: IBDD (2004), em tempos em que os conceitos de responsabilidade social ganham consistência, em que os princípios de parceria e

sinergia entre diferentes agentes sociais são considerados eixos estratégicos para o desenvolvimento humano sustentável, é premente a mobilização da sociedade em seus diferentes segmentos e características atuarem na implementação de políticas capazes de reverter a exclusão social. A inserção de pessoas deficientes no mercado de trabalho, além da superação da invisibilidade e do isolamento social, proporciona a autonomia e a dignidade existenciais próprias ao cidadão.

De acordo com o mesmo autor, potencializar a capacidade de consumo das unidades familiares que tem pessoas deficientes significa, trazer benefícios sociais e econômicos em uma projeção conservadora, para pelo menos 20% dos brasileiros, contingente populacional expressivo, capaz mesmo de influenciar positivamente o crescimento da economia nacional. Por outro lado, segundo estudos da Organização Internacional do Trabalho, (OIT) a reversão da condição de “invalidez” atribuída aos deficientes, por extensão, a redução de benefícios sociais e previdenciários, exigíveis em compensação, pode desonerar significativamente os custos de produção compostos pelos tributos que subvencionam as redes públicas de proteção social.

O IBDD (2004) ressalta que os consumidores, cada vez mais, valorizam atitudes de responsabilidade social, consolidam-se como critérios de escolha, tornando-se um importante diferencial competitivo. Segundo a Pesquisa “Responsabilidade Social das Empresas – Percepção do Consumidor Brasileiro”, realizada em 2002 pelo Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social”, a qual questionou acerca das atitudes que uma empresa deveria ter para estimular o consumidor a comprar mais os seus produtos e recomendá-los aos amigos. Os entrevistados, (42%) responderam que a contratação de deficientes físicos estimularia a escolha do produto e a recomendação do mesmo. Esta pesquisa demonstra que atitudes de responsabilidade social podem se tornar um fator decisivo para a escolha de determinada marca.

Para facilitar o entendimento dos empresários em relação à seleção de candidatos deficientes para vagas de emprego e facilitar o processo de inclusão social, o Serviço Nacional de Comércio (SENAC, 2003), formulou uma listagem básica das profissões compatíveis com determinadas deficiências. (ver Anexo nº2)

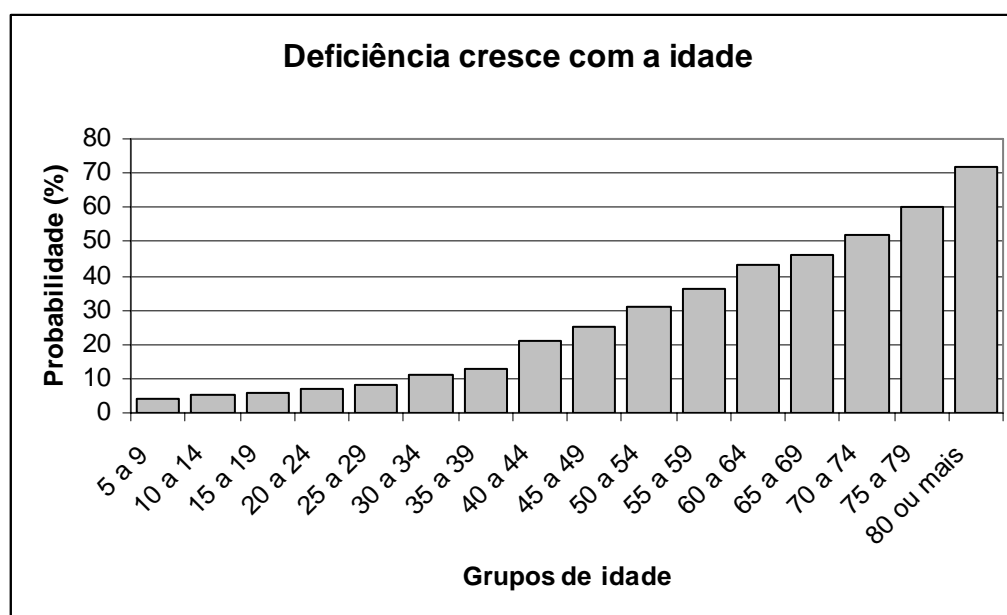
3.5. Análise de dados sócio-econômicos sobre deficiência no Brasil:

A seguir serão apresentadas as seguintes características sócio-econômicas da população deficiente brasileira: faixa etária, escolaridade e índice de ocupação.

a) Deficiência X Faixa etária

De acordo com Clemente (2008), a análise dos dados do Censo dissipa a idéia bastante comum na população, de que uma pessoa já nasce deficiente ou a adquire na infância.

O IBGE demonstra que as chances de um indivíduo se tornar uma pessoa com deficiência crescem de acordo com a idade. Na faixa etária da 0 a 4 anos, por exemplo, a taxa de deficiência é de 2,3%. Esse índice sobe em média, cerca de 1,5 pontos percentuais até a faixa de 35 a 39 anos, quando atinge 12,9%. Estes índices percentuais sobem gradativamente na infância devido ao aumento do risco de doenças transmissíveis, e a partir dos 15 anos ocorrem maior índice de acidentes com lesões e traumas devido a violência urbana, acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho entre outras causas. Na faixa entre 40 e 44 anos, 20,1% das pessoas têm alguma dificuldade. Entre 70 e 74 anos, as pessoas com deficiência já são maioria, representando 51,6% do total de pessoas nessa faixa, devido a doenças e eventos crônicos, demonstrando que o percentual de deficiência aumenta com o passar da idade, conforme demonstra o gráfico 1 abaixo:



Fonte: IBGE - CENSO 2000.

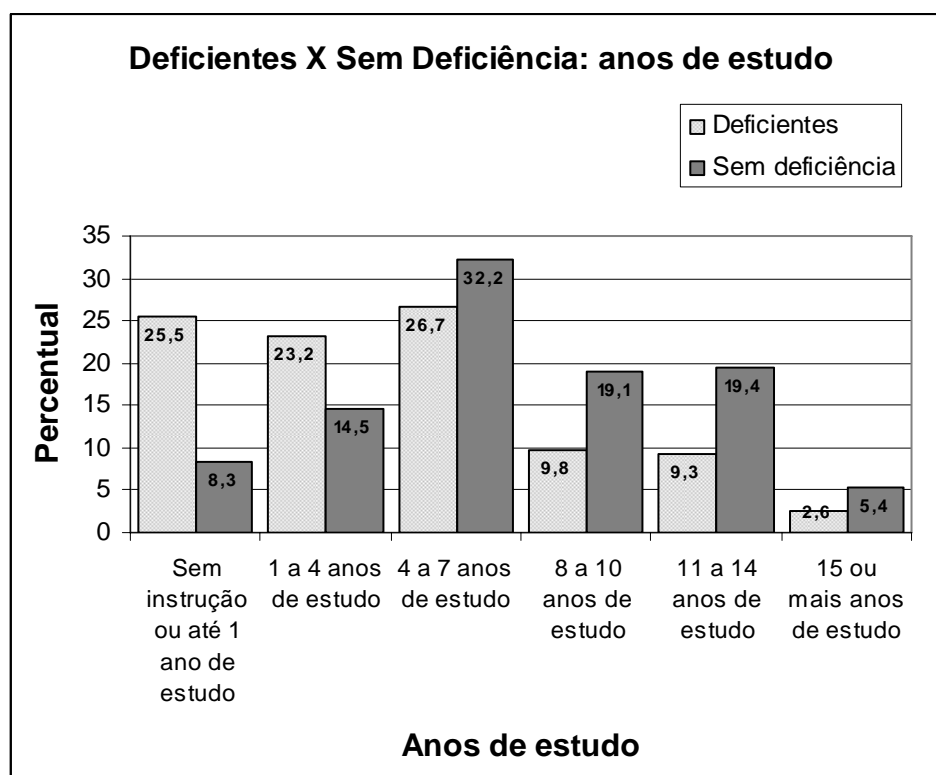
b) Deficiência X Escolaridade:

Das 24,6 milhões de pessoas com deficiência indicadas no Censo do ano 2000, somente 13,5% tinham idade de até 19 anos, ou seja, 3.327.111 pessoas.

Segundo Clemente (2007), como a maioria absoluta dessa população 86,5% não tinha adquirido deficiência até a idade de conclusão do ensino médio, supõe-se que tiveram acesso ao sistema regular de ensino disponível a todos. Porém, comparando-se o número de anos de estudo de pessoas com deficiência e sem deficiência, há uma acentuada desvantagem conforme aumenta o grau de instrução. Esta desvantagem em relação à educação poderia ser explicada pela falta de acessibilidade nos estabelecimentos de ensino e pela ausência de transporte escolar adequado e adaptado, que prejudica a formação de quem têm deficiência em idade escolar.

Segundo IBGE, Censo 2000, apenas 9.8% das pessoas com deficiência permaneceram na escola entre 8 e 10 anos, enquanto outros 9.3% estudaram de 11 a 14 anos, e 2,6%, mais de 15 anos.

Para a população sem deficiência, essas taxas são maiores: 19,1%. 19.4% e 5,4%, respectivamente, conforme demonstra o gráfico 2 abaixo:



Fonte: IBGE - CENSO 2000.

c) Mercado de Trabalho e Índice de Ocupação:

Os dados do IBGE demonstram que o desemprego é mais contundente entre as pessoas com deficiência. Das 24,6 milhões de pessoas com deficiência existentes no Brasil, 15,22 milhões têm entre 15 e 59 anos, ou seja, estão em idade para atuar no mercado de trabalho formal. Desse total, 51% estão empregadas, enquanto entre as pessoas sem deficiência, o índice de ocupação é superior: 59%, conforme fica demonstrada na tabela a seguir:

Pessoas Deficientes X pessoas sem deficiência: índice de ocupação		
	PCD	Pessoas sem deficiência
Total	15.211.713	88.922.097
Ocupadas	7.830.173	53.130.215
Taxa de ocupação	51%	59%

Fonte: IBGE - Censo 2000

Somando-se todas as faixas etárias, o Censo encontrou nove milhões de pessoas com deficiência trabalhando no país. Deste total, os homens são maioria 5,6 milhões, enquanto há 3,5 milhões de mulheres deficientes trabalhando.

Verifica-se desvantagem da população deficiente em todas as características sócio-econômicas apresentadas anteriormente na seção 2.5. O índice mais grave é o de educação, onde o número de anos estudados é muito menor entre os deficientes e não se sabe o nível de qualidade.

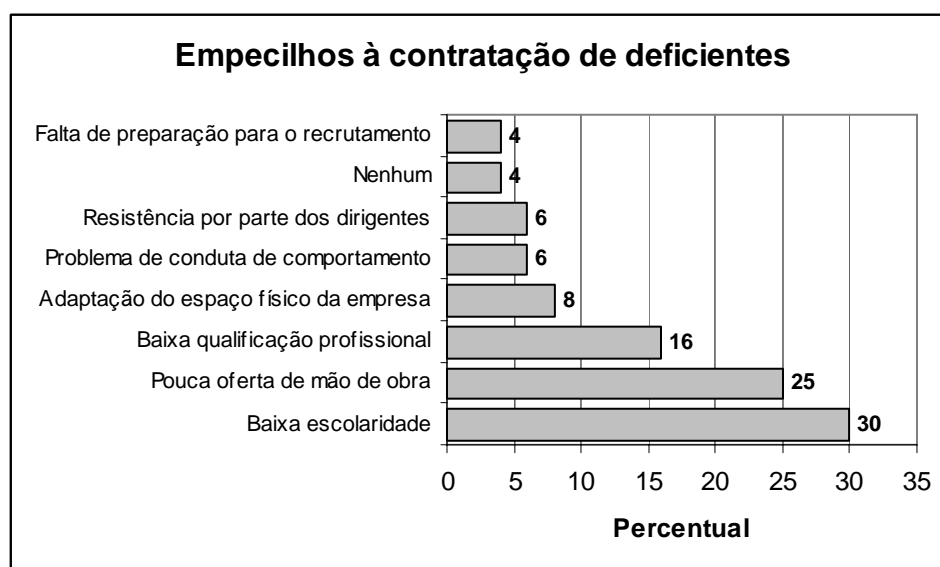
Em um mercado onde as empresas exigem um grau de instrução cada vez maior e renovação constante, o deficiente está em grande desvantagem, levando a uma enorme barreira de entrada no mercado de trabalho, que pode ser constatado através das exigências que as empresas fazem para um candidato a emprego.

3.6 EMPECILHOS À CONTRATAÇÃO DE DEFICIENTES

Araújo (2005) realizou um levantamento da inclusão de deficientes no mercado de trabalho com 30 empresas de Curitiba e região metropolitana (com mais de 100 funcionários)

A porcentagem de respostas sobre os empecilhos que as empresas encontram foi a seguinte: 30% das empresas alegaram a baixa escolaridade, 25 % pouca oferta de mão de obra, 16% baixa qualificação profissional, 8% necessidade de adaptação do espaço físico da empresa, 6% problemas de conduta e de comportamento, 6% resistência por parte dos dirigentes da empresa, 4% falta de preparação da empresa para o recrutamento e 4% nenhum.

Um total de 46% refere-se a baixa escolaridade e falta de qualificação profissional, demonstrando que este é um dos principais problemas a serem solucionados para a inclusão de deficientes, conforme demonstra o gráfico 3:

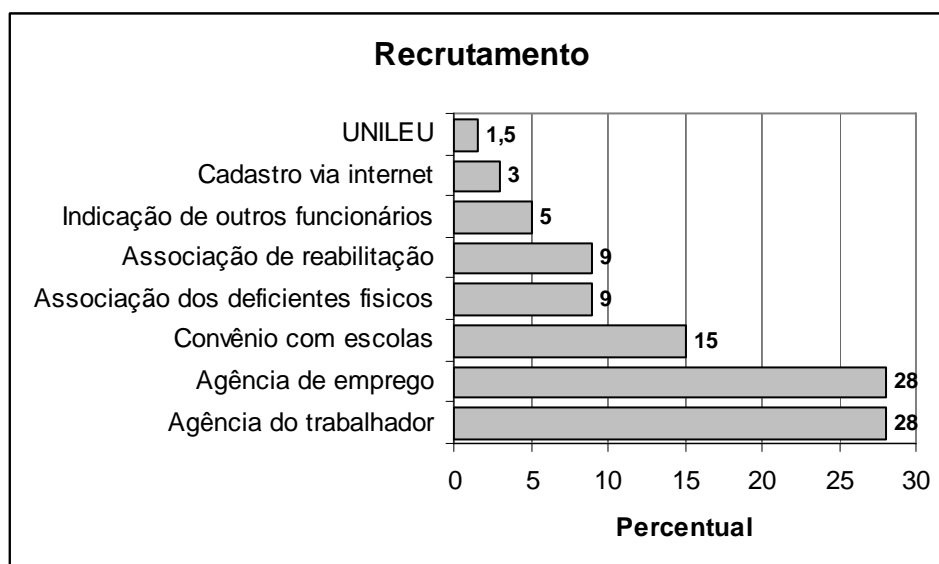


Fonte: Araújo (2005)

Quanto aos procedimentos que as empresas utilizam para recrutar deficientes no mercado, as porcentagens de respostas correspondem a: a Agência do Trabalhador e agências de emprego são os procedimentos mais citados ambas com 28% das respostas, em seguida o convênio com escolas com 15%, associação de deficientes físicos com 9%, indicação de funcionários com 5%, cadastro na INTERNET com 3% e através de ONGS com 1,5%.

Estes percentuais demonstram que os profissionais destas instituições que estão envolvidos no recrutamento de deficientes, tem um papel crucial para que o processo de inclusão ocorra de maneira efetiva nas empresas, esta intermediação é

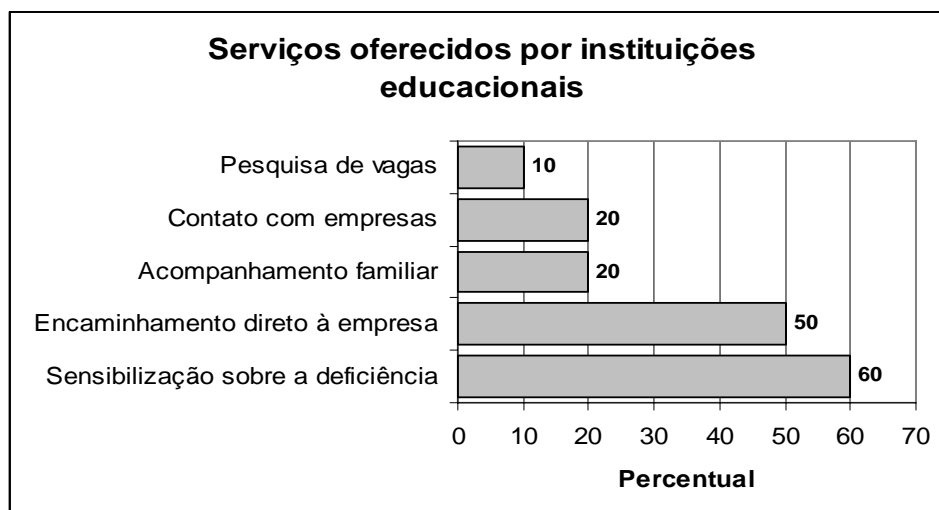
essencial e depende da capacitação dos envolvidos, conforme pode-se verificar no gráfico 4:



Fonte: Araújo (2005)

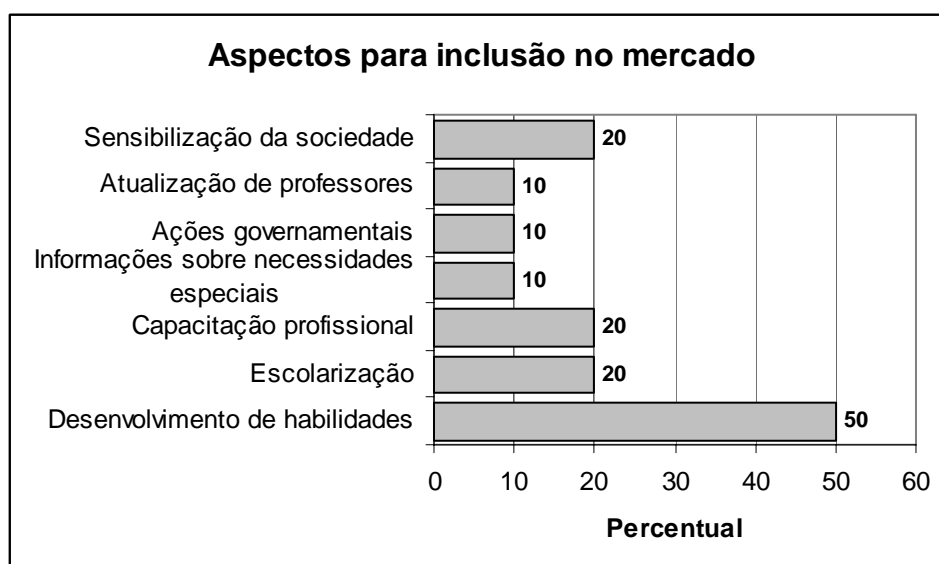
Araújo (2005), realizou levantamento com 10 instituições educacionais que oferecem cursos profissionalizantes ou encaminham para emprego: deficientes físicos, mentais e visuais à empresas na cidade de Curitiba.

Ao serem perguntados sobre os tipos de acompanhamento que oferecem aos alunos, quanto ao ingresso no mercado de trabalho: 60% das instituições citam sensibilização sobre a deficiência na empresa como prática habitual. O encaminhamento direto à empresa foi indicada por 50% das instituições. Acompanhamento familiar e contato com as empresas estão presentes no procedimento de 20% das instituições entrevistadas e apenas 10% dos entrevistados realizam pesquisa no mercado de trabalho como uma forma de acompanhamento, como pode-se observar no gráfico 5:



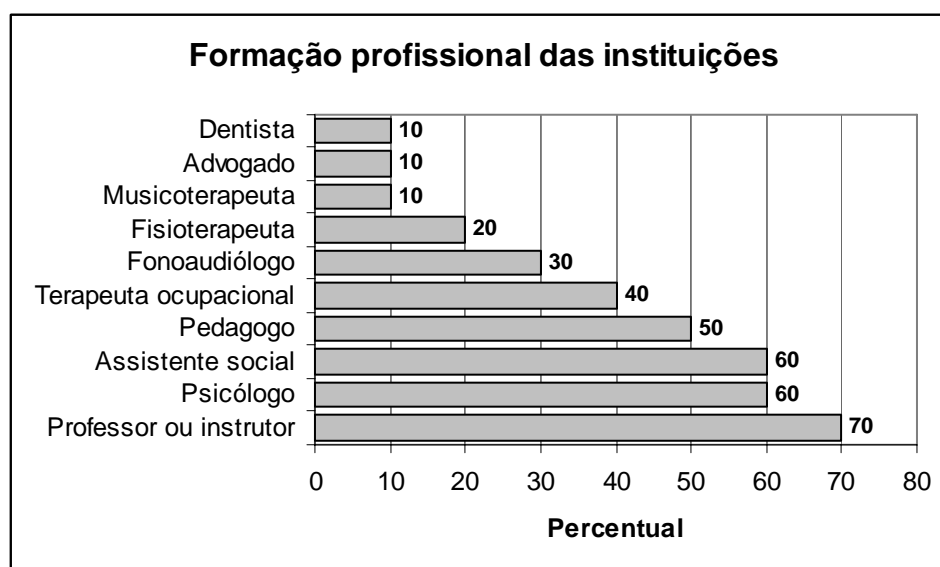
Fonte: Araújo (2005)

Do ponto de vista das instituições educacionais, os aspectos mais importantes a serem desenvolvidos nos alunos para a inclusão de deficientes no mercado de trabalho são: 50% responderam que o desenvolvimento das habilidades é o fator mais importante, em contrapartida, apenas 20% das instituições citaram a capacitação profissional e a escolarização como aspectos importantes para a inclusão, o que se demonstra no gráfico 6:



Fonte: Araújo (2005)

Questionados sobre qual a formação dos profissionais que estão envolvidos no processo de preparação profissional dos alunos das instituições pesquisadas, as respostas demonstraram que os profissionais responsáveis pela profissionalização de deficientes nas escolas especiais são em sua maioria: professores ou instrutores, com 70%, psicólogos, com 60%, assistentes sociais, com 60% e terapeutas ocupacionais com 40%. Metade das instituições também citam pedagogos nessa função. Outros profissionais também são citados, mas, por um percentual menor das instituições, conforme observa-se no gráfico 7:



Fonte: Araújo (2005)

A seguir será demonstrada a lei referente ao auxílio aposentadoria por invalidez:

3.7 LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS)

De acordo com O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, apenas a população com deficiência que comprova renda familiar (por pessoa) inferior a 25% do salário mínimo, recebe o amparo assistencial de um salário

mínimo, pago mensalmente por meio do Benefício de Prestação Continuada através da Lei Orgânica de Assistência Social de 1993.

Em novembro de 2007, foram pagos 1.376.102 benefícios, equivalente a 5.1% dos deficientes do país. A minoria recebe benefícios assistenciais, devido às regras que restringem o acesso.

Para recebê-lo é necessário estar em situação de miserabilidade e comprovar:

- a) Ser incapaz para a vida independente;
- b) Não possuir outro benefício, salvo a assistência médica;
- c) Ter renda mensal bruta familiar inferior a um quarto do salário mínimo.

A avaliação de deficiência e do grau de incapacidade é feita por uma equipe médica e social, nas agências do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

No capítulo 4 será demonstrada a importância da contribuição do terapeuta ocupacional no processo de inclusão dos deficientes físicos no mercado de trabalho.

4 A CONTRIBUIÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA A INCLUSÃO DE DEFICIENTES FÍSICOS NO MERCADO DE TRABALHO

Para Bartalotti (2006), a Terapia Ocupacional é historicamente voltada ao estudo da ação humana, é, conseqüentemente, uma profissão diretamente comprometida com a luta pela inclusão social de todos aqueles que, de uma forma ou de outra, encontram-se colocados em lugares considerados de exclusão. A Terapia Ocupacional tem um papel primordial na inclusão social porque sua ação não se limita à intervenção junto a pessoas deficientes, mas, conforme os conceitos inclusivistas, estende-se ao meio social ao qual pertence esta pessoa.

A seguir, para maior compreensão do objeto de estudo da Terapia Ocupacional, serão demonstrados os seguintes conceitos: Terapia Ocupacional, ocupação e desempenho ocupacional.

4.1 CONCEITO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Terapia Ocupacional é a arte e a ciência de ajudar pessoas a realizar as atividades que são importantes para elas, apesar da debilidade, incapacidade ou deficiência. “Ocupação” em Terapia Ocupacional não se refere simplesmente a profissões ou a treinamentos profissionais, refere-se também a todas as atividades que dão sentido a suas vidas. Na terminologia da Terapia Ocupacional, essas atividades são denominadas áreas de performance ocupacional que podem ser divididas em atividades diárias, atividades laborativas e atividades de lazer e diversão. AOTA (2004).

A Terapia Ocupacional vem construindo suas ações, por um lado aprimorando as técnicas de intervenção específicas nas incapacidades decorrentes da deficiência, através de abordagens de reabilitação, tecnologia assistiva e outras, e, por outro, voltando suas ações, cada vez mais, para um sujeito inserido em um contexto social, que tem o seu cotidiano alterado pela deficiência e que, para que possa reconstruir esse cotidiano, necessita que sua comunidade em particular e a sociedade em geral,

se transformem para acolhê-lo. Assim, as intervenções de caráter social devem ser o foco essencial da atuação profissional do terapeuta ocupacional. Bartalotti, (2006).

4.1.2 Conceito de Ocupação

A AOTA (1994), identificou ocupação como “as coisas comuns e familiares que as pessoas fazem todos os dias”. A capacidade de buscar e realizar as ocupações habituais de uma pessoa é considerada normal enquanto a pessoa está bem. Lesões, doenças e deficiências podem perturbar temporariamente as ocupações, então as pessoas podem procurar ou serem encaminhadas para um terapeuta ocupacional quando encontram dificuldades significativas para retornar ou desempenhar ocupações importantes para elas.

De acordo com Early in: Willians, Pedretti & Early, (2004) as ocupações contribuem para o senso de identidade de uma pessoa, frequentemente as pessoas definem quem são por suas ocupações ou habilidades. Isto é verdade não apenas para ocupações que são “empregos”, mas também para ocupações de lazer e da vida diária.

4.1.3 Conceito de Desempenho Ocupacional

Desempenho ocupacional é a habilidade do indivíduo em realizar e ficar satisfeito com o que foi realizado, nas atividades voluntárias da vida diária, em seu ambiente, etapa de desenvolvimento e papéis sociais. Trombly (2002).

A (AOTA) in: Pedretti (2004) define desempenho ocupacional como o campo de atuação da Terapia Ocupacional. Os elementos do desempenho ocupacional são as áreas de desempenho e os contextos de desempenho.

4.2 HISTÓRICO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE E DO TRABALHO

A Terapia Ocupacional surgiu no Brasil, nos anos 1950, foi criada a partir de um acordo com a Organização Mundial de Saúde, Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e Organização

Internacional do Trabalho. Era voltada à reabilitação nas suas mais diferentes vertentes, entre elas a reabilitação profissional, campo no qual foi dirigida à reabilitação e à reinserção profissional dos trabalhadores vitimados por doenças profissionais ou acidentes de trabalho. Lancman (2004).

A partir de 1960, foram criados os Centros de Reabilitação Profissional (CRP), vinculados ao então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Nos anos 1970, os 14 CRP de todo o país foram integrados ao Ministério da Previdência e Assistência. Eram centros interdisciplinares, voltados para a avaliação, recuperação, reabilitação e habilitação profissional, sobretudo à reabilitação física, e restritos a trabalhadores contribuintes da Previdência Social. Entretanto, esse processo não garantia a volta ou a manutenção do trabalho. Em nenhum momento ficava claro de quem era a responsabilidade pela reinserção profissional do reabilitado.

É importante ressaltar o caráter individual e isolado das ações de reabilitação. Não havia uma legislação que garantisse os direitos do trabalhador, não ocorrendo nenhum acompanhamento do segurado nas empresas, após este ser desligado dos centros de reabilitação.

No final dos anos 1980, surgiram os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) ou Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).

Em São Paulo, os CRST surgiram devido ao fortalecimento dos sindicatos e norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), restringiam sua ação aos portadores de doenças relacionadas ao trabalho, mas já continham em seus princípios: a vigilância e intervenção em empresas, visando ao estudo de postos, de ambientes e de condições de trabalho com a participação dos sindicatos e do Ministério Público.

Apesar dos avanços que realizaram, os CRST acabaram evoluindo pouco no sentido da interação entre ações individuais e coletivas. Transformaram-se numa alternativa assistencial individual, mantiveram-se à parte do SUS e não conseguiram promover a vigilância e intervenção nas empresas. A Secretaria da Saúde do Município de São Paulo vem buscando reformular estes serviços para melhorar o atual modelo.

Os CRST são compostos por profissionais de diversas áreas, entre elas, a Terapia Ocupacional, que pode ampliar suas práticas através: da intervenção

direta em situações de trabalho por meio de ações de vigilância, atendimentos individuais e/ou em grupos com trabalhadores com doenças ligadas ao trabalho, mas, que ainda se mantinham empregados ou, ainda, a busca de alternativas para os que foram demitidos. Esses profissionais podem, desta maneira, ampliar sua prática e buscar embasamento em outras áreas teóricas como: Saúde Coletiva, Ergonomia, Psicodinâmica do Trabalho etc. Esta ampliação do campo de atuação e a incorporação de novos conteúdos teóricos levam à necessidade de desenvolver e formular teorias que possam agregar os conhecimentos específicos da Terapia Ocupacional.

Para Cavalcanti & Galvão (2007), o treinamento vocacional e a habilitação profissional percorrem o processo histórico da Terapia Ocupacional no campo da saúde e do trabalho. Com a diversificação dos contextos e atividades de trabalho do final do século XX, a Terapia Ocupacional restaura a abrangência própria da profissão retomando sua atuação direta em contextos produtivos, tanto para a promoção da saúde quanto para a prevenção de acidentes e incapacidades, além da colocação e recolocação dos trabalhadores em risco social.

Segundo, Lancman (2004) a Terapia Ocupacional sempre buscou a inclusão dos indivíduos no trabalho como objetivo último da ação reabilitadora.

O terapeuta ocupacional vincula à sua formação ao estudo da análise de atividades dentro de uma visão biopsicossocial do indivíduo. Nesse sentido, todos os modelos de análise de atividades desenvolvidos procuram adaptar e adequar indivíduos ao trabalho ou vice-versa, bem como adaptar máquinas e instrumentos para deficientes, que tiveram sua deficiência originada ou não no mundo do trabalho. Esta tradição de buscar compreender as relações indivíduo-trabalho herdadas do modelo da reabilitação, são agora enriquecidas por outras teorias, passa por transformações e ganha uma compreensão mais coletiva da problemática.

De acordo com, Siqueira & Queiroz In: Lancman (2004) os terapeutas ocupacionais ao alargarem seu campo de atuação para a prevenção e para a intervenção em situações concretas de trabalho, começam a reconhecer, no seu instrumental de trabalho e na sua experiência profissional, acumulados a partir da atuação em serviços voltados à reabilitação profissional e psicossocial, diversas características e saberes, que fazem dele um profissional ímpar neste campo, pela

sua experiência particular no uso e no estudo da atividade ou pela busca de uma compreensão mais global dos indivíduos.

Conforme Lancman (2004), os terapeutas ocupacionais começam a compor equipes no Departamento de Saúde Ocupacional e nos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho das empresas e vêm colaborando nas seguintes áreas: prevenção de agravos, afastamento ou aposentadorias precoces, percepção de risco de acidentes ou adoecimentos, avaliações funcionais, avaliação dos aspectos psíquicos do trabalho, conscientização dos efeitos do trabalho sobre o indivíduo, programas de recolocação de indivíduos portadores de restrições ocupacionais decorrentes de processos de desgaste ou adoecimento no trabalho, adequação de postos de trabalho, etc.

Do ponto de vista do tratamento propriamente dito, esses profissionais têm sido cada vez mais solicitados a atender, sobretudo, portadores de DORT/LER, em serviços públicos, serviços-escola, CRST e clínicas privadas. Para tanto, se faz necessário um estudo aprofundado do desempenho ocupacional.

4.3 ANÁLISE DO DESEMPENHO OCUPACIONAL

De acordo com a *Terminologia Uniforme*, as ocupações podem ser classificadas em três áreas de desempenho ocupacional: atividade de vida diária (AVD), atividade de trabalho e produtivas, assim com lúdicas e de lazer. Além disso, o desempenho em ocupações pode ser considerado em termos de componentes de desempenho, que tem dimensões temporais e ambientais.

Conforme Early (2004), o paciente com um problema físico, que é encaminhado para a Terapia Ocupacional, quase sempre apresenta déficits óbvios nos componentes de desempenho. Esses déficits, por exemplo: amplitude de movimento limitada, força muscular reduzida, equilíbrio alterado e dificuldades de percepção podem ser tão proeminentes que desviam a ação do terapeuta que não consideram a ação em si. No entanto intervenções que procuram melhorar a função dos componentes de desempenho sem avaliar e melhorar o desempenho ocupacional não pode ser considerada Terapia Ocupacional.

O terapeuta precisa ver o “quadro mais amplo” do funcionamento ocupacional, não só o funcionamento ocupacional em geral, mas o funcionamento específico e

altamente individual desejado e necessário para aquele indivíduo em suas ocupações escolhidas e valorizadas.

4.3.1 Avaliação do Desempenho Ocupacional

Para avaliação do desempenho ocupacional é necessário que se peça ao paciente para identificar problemas, necessidades e prioridades. Embora o desempenho ocupacional possa ser avaliado empregando uma entrevista não padronizada, ou semi-estruturada, é recomendável um instrumento de avaliação padronizado. Trombly (2005)

Early in Willians, Pedretti & Early, (2004) O desempenho ocupacional de um paciente com disfunção física é avaliado pelo relato do próprio paciente, de uma pessoa informada familiar e/ou responsável ou atendente e pela observação naturalista e estruturada das tarefas de desempenho ocupacional que são importantes para o paciente.

Um dos instrumentos utilizados para a avaliação é a *Canadian Occupational Performance Measure* (MCDO) (Medida Canadense do Desempenho Ocupacional) a qual é uma entrevista padronizada e semi-estruturada que contém instruções e métodos específicos para sua administração e pontuação. Abrange as áreas de cuidados pessoais, produtividade e lazer. Mensura a autopercepção do desempenho ocupacional, é centrada no cliente e pode ser usada para uma variedade de deficiências e em todos os estágios. Entretanto, após o estudo do referencial teórico considerou-se o modelo de adestramento e amadurecimento mental de Rafael Gonzáles Mas, como o mais eficaz, que, apesar de ser elaborado para deficientes mentais, se aplica perfeitamente tanto para a avaliação, como para o treinamento e acompanhamento de deficientes físicos no posto de trabalho. A seguir serão demonstrados os quesitos que compõe tal modelo: o questionário (A) se refere à avaliação em oficinas de trabalho ou profissionalizantes, o questionário (B) se refere à avaliação *in loco*, na empresa.

A) Questionário sobre o rendimento do deficiente mental (DM), verificação em oficinas de trabalho, progressos:

Nome:.....Atividade número:.....

Nome do empregador:.....empresa:.....

Endereço:.....

Data de início:.....

Tempo de trabalho:.....

Nome do posto de trabalho:.....

Nome do supervisor:.....

Faltas: número de dias:.....

motivos:.....

Atrasos: quanto tempo:.....

motivos:.....

(usar: B=bom; R=regular; PO=pobre; M=melhor; PI=piorando)

Atitude: B.....R.....PO.....M.....PI.....

Hábitos pessoais e aparência:..... B.....R.....PO.....M.....PI.....

Relacionamento social:..... B.....R.....PO.....M.....PI.....

Iniciativa:..... B.....R.....PO.....M.....PI.....

Perseverança:..... B.....R.....PO.....M.....PI.....

Compreensão:..... B.....R.....PO.....M.....PI.....

Tolerância a frustração:..... B.....R.....PO.....M.....PI.....

Qualidade do trabalho:..... B.....R.....PO.....M.....PI.....

Quantidade do trabalho:..... B.....R.....PO.....M.....PI.....

Se considera capacitado a realizar o trabalho? Sim..... Não....em dúvida.....

Se está em dúvida, declarar o por quê?.....

.....

B) Questionário sobre a valorização do trabalho:

Nome:.....Atividade número:.....

Nome do empregador:.....empresa:.....

Data de início:.....

Tempo do turno de trabalho:.....nome do posto de trabalho.....

Nome do supervisor:.....

-quanto aos hábitos de trabalho e eficiência:

Pontualidade: aceitável

..... inaceitável

Motivo:.....

Supervisão: O trabalho requer:

..... constante

..... freqüente

..... limitada

..... nenhuma

Tipo:

..... autoritário

..... tolerante

..... crítico

Reação:

..... aceita

..... resiste

Comentários:.....

Iniciativa: interessado e ativo

..... indiferente

..... desinteressado e preguiçoso

Motivo:.....

Motivo:.....

Perseverança: constante atividade

..... requer estímulo

..... abandona atividade

Comentários:.....

Qualidade do trabalho: na média

..... adequado

..... inadequado

Motivo:.....

Quantidade de trabalho: na média
 adequado
 inadequado Motivo:.....

Compreensão: aprende as tarefas de forma adequadaSim Não
 segue instruçõesSim Não
 Em caso de negativa, explicar o motivo:.....

Solução de problemas: reconhece os próprios errosSim Não
 corrige os erros cometidosSim Não
 Em caso de negativa, explicar o motivo:.....

1. Possui alguma deficiência física? Sim Não

2. Em caso afirmativo. Interfere com o trabalho? Sim Não

3. Descrever, se existem situações que possam afetar seu treinamento: (como Problemas emocionais, comportamentos sociais inadequados, hábitos pessoais Inadequados, entre outros,)

Perseverança: constante atividade
 requer estímulo
 abandona atividade
 Comentários:.....

Qualidade do trabalho: na média
 adequado
 inadequado Motivo:.....

Quantidade de trabalho: na média
 adequado
 inadequado Motivo:.....

Compreensão: aprende as tarefas de forma adequadaSim Não
 segue instruçõesSim Não

Em caso de negativa, explicar o motivo:.....	
Solução de problemas: reconhece os próprios erros	.....Sim Não
..... corrige os erros cometidos	.....Sim Não
Em caso de negativa, explicar o motivo:.....	
1. Possui alguma deficiência física?	..... Sim Não
2. Em caso afirmativo. Interfere com o trabalho?	..... Sim Não
3. Descrever, se existem situações que possam afetar seu treinamento: (como Problemas emocionais, comportamentos sociais inadequados, hábitos pessoais Inadequados, entre outros,)	
4.Demonstra progressos na execução de tarefas?	..... Sim Não
Descrever e explicar.....	
5.Demonstra habilidades na execução das tarefas? (habilidade física, habilidade para ler e escrever, segurança entre outra,)	..... Sim Não
6.Possui o potencial e qualificações necessárias para executar satisfatoriamente este tipo de trabalho?	..... Sim Não
7.Você empregaria este indivíduo se existisse uma vaga de trabalho para ele?	.....Sim.....em dúvida.....Não
8.Recomendações e comentários:.....	

.....

Segundo Toldrá (2008), as oficinas de trabalho ou profissionalizantes têm como objetivo à preparação ou a iniciação para o trabalho. Podem ser realizadas em instituições educacionais, podem ser ofertadas pelo terapeuta ocupacional em local específico ou ainda no próprio local de trabalho. Nas oficinas de trabalho são desenvolvidos conteúdos específicos relacionados à realidade do trabalho, tais como: relação de hierarquia, cumprimento de horários, regras da empresa e de convivência, exploração de potenciais, treinamento de habilidades para executar determinada tarefa, simulação de situações reais de trabalho, entre outras. Estas oficinas permitem ver em conjunto as necessidades, dificuldades e aspectos

favoráveis que o indivíduo possui, desta forma, possibilita realizar uma avaliação realista de seu desempenho ocupacional e verificar a potencialidade laboral. Com isso, pode-se explorar as habilidades do trabalhador deficiente físico e favorecer uma colocação profissional mais apropriada às condições da pessoa e, assim, favorecer o processo de inclusão e romper com o estigma que muitas empresas ainda possuem.

Outros instrumentos podem ser utilizados para avaliação como: a *Occupational Performance History Interview* que compreende uma entrevista semi-estruturada com escalas de pontuação para a identidade ocupacional e uma narrativa do histórico de vida, A *Activity configuration* (Configuração das atividades) produz informações sobre valores, histórico educacional e profissional, atividades e interesses de lazer, vocacionais e planos do paciente.

Os instrumentos de entrevista devem ser somados à observação direta do desempenho do paciente, de modo que o terapeuta avalie a segurança, precisão, eficiência do desempenho e se ocorreu por completo. Muitos instrumentos estruturados de avaliação estão disponíveis para avaliar áreas específicas do desempenho ocupacional.

Não desmerecendo o valor destas avaliações estruturadas, a observação naturalista é às vezes mais relevante para as necessidades de um indivíduo em particular, dentro de um contexto específico de desempenho. O desempenho do paciente em uma avaliação padronizada pode nem sequer mencionar os específicos desempenhos ocupacionais que tem probabilidade de causar dificuldade. Desta forma, é de responsabilidade do terapeuta ocupacional revisar as metas do paciente e certificar-se de que a avaliação contenha as áreas de maior preocupação.

4.4 ANÁLISE DOS PERFIS DE CARGOS OFERTADOS PELAS EMPRESAS:

Segundo Carreira in: Mantoan (1997), o empresário, representado nas organizações pelo administrador têm grande dificuldade de realizar os processos de: recrutamento, seleção e treinamento de deficientes, pela falta de conhecimento da capacidade de trabalho destas pessoas. Desta forma, antes de contratar, o administrador deve ser orientado a realizar uma análise dos perfis dos cargos contidos no seu manual de organização, como é do conhecimento do administrador,

cada cargo criado na empresa possui um perfil profissional e um perfil psicológico. O desenho deste perfil é baseado no manual de procedimentos que descreve as rotinas de trabalho e indica o cenário organizacional em que o funcionário deverá atuar. Esse conjunto de informações permitirá demonstrar qual o perfil que o funcionário deve ter para ocupar a vaga, como será demonstrado a seguir:

1) Natureza do trabalho:

a) Trabalho de:

Execução – Supervisão – Coordenação – Organização – Planejamento – Direção

b) De nível:

Operacional – Médio – Técnico – Profissional

c) Escolaridade:

Primeiro Grau – Segundo Grau – Técnico – Graduado – Pós-graduado

2) Tarefas típicas:

a) Freqüência:

Diária – Periódica

b) Esforço físico:

Pequeno – Médio – Grande

c) Esforço Mental – concentração

Baixa- Média – Intensa – Intensa e freqüente

d) Acuidade visual

Baixa- Média – Intensa – Intensa e freqüente

e) Acuidade auditiva

Baixa- Média – Intensa – Intensa e freqüente

f) Responsabilidade por:

Bens e/ou valores – Contatos – Informações confidenciais – Relatórios e/ou registros

g) Condições de trabalho:

Ambiente – Desafios do cargo – Relacionamentos internos e externos – Relações funcionais

3) Qualidades necessárias:

a) Grau de instrução:

Especialização/pós-graduação – Superior – Curso Técnico – Colegial – Primeiro grau – Segundo grau – Sem instrução

b) Formação profissional:

Experiência profissional – Formação complementar – Sem experiência

c) Habilidades e características de personalidade:

Atualização e autoformação – Autoconfiança – Capacidade de comunicação – Capacidade de raciocínio – Competência em coordenar/administrar – Concentração – Criatividade – Determinação – Espírito de grupo/trabalho em parceria – Flexibilidade a mudanças – Humildade – Iniciativa (autonomia) – Liderança – Percepção – Persistência – Sensibilidade – Senso crítico e analítico – Talento empreendedor – Visão de conjunto

d) Conhecimentos necessários:

Estágios de integração / vivência – Missões/ projetos especiais – Participação em feiras, congressos e exposições – Títulos de leitura – Visitas

e) Quesitos para avaliação de desempenho:

Comércio – Comunicação – Gestão – Manutenção – Organização – Planejamento – Produção/técnicas e conhecimento – Qualidade – Segurança – Tecnologia (inclusive informática)

4) Forma de Preenchimento:**a) Recrutamento:**

Interno - Externo

b) Seleção:

Prova de conhecimentos gerais – Prova de conhecimento específico – Teste prático – Entrevista – Teste psicotécnico – Análise de *curriculum vitae*

5) Plano de Carreira:

Cargos para os quais pode ser promovido

6) Tempo esperado de permanência no cargo:

Mínimo – Médio – Máximo (ápice da carreira)

De acordo com Carreira (1997), pela simples observação dos quesitos acima, o administrador perceberá que poderá contar com a força de trabalho de pessoas deficientes em vários cargos de sua empresa, sendo necessário que o administrador insira no perfil do cargo a seguinte expressão: “ Admite deficientes, desde que qualificados para a função”. Quanto ao processo de recrutamento e

ao processo de seleção não devem ser diferentes, pois seria uma atitude discriminatória realizar testes diferenciados. Em relação ao treinamento, também deve ser igual, deve ser realizado junto com os demais funcionários, a inserção no mercado de trabalho deve ser feita de forma natural e integrada ao meio.

4.4.1 Análise do emprego

Segundo WILLAR & SPACKMAN (2002), o terapeuta ocupacional deve entender claramente as principais exigências do emprego, desta forma é possível estabelecer a base para o desenvolvimento de um programa de preparação para a inclusão ao trabalho. Deve conter informações detalhadas sobre todas as tarefas do emprego, entre elas, as demandas de trabalho físico e o uso de equipamentos, ferramentas e materiais. Os componentes sensoriais, as condições ambientais são consideradas importantes. Além das demandas psicossociais inerentes visando a eficácia.

O terapeuta deve visitar o local de trabalho para observar as principais tarefas do emprego, devido a sua formação os terapeutas ocupacionais são qualificados para realizar estas análises *in loco*.

4.4.2 Estabelecimento da base de tolerância ao trabalho

Determina o nível funcional atual do trabalhador, todos os fatores físicos, cognitivos e comportamentais pertinentes devem fazer parte de uma avaliação das capacidades funcionais do trabalhador.

Uma avaliação inicial de tolerância ao trabalho deve incluir os seguintes componentes: histórico médico, entrevista com o trabalhador, descrição do emprego com suas principais demandas, avaliação da dor, avaliação física.

A avaliação física inclui as seguintes áreas de foco: posturas e mobilidade no trabalho, força, sensação, coordenação, erguer, alcançar, carregar, empurrar, puxar, sentar, ficar e a simulação de tarefas do trabalho.

As principais demandas do emprego do trabalhador são avaliadas usando simulações de tarefas e amostras do trabalho. O terapeuta também deve avaliar fatores ambientais, como vibrações, frio, barulho, pó e calor.

O passo final no processo de avaliação inicial é sumarizar as capacidades funcionais do trabalhador e identificar problema que interfiram no desempenho ocupacional.

O Terapeuta Ocupacional pode atuar nos três fatores determinantes para a inclusão de deficientes físicos no mercado de trabalho: a acessibilidade, a mobilidade e a ergonomia, conforme as seções (2.1.2 a 2.1.7).

4.4.3 TERAPIA OCUPACIONAL E ERGONOMIA (intervenção ergonômica)

Segundo Nunes in: Cavalcanti & Galvão (2007), se para a Terapia ocupacional, desde a sua origem, a atividade humana cumpre o papel de reestruturar a participação individual, inclusive nas atividades produtivas do trabalho, para a ergonomia, por sua vez, as técnicas, tecnologias, materiais e métodos buscam aumentar a produtividade das organizações de trabalho com segurança, eficácia e conforto para o trabalhador em atividade de trabalho.

Conforme Smith in: Pedretti & Early (2005), a inclusão de deficientes no mercado de trabalho requer que sejam feitas adaptações para garantir aos deficientes oportunidades iguais ao serem considerados para ocupar uma vaga de emprego, desta forma, poderão ser capacitados a desempenhar as funções essenciais exigidas. Para que sejam feitas as adaptações de forma correta deve ser feita uma investigação sistemática e individualizada, com a participação do deficiente. O terapeuta ocupacional familiarizado com as intervenções ergonômicas irá reconhecer que esta é uma oportunidade ideal para incorporar uma perspectiva ergonômica que facilite o ajuste entre o funcionário e o emprego.

O mesmo autor, considera a ergonomia como o estudo do relacionamento entre o funcionário e o ambiente de trabalho. Diz respeito aos problemas e processos envolvidos no projeto e, alguns casos, na modificação do ambiente para que seja adequado à vida e ao trabalho humano. A participação da pessoa que irá exercer sua ocupação no ambiente é chamada de ergonomia participativa. Desconsiderar estes elementos pode acarretar em falta de cooperação e talvez em fracasso da intervenção ou adaptação. Os terapeutas ocupacionais são especialmente

habilidosos na comunicação com pessoas deficientes e ao encorajar sua inclusão e participação social.

De acordo com Cooper et al in: Trombly (2005), a congruência entre uma pessoa e seu ambiente é o ajuste pessoa-ambiente. O papel do terapeuta ocupacional para determinar o ajuste entre pessoas com limitações e os vários ambientes que este indivíduo controla é o seguinte:

- a) Identificar e avaliar barreiras que podem desafiar a competência e habilidade de indivíduos que realizam suas atividades e desempenham papéis escolhidos.
- b) Identificar e avaliar os auxílios que facilitam o desempenho ocupacional.
- c) Desenvolver estratégias que eliminem ou melhorem as barreiras.
- d) Promover suportes.

Para Smith in: Pedretti & Early (2005), quando estão sendo desenvolvidas estratégias de adaptações razoáveis, as mais simples e de custo mais baixo devem ser consideradas primeiro. Por exemplo, o terapeuta ocupacional deve investigar em primeiro lugar se é possível modificar o modo de desempenho da função, uma estratégia chamada: controle administrativo. Esta estratégia satisfaz ao mesmo tempo as necessidades do funcionário com deficiência e a redução de custos exigida pelo empregador. As técnicas de conservação de energia podem ser adequadas para muitas pessoas e normalmente devem ser consideradas. Se estas intervenções simples não forem suficientes, pode ser necessário considerar a modificação de ferramentas ou a compra de equipamentos e auxílios comercialmente disponíveis, do que os feitos sob medida. Os dispositivos e a tecnologia assistiva feitos sob medida podem ser necessários quando as soluções administrativas e ergonômicas mencionadas anteriormente não forem adequadas. Os empregadores que não têm conhecimento de outras soluções criativas e de menor custo geralmente pensam que as opções mais caras são as únicas disponíveis. A reestruturação do emprego é outra adaptação razoável a ser considerada pelo terapeuta. Esta abordagem inclui o exame da análise das funções essenciais e reorganizar, adicionar ou excluir demandas das tarefas desempenhadas. Isto pode envolver a combinação de várias tarefas que o indivíduo deficiente é capaz de desempenhar ou a exclusão de tarefas que não podem ser desempenhadas, transferindo-as a outro funcionário. Talvez o emprego possa ser

modificado, por exemplo: permitir intervalos ao longo do dia ou com horários mais flexíveis. Outra adaptação possível pode ser o remanejamento de um pessoa com deficiência em outra vaga disponível. O terapeuta ocupacional pode auxiliar o empregador a determinar as vagas apropriadas na empresa e a avaliar as capacidades funcionais dos candidatos às vagas disponíveis para desempenhar suas funções essenciais. O que pode parecer adequado para o empregador por ser leve em sua natureza pode ser inadequado para um dado indivíduo precisamente pela natureza das atividades necessárias.

Segundo o mesmo autor, ainda é possível serem feitas adaptações através da modificação de equipamentos, fornecimento de equipamentos assistivos e oferecer treinamento de métodos adaptativos. Além disso, produtos elaborados para outros propósitos podem ser combinados de maneiras criativas e novas. Os terapeutas ocupacionais estão se tornando cada vez mais proficientes na localização e aplicação de tecnologia assistiva, possibilitando as pessoas com algum tipo de deficiência as adaptações necessárias para incluí-los no ambiente de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O discurso da inclusão social possui bases teóricas sólidas, mas pouco arraigadas nos valores da sociedade moderna. Esse fato justifica-se, em parte, no caráter lento em que se dá a implementação efetiva de propostas inclusivas e a falta de eficiência das ações políticas. A inclusão de deficientes no mercado de trabalho depende de alguns processos, como: treinamento, capacitação, colocação de trabalhadores no mercado de trabalho, acompanhamento no posto de trabalho e eventuais adaptações quanto à acessibilidade, o que demanda conhecimento específico dos profissionais envolvidos no processo de inclusão.

Segundo Teresa Costa Amaral in: IBDD (2004), “é preciso ressaltar que a deficiência não tem exatamente características fechadas, estanques.” O mais importante na reflexão sobre inclusão social e emprego da pessoa deficiente é de que não existe compatibilidade ou incompatibilidade absoluta, tudo depende da capacidade e da personalidade de cada ser humano. O potencial criativo, impulsionado pela motivação, leva as pessoas à construção de recursos originais que podem muitas vezes surpreender, mas nem sempre encontrar reconhecimento em um contexto de exclusão e invisibilidade.

Diante deste contexto, a Terapia Ocupacional apresenta-se como uma profissão que tem como objetivo potencializar e/ou restabelecer o desempenho ocupacional dos indivíduos nas atividades que compõe seu cotidiano, podendo contribuir para a inserção do deficiente em uma atividade produtiva. O terapeuta ocupacional mediante corpo teórico específico e técnicas específicas de intervenção, apresenta-se altamente capaz para planejar e desenvolver serviços de inclusão profissional, que atendam pessoas com algum tipo de deficiência. Contribuindo, desta forma, para recompor a visão distorcida dos deficientes, geralmente estigmatizados pela sociedade, como incapazes e improdutivos.

Conforme, Bartalotti (2006), a Terapia Ocupacional é historicamente voltada ao estudo da ação humana, é, conseqüentemente, uma profissão diretamente comprometida com a luta pela inclusão social de todos aqueles que, de uma forma ou de outra, encontram-se colocados em lugares considerados de exclusão. A Terapia Ocupacional tem um papel primordial na inclusão social porque sua ação não se limita à intervenção junto a pessoas deficientes, mas, conforme os conceitos inclusivistas, estende-se ao meio social ao qual pertence esta pessoa.

Para Cavalcanti & Galvão (2007), o treinamento vocacional e a habilitação profissional percorrem o processo histórico da Terapia Ocupacional no campo da saúde e do trabalho. Com a diversificação dos contextos e atividades de trabalho do final do século XX, a Terapia Ocupacional restaura a abrangência própria da profissão retomando sua atuação direta em contextos produtivos, tanto para a promoção da saúde quanto para a prevenção de acidentes e incapacidades, além da colocação e recolocação dos trabalhadores em risco social.

Para tanto, são utilizadas avaliações da capacidade funcional e potencial residual dos indivíduos, análise dos postos de trabalho e das relações estabelecidas nesse ambiente; intervenções educativas, oficinas profissionalizantes, treinamento e acompanhamento do indivíduo.

Segundo a terapeuta ocupacional Fernanda Monteiro em entrevista concedida à autora, em março de 2009: “há falta de instrumentos de avaliação do desempenho ocupacional apropriados a realidade dos postos de trabalho das empresas brasileiras, sendo este, um campo de trabalho a ser ainda desenvolvido pelos profissionais da área.”

Para a avaliação do desempenho ocupacional, considerou-se o modelo de adestramento e amadurecimento mental de Rafael Gonzáles Mas, como o mais eficaz, que, apesar de ser elaborado para deficientes mentais, se aplica tanto para a avaliação, como para o treinamento e acompanhamento de deficientes físicos no posto de trabalho, que são compostos por dois questionários: o questionário (A) que se refere à avaliação em oficinas de trabalho ou profissionalizantes e o questionário (B) se refere à avaliação *in loco*, na empresa. (ítem 4.3.1).

Constatou-se que as oficinas profissionalizantes podem ser um dos serviços ofertados pelos terapeutas ocupacionais que melhor simulam ambientes reais de trabalho, sendo uma dos processos mais adequados a inclusão profissional. Conforme Toldrá (2008), as oficinas de trabalho ou profissionalizantes têm como objetivo à preparação ou a iniciação para o trabalho. Podem ser realizadas em instituições educacionais, podem ser ofertadas pelo terapeuta ocupacional em local específico ou ainda no próprio local de trabalho. Nas oficinas de trabalho são desenvolvidos conteúdos específicos relacionados à realidade do trabalho, tais como: relação de hierarquia, cumprimento de horários, regras da empresa e de convivência, exploração de potenciais, treinamento de habilidades para executar

determinada tarefa, simulação de situações reais de trabalho, entre outras. Estas oficinas permitem ver em conjunto as necessidades, dificuldades e aspectos favoráveis que o indivíduo possui, desta forma, possibilita realizar uma avaliação realista de seu desempenho ocupacional e verificar a potencialidade laboral. Com isso, pode-se explorar as habilidades do trabalhador deficiente físico e favorecer uma colocação profissional mais apropriada às condições da pessoa e, assim, favorecer o processo de inclusão e romper com o estigma que muitas empresas ainda possuem.

Além das oficinas profissionalizantes o terapeuta ocupacional pode orientar os empresários quanto a forma de seleção e contratação:

Segundo Carreira (1997), o empresário, representado nas organizações pelo administrador têm grande dificuldade de realizar os processos de: recrutamento, seleção e treinamento de deficientes, pela falta de conhecimento da capacidade de trabalho destas pessoas. Desta forma, antes de contratar, o administrador deve ser orientado a realizar uma análise dos perfis dos cargos contidos no seu manual de organização, como é do conhecimento do administrador, cada cargo criado na empresa possui um perfil profissional e um perfil psicológico. O desenho deste perfil é baseado no manual de procedimentos que descreve as rotinas de trabalho e indica o cenário organizacional em que o funcionário deverá atuar. Esse conjunto de informações permitirá demonstrar qual o perfil que o funcionário deve ter para ocupar a vaga, como demonstrado no (item 4.4).

Quanto às modificações no ambiente de trabalho o terapeuta ocupacional pode contribuir da seguinte forma: segundo, Smith in: Pedretti & Early (2005), a inclusão de deficientes no mercado de trabalho requer que sejam feitas adaptações para garantir aos deficientes oportunidades iguais ao serem considerados para ocupar uma vaga de emprego, desta forma, poderão ser capacitados a desempenhar as funções essenciais exigidas. Para que sejam feitas as adaptações de forma correta deve ser feita uma investigação sistemática e individualizada, com a participação do deficiente. O terapeuta ocupacional familiarizado com as intervenções ergonômicas irá reconhecer que esta é uma oportunidade ideal para incorporar uma perspectiva ergonômica que facilite o ajuste entre o funcionário e o emprego.

De acordo com Cooper et al in: Trombly (2005), a congruência entre uma pessoa e seu ambiente é o ajuste pessoa-ambiente. O papel do terapeuta ocupacional para

determinar o ajuste entre pessoas com limitações e os vários ambientes que este indivíduo controla é o seguinte:

- a) Identificar e avaliar barreiras que podem desafiar a competência e habilidade de indivíduos que realizam suas atividades e desempenham papéis escolhidos.
- b) Identificar e avaliar os auxílios que facilitam o desempenho ocupacional.
- c) Desenvolver estratégias que eliminem ou melhorem as barreiras.
- d) Promover suportes.

Para Smith in: Pedretti & Early (2005), Os dispositivos e a tecnologia assistiva feitos sob medida podem ser necessários quando as soluções administrativas e ergonômicas mencionadas anteriormente não forem adequadas. Os empregadores que não têm conhecimento de outras soluções criativas e de menor custo geralmente pensam que as opções mais caras são as únicas disponíveis. A reestruturação do emprego é outra adaptação razoável a ser considerada pelo terapeuta. Esta abordagem inclui o exame da análise das funções essenciais e reorganizar, adicionar ou excluir demandas das tarefas desempenhadas. Isto pode envolver a combinação de várias tarefas que o indivíduo deficiente é capaz de desempenhar ou a exclusão de tarefas que não podem ser desempenhadas, transferindo-as a outro funcionário. Talvez o emprego possa ser modificado, por exemplo: permitir intervalos ao longo do dia ou com horários mais flexíveis. Outra adaptação possível pode ser o remanejamento de um pessoa com deficiência em outra vaga disponível. O terapeuta ocupacional pode auxiliar o empregador a determinar as vagas apropriadas na empresa e a avaliar as capacidades funcionais dos candidatos às vagas disponíveis para desempenhar suas funções essenciais. O que pode parecer adequado para o empregador por ser leve em sua natureza pode ser inadequado para um dado indivíduo precisamente pela natureza das atividades necessárias.

Segundo o mesmo autor, ainda é possível serem feitas adaptações através da modificação de equipamentos, fornecimento de equipamentos assistivos e oferecer treinamento de métodos adaptativos. Além disso, produtos elaborados para outros propósitos podem ser combinados de maneiras criativas e novas. Os terapeutas ocupacionais estão se tornando cada vez mais proficientes na localização e

aplicação de tecnologia assistiva, possibilitando as pessoas com algum tipo de deficiência as adaptações necessárias para incluí-los no ambiente de trabalho.

Apesar da contribuição que o terapeuta ocupacional pode ter no processo de inclusão profissional, a pesquisa de Araújo (2005), demonstrou que ao serem questionados sobre qual a formação dos profissionais que estão envolvidos no processo de preparação profissional dos alunos das instituições pesquisadas, as respostas demonstraram que os profissionais responsáveis pela profissionalização de deficientes nas escolas especiais são em sua maioria: professores ou instrutores, com 70%, psicólogos, com 60%, assistentes sociais, com 60% e terapeutas ocupacionais com 40%. Metade das instituições também citam pedagogos nessa função. Outros profissionais também são citados, mas, por um percentual menor das instituições, conforme o gráfico 7. (item 3.6)

Através do levantamento bibliográfico realizado é possível verificar que mesmo em escolas para alunos deficientes, onde é obrigatório a presença do terapeuta ocupacional, apenas em 40% do total das instituições pesquisadas, o terapeuta ocupacional está envolvido no processo de profissionalização de deficientes, demonstrando que envolver este profissional no processo de inclusão também é um desafio a ser superado, já que pela sua formação e pelo que ficou demonstrado no presente trabalho, o terapeuta ocupacional é plenamente habilitado a oferecer serviços voltados a inclusão profissional.

“Nós trabalhamos porque precisamos de dinheiro para sobreviver. Mas também trabalhamos porque isso contribui para a nossa dignidade, o nosso valor como pessoas. O trabalho nos dá mais controle sobre nossa vida e nos conecta com as outras pessoas. Sinto-me realmente privilegiado em ser remunerado pelo que adoro fazer. Toda sociedade que exclui pessoas do trabalho por qualquer motivo: sua deficiência ou sua cor ou seu gênero está destruindo a esperança e ignorando talentos. Se fizermos isso, colocaremos em risco todo o futuro. “

Robert White (MacFadden,1994)

REFERÊNCIAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 9050. Rio de Janeiro: 2004

AMARAL, Lígia A. – **Falando sobre o trabalho da pessoa portadora de deficiência** – São Paulo: Reintegra, 1993.

ARAÚJO, Janine Plaza. **Levantamento da situação da inclusão de pessoas com necessidades especiais no mercado de trabalho de Curitiba e região metropolitana.** Curitiba, 2005. 106 pgs. (Psicologia) – Universidade Positivo, Curitiba.

BARTALOTTI, Celina Camargo. **A inclusão social da pessoa com deficiência** – Centro Universitário São Camilo, São Paulo: v.8, n.3, 2006.

BENTO, Maria Aparecida S. & CASTELAR, Marilda – **Inclusão no trabalho: Desafios e Perspectivas. Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CAVALCANTI A. GALVÃO – **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática** – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CLEMENTE, Carlos Aparício – **Trabalho decente: leis, mitos e práticas de inclusão** – Osasco, SP: Ed. Do autor, 2008.

DRUCKER, Peter – **O homem, a administração, a sociedade** – São Paulo: Nobel, 2002.

GLAT, Rosana – **Cidadania e o portador de deficiência** – Integração – Brasília, v.5, n.11, 1994.

IBDD (coordenação). **Sem limite: inclusão de portadores de deficiência no mercado de trabalho** – Rio de Janeiro: Editora SENAC, 2003.

LANCMAN, Selma – **Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional** – São Paulo: Roca, 2004.

MANTOAN, Maria Teresa Égler – **A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema** – São Paulo: Memnon: Editora Senac, 1997.

MAS, Rafael Gonzáles – **Adiestramiento y maduracion mental** – Barcelona: Editorial Cientifico Medica, 1978. Traduzido pela autora. Pgs.470 a 472.

PEDRETTI, Willians & EARLY, Mary – **Terapia Ocupacional: capacidades para disfunções físicas** – São Paulo: Roca, 2004.

SASSAKI, Romeu Kazumi – **Inclusão. Construindo uma sociedade para todos** – Rio de Janeiro: WVA, 2006.

SASSAKI, Romeu Kazumi – **Serviços de vida independente e conceito de vida independente** – São Paulo: Prodef, 1995.

TOLDRÁ, Rose Colom – **Profissionalização de pessoas com deficiência no município de Campinas: estudo de programas e projetos** – Revista de Terapia Ocupacional da USP, vol. 19, n.1, 2008.

TROMBLY Catherine A. & RADOMSKI Mary V. – **Terapia Ocupacional para disfunções físicas** – São Paulo: Editora Santos Ltda, 2005

NEISTADT e CREPEAU. - Willard e Spackman: **Terapia Ocupacional** – Rio de Janeiro: Editora Guanabara Roogan, 2002.

<http://www.mte.gov.br/> acessado em 15 de julho de 2009, 19:30 hrs.

<http://portal.saude.gov.br/saude/> acessado em 23 de julho de 2009, 16:00 hrs.

<http://www.ibdd.org.br/> acessado em 25 de julho de 2009, 18:45 hrs.

ANEXO 1
LEGISLAÇÃO

Reserva de Cotas ou Lei de Cotas:

- A legislação estabeleceu a obrigatoriedade de as empresas com cem (100) ou mais empregados preencherem uma parcela de seus cargos com pessoas com deficiência.

A reserva legal de cargos é também conhecida como Lei de Cotas (art. 93 da Lei nº 8.213/91).

A cota depende do número geral de empregados que a empresa tem no seu quadro, na seguinte proporção, conforme estabelece o art. 93 da Lei nº 8.213/91:

I	-	de	100	a	200	empregados	2%
II	-	de	201	a	500	.....	3%
III	-	de	501	a	1.000	.....	4%
IV	-	de	1.001	em	diante	.....	5%

Legislação referente a deficiência e trabalho:

- No Decreto nº 3.298/99, cuja redação foi atualizada após longas discussões no Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE), pelo Decreto nº 5.926/04.

Logo, há que ser atendida a norma regulamentar, sob pena de o trabalhador não ser computado para fim de cota. Assim, pessoas com visão monocular, surdez em um ouvido, com deficiência mental leve, ou deficiência física que não implique impossibilidade de execução normal das atividades do corpo, não são consideradas hábeis ao fim de que se trata.

Pessoas reabilitadas, por sua vez, são aquelas que se submeteram a programas oficiais de recuperação da atividade laboral, perdida em decorrência de infortúnio. A que se atestar tal condição por documentos públicos oficiais, expedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou órgãos que exerçam função por ele delegada.

Veja-se, assim, o conteúdo da norma em comento:

Art. 3º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

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

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

III - incapacidade - uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações

necessárias ao seu bemestar e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Considera-se deficiência permanente aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos (Decreto nº 3.298/99, art. 3º, II).

Considera-se como incapacidade uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa com deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bemestar e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (Decreto nº 3.298/99, art. 3º, III).

Quanto a fiscalização do cumprimento da Lei de Cotas:

Aos auditores fiscais do Trabalho cabe fazerem a fiscalização das empresas no que se refere ao cumprimento da legislação referente ao trabalho das pessoas portadoras de deficiência (art. 36, § 5º, do Decreto nº 3.298/99).

Pode ser lavrado auto de infração com a conseqüente imposição de multa administrativa. Igualmente é possível o encaminhamento de relatório ao Ministério Público do Trabalho para as medidas legais cabíveis (art. 10, § 5º, c/c art. 15 da Instrução Normativa nº 20/01).

A multa é a prevista no art. 133 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, calculada na seguinte proporção, conforme estabelece a Portaria nº 1.199, de 28 de outubro de 2003:

- I. para empresas com 100 a 200 empregados, multiplicar-se-á o número de trabalhadores portadores de deficiência ou beneficiários reabilitados que deixaram de ser contratados pelo valor mínimo legal, acrescido de zero a 20%;
- II. para empresas com 201 a 500 empregados, multiplicar-se-á o número de trabalhadores portadores de deficiência ou beneficiários reabilitados que deixaram de ser contratados pelo valor mínimo legal, acrescido de 20 a 30%;
- III. para empresas com 501 a 1.000 empregados, multiplicar-se-á o número de trabalhadores portadores de deficiência ou beneficiários reabilitados que deixaram de ser contratados pelo valor mínimo legal, acrescido de 30 a 40%;

- IV. para empresas com mais de 1.000 empregados, multiplicar-se-á o número de trabalhadores portadores de deficiência ou beneficiários reabilitados que deixaram de ser contratados pelo valor mínimo legal, acrescido de 40 a 50%.

§ 1º O valor mínimo legal a que se referem os incisos I a IV deste artigo é o previsto no art. 133 da Lei nº 8.213, de 1991.

§ 2º O valor resultante da aplicação dos parâmetros previstos neste artigo não poderá ultrapassar o máximo estabelecido no art. 133 da Lei nº 8.213, de 1991.

Por infração ao art. 93 da Lei nº 8.213/91, conforme estabelece seu art. 10, V:

- I. de R\$ 1.195,13 a R\$ 1.434,16 para empresas de 100 a 200 empregados;
- II. de R\$ 1.434,16 a R\$ 1.553,67 para empresas de 201 a 500 empregados;
- III. de R\$ 1.553,67 a R\$ 1.673,18 para empresas de 501 a 1.000 empregados;
- IV. de R\$ 1.673,18 a R\$ 1.792,70 para empresas com mais 1.000 empregados.

O valor máximo não poderá ultrapassar R\$ 119.512,33.

A Constituição Federal

A Constituição de 1988, além dos princípios da igualdade e da dignidade da pessoa humana, trata diretamente das pessoas portadoras de deficiência, nos seguintes artigos:

.....
XXXI - proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência;

Art. 37 -

VIII - a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de admissão;

Art. 203 - A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente da contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

.....
IV - a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção, ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei;

Art. 227 -

§ 1º - O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não-governamentais e obedecendo os seguintes preceitos:

II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

ANEXO 2
RELAÇÃO DE PROFISSÕES COMPATÍVEIS COM DEFICIÊNCIA

Relação de Profissões Compatíveis com Deficiência

Partindo do princípio de que a capacidade de superação da pessoa portadora de deficiência é ilimitada, mas reconhecemos as limitações impostas pela deficiência. Apresento a seguir a listagem básica das profissões compatíveis com determinadas deficiências. Essa relação, sempre aberta para acréscimos e aperfeiçoamentos, visa facilitar às empresas a procura por profissionais portadores de deficiência.

Profissões e Deficiências

1	Deficiência Auditiva
2	Deficiência Auditiva Leve
3	Deficiência Visual
4	Deficiência Visual Parcial
5	Deficiência Física
6	Deficiência Física com menor comprometimento
7	Dificuldade de Aprendizagem Escolar

Abastecedor de Linha de Produção	1	2		4		6	7
Abatedor de Aves	1	2		4		6	7
Abridor de Fibras	1	2	3		5		
Acabador de Calçados	1	2		4		6	7
Acabador de Tecidos	1	2		4		6	7
Acompanhante		2		4		6	7
Aderecista	1	2				6	
Administrador	1	2			5	6	
Advogado		2	3	4	5	6	
Afiador de Ferramentas	1	2				6	
Afiador de Cardas	1	2				6	
Ajudante de Carpinteiro/marceneiro	1	2				6	7
Ajudante de Cabeleireiro		2				6	
Ajudante de caminhão	1	2				6	7
Ajudante de Cozinha	1	2	3	4	5	6	7
Ajuatador de Aparelhos Ortopédicos	1	2		4		6	
Ajustador Ferramenteiro	1	2		4		6	7
Ajustador Mecânico em Geral	1	2				6	

Alfaiate		1	2		4		6	
Almoxarife		1	2		4		6	
Amplificador e Revelador de Fotografia				3	4	5	6	
Análises Clínicas (Laboratorista)		1	2				6	7
Analista Contábil		1	2				6	7
Analista de Cargos e Salários			2				6	7
Analista de Pessoal					4	5	6	
Analista de Sistemas			2		4	5	6	
Analista Financeiro			2		4	5	6	
Analista de Mercado			2		4		6	
Analista de Controle de Orçamento			2				6	
Analista de Planejamento Tributário			2			5	6	
Apresentador de TV			2	3	4	5	6	
Aprovador de Crédito						5	6	
Arquiteto		1	2			5	6	
Arquiteto de Informações			2			5	6	
Arquivista		1	2				6	
Artesão		1	2		4	5	6	7
Artesão (Cerâmica)		1	2		4	5	6	
Artesão (Couro)		1	2		4	5	6	7
Artesão (Ferro)		1	2		4	5	6	
Artesão (Flores)		1	2		4	5	6	7
Artesão (Palha)		1	2	3	4	5	6	7
Artesão (Pintura Estamparia)		1	2			5	6	
Artesão (Pintura de Madeira)		1	2			5	6	
Ascensorista							6	
Assistente Administrativo						5	6	
Assistente Social			2		4		6	
Atendente Comercial					4	5	6	7
Atendente Ambulatório							6	
Atendente Enfermagem			2		4		6	
Atendente de Lanchonete					4		6	7
Auxiliar de Açougue			2		4		6	
Auxiliar de Contabilidade			2				6	
Auxiliar de Depósito		1	2		4		6	7
Auxiliar de Escritório em Geral			2			5	6	
Auxiliar de Enfermagem do Trabalho			2			5	6	
Auxiliar de Produção			2				6	
Auxiliar de Serviços Jurídicos				3	4	5	6	
Azulejista			2			5	6	
Babá		1	2		4		6	

Balconista			2				6	
Barbeiro		1	2				6	
Bibliotecário		1	2				6	
Bilheteiro						5	6	
Biólogo		1	2		4	5	6	
Bioquímico		1	2		4	5	6	
Bobinador de Fiação e Tecelagem		1	2				6	
Bobinador à máquina		1	2	3	4		6	
Bobinador de Metais		1	2		4		6	7
Bordadeira à mão		1	2			5	6	
Bordadeira à Máquina		1	2		4		6	
Borracheiro		1	2				6	7
Bronzeador de metais		1	2				6	
Cabeleireiro		1	2				6	
Carregador		1	2		4		6	7
Cartazista			2		4		6	
Carteiro			2		4		6	
Caldeireiro (Operador)		1	2		4		6	
Carimbador à Mão		1	2		4		6	
Carimbador à Máquina		1	2		4	5	6	
Caixa (Operador)						5	6	
Calculista (Custo Contábil)			2			5	6	
Camareiro		1	2				6	
Carpinteiro em Geral			2				6	7
Cenógrafo		1	2			5	6	
Cenotécnico			2				6	
Cerzidor (de Tecidos)		1	2			5	6	
Chapeador de Automóveis (Lanterneiro)		1	2				6	7
Chapeiro de Móveis		1	2		4		6	
Chapeleiro		1	2			5	6	
Chapista (Composição Tipográfica)		1	2				6	
Chaveiro		1	2		4		6	
Cobrador (Transporte Coletivo)						5	6	
Comprador					4	5	6	
Confeiteiro		1	2		4	5	6	
Conferente de Carga e Descarga		1	2				6	
Conferente de Materiais		1	2				6	
Consultor de Sistemas			2			5	6	
Contador			2			5	6	
Continuista						5	6	
Contra-regra			2			5	6	

Copeiro		1	2				6	
Cortineiro/Estofador		1	2				6	
Costureiro		1	2			5	6	
Cozinheiro		1	2				6	
Cronometrista						5	6	
Datilógrafo		1	2				6	
Decorador de Cerâmica		1	2				6	
Degustador		1	2	3	4	5	6	7
Depilador de Pele		1	2				6	
Desenhista		1	2			5	6	
Desenhista Industrial		1	2			5	6	
Desenhista Publicitário		1	2			5	6	
Desenhista Técnico em Geral		1	2			5	6	
Desenhista de Documentos				3	4	5	6	
Digitador		1	2			5	6	
Discotecário (DJ)				3	4		6	
Doceiro		1	2				6	
Doméstica		1	2		4		6	
Economista		1	2	3	4	5	6	
Editor de Videografismo		1	2				6	
Editor de Videoteca						5	6	
Emissor de passagens					4	5	6	
Eletricista em Geral		1	2		4		6	
Eletrotécnico		1	2		4		6	
Empacotador Industrial		1	2		4		6	7
Empacotador à mão		1	2	3	4		6	7
Encardenador à mão		1	2		4		6	7
Encardenador à máquina		1	2		4		6	
Encardenador/Bombeiro Hidráulico		1	2	3	4		6	7
Enfermeiro							6	
Enfermeiro do Trabalho			2			5	6	
Engenheiro		1	2			5	6	
Engenheiro Agrimensor			2		4		6	
Engenheiro Agrônomo		1	2		4	5	6	
Engenheiro Civil		1	2		4	5	6	
Engenheiro de Desenvolvimento			2		4	5	6	
Engenheiro Eletrônico			2		4	5	6	
Engenheiro Florestal			2		4		6	
Engenheiro Industrial/Mecânico			2		4	5	6	
Engenheiro de Produção							6	
Engenheiro Químico			2		4	5	6	

Entrevistador			2		4	5	6	
Escriturário							6	
Esmilhador		1	2				6	
Estampador		1	2				6	7
Estofador		1	2				6	
Estoquista							6	
Etiquetador		1	2				6	
Farmacêutico			2			5	6	
Faturista			2			5	6	
Faxineiro		1	2				6	7
Ferramenteiro		1	2				6	
Figurista							6	
Fisioterapeuta				3	4		6	
forrador		1	2				6	
Fotocopista/Operador de Xérox			2		4	5	6	
Fotógrafo		1	2				6	
Frentista			2				6	
Funileiro		1	2				6	
Garagista			2				6	
Garçom							6	
Gari		1	2				6	7
Gravador de Joalheiro		1	2				6	7
Gravador de Madeira		1	2			5	6	7
Gravador de Chapas à mão		1	2				6	
Iluminador			2				6	
Impressor de Offset		1	2				6	
Impressor de Serigrafia		1	2				6	
Instalador(Eletricista)			2				6	
Instrumentador Cirúrgico			2				6	
Intérprete					4	5	6	
Jardineiro		1	2		4		6	7
Jatista		1	2				6	
Joalheiro		1	2			5	6	
Laboratorista		1	2			5	6	
Laminador Acrílico		1	2				6	
Laminador de Vidro		1	2				6	
Laminador de Madeira		1	2				6	
Laminador de Massas Alimentícias		1	2				6	
Lanterneiro		1	2				6	
Laqueador		1	2				6	
Lavador(Veículos)		1	2		4		6	7

Letrista		1	2			5	6	
Lixador de móveis à mão		1	2	3	4		6	7
Lixador de Móveis à Máquina		1	2		4		6	7
Lustrador		1	2		4		6	7
Macariqueiro		1	2				6	
Manicure			2				6	
Manobrista(Veículos)			2				6	
Maquilador			2				6	
Maquinista		1	2				6	
Marceneiro		1	2				6	7
Marmorista		1	2				6	
Marteleiro		1	2				6	
Massagista				3	4		6	
Matrizeiro		1	2				6	
Mecânico		1	2				6	
Mensageiro			2		4		6	7
Modelista de Roupa		1	2				6	
Modista		1	2			5	6	
Montador de Caixas		1	2	3	4	5	6	7
Montador de Ferramentas		1	2		4		6	7
Montador de Móveis		1	2		4		6	7
Motorista em Geral(Exceto Ônibus)			2				6	
Niquelador de Peças Metálicas		1	2				6	
Notista						5	6	
Nutricionista			2			5	6	
Office-boy		1	2		4		6	7
Operador Contábil						5	6	
Operador de Reprodução Sonora				3	4	5	6	
Operador de áudio					4		6	7
Operador de Câmera Frigorífica		1	2				6	7
Operador de Computador						5	6	
Operador de Empilhadeira							6	
Operador de Enfestadeira		1	2				6	
Operador de Estúdio de Rádio							6	
Operador de Guilhotina		1	2				6	
Operador de Injetora de Plástico		1	2				6	7
Operador de Lixadeira		1	2		4		6	
Operador de Pantógrafo		1	2				6	
Operador de Prensa		1	2				6	
Operador de Telex					4		6	
Operador de Sistemas de TV							6	

Ourives		1	2		4	5	6	
Overloquista		1	2				6	
Padeiro		1	2	3	4		6	7
Papeleiro(Fabricação Manual)		1	2	3	4		6	7
Passadeira à Mão		1	2		4		6	7
Passadeira à Máquina		1	2	3	4		6	7
Parqueteiro		1	2				6	7
Pedicure/Podólogo			2				6	
Pedreiro		1	2				6	7
Pesquisador de Texto		1	2	3	4	5	6	7
Pintor		1	2	3	4	5	6	7
Pintor à Pistola		1	2				6	
Pintor a Pincel e a rolo		1	2				6	
Pintor de Automóveis		1	2				6	
Plainador de Madeira		1	2				6	7
Plainador de Metais		1	2				6	
Plastificador		1	2				6	
Porteiro					4		6	
Produtor de Arte			2			5	6	
Produtor de Cenografia			2			5	6	
Produtor de Elenco						5	6	
Produtor da Internet			2			5	6	
Produtor-executivo			2			5	6	
Produtor Musical					4	5	6	
Professor		1	2	3	4	5	6	
Programador de Computador			2	3	4	5	6	
Programador Visual			2			5	6	
Projetista de Instalações							6	
Promotor de Vendas						5	6	
Publicitário						5	6	
Radioperador							6	
Rebarbador à Mão		1	2	3	4		6	7
Rebarbador à Máquina		1	2				6	
Rebitador à Mão		1	2	3	4		6	
Rebitador à Máquina		1	2				6	
Recepcionista							6	
Relações Públicas			2		4	5	6	
Repórter					4		6	
Repositor		1	2		4		6	7
Retificador			2				6	
Sapateiro		1	2		4	5	6	

Saqueiro			3	4	5	6	
Secretária		2				6	
Secretária-executiva						6	
Serralheiro	1	2				6	7
Servente de Pedreiro	1	2		4		6	7
Soldador	1	2				6	
Sonoplastia						6	
Supervisor de Produção						6	
Supervisor Técnico						6	
Talonador sem Numeração	1	2	3	4		6	7
Talonador com Numeração	1	2				6	7
Tapeceiro Artesanal	1	2	3	4	5	6	7
Taquígrafo						6	
Tecelão de Malhas à Mão	1	2	3	4		6	7
Tecelão de Malhas à Máquina	1	2		4		6	7
Técnico de Captação de Som						6	
Técnico de Computador		2			5	6	
Técnico de Telecomunicações						6	
Técnico de Manutenção		2				6	
Técnico de Segurança do Trabalho		2				6	
Telemarketing					5	6	
Telefonista			3	4	5	6	
Tipógrafo	1	2			5	6	
Torneiro Mecânico	1	2				6	
Tradutor		2		4	5	6	
Tratorista Agrícola		2		4			7
Vendedor(Comércio Varejista)			3	4		6	7
Vendedor Ambulante						6	
Vidraceiro em Geral	1	2				6	
Vigia					5	6	
Webdesigner	1	2			5	6	
Zelador					5	6	