

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

SERGIO MARTINS LOPES

**QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO NO TRABALHO:
PERCEPÇÕES DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INCLUSAS
NO MERCADO DE TRABALHO.**

SÃO PAULO

2013

SERGIO MARTINS LOPES

**QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO NO TRABALHO:
PERCEPÇÕES DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INCLUSAS
NO MERCADO DE TRABALHO.**

Dissertação apresentada à Universidade Presbiteriana Mackenzie, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento como requisito parcial à obtenção de Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Elizeu Coutinho Macedo.

SÃO PAULO

2013

L864q Lopes, Sergio Martins

Qualidade de vida e satisfação no trabalho: percepções das pessoas com deficiência inclusas no mercado de trabalho. / Sergio Martins Lopes. – 2013.

111 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2013.

Orientador: Dr. Elizeu Coutinho Macedo

Bibliografia: f. 82 - 94

1. Qualidade de Vida 2. Satisfação no Trabalho 3. Pessoas com deficiência 4. Inclusão Social 5. Trabalho. I. Título

SERGIO MARTINS LOPES

QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO NO TRABALHO: PERCEPÇÕES DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INCLUSAS NO MERCADO DE TRABALHO.

Dissertação apresentada à Universidade Presbiteriana Mackenzie, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento como requisito parcial à obtenção de Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Elizeu Coutinho Macedo.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Elizeu Coutinho Macedo - Orientador
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profª Drª Sueli Galego de Carvalho
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profª Drª Anete Aparecida de Souza Farina
Universidade de São Paulo

SÃO PAULO

2013

Dedicatória

*A meu primo George Hilton, por
todo companheirismo, auxílio,
compreensão, motivação. Sem
você, não chegaria até aqui.*

Agradecimentos

Inúmeras pessoas contribuíram, de forma direta ou indireta, com a concretização deste estudo, dentre elas agradeço:

A Deus,

que iluminou meu caminho e me deu forças para que alcançasse meus objetivos.

Aos meus pais Neide e José e meu irmão Edison,

por acreditarem no meu potencial e cujo amor e apoio sempre estiveram presentes em minha vida.

Ao meu sobrinho Gustavo e afilhada Larissa,

presentes que Deus enviou para iluminar e alegrar a minha vida, e que me ajuda a ver o mundo, com os olhos de criança.

Meu orientador,

professor Dr. Elizeu Coutinho Macedo, por seu apoio, prontidão, incentivo, paciência e pelos ensinamentos acadêmicos.

Aos membros da Banca,

professora Dr^a Anete Aparecida de Souza Farina e Dr^a Sueli Galego de Carvalho que gentilmente aceitaram o convite para avaliação deste estudo e cujas contribuições na Qualificação enriqueceram e refinaram esta dissertação.

A Associação dos Policiais Militares Portadores de Deficiência do Estado de São Paulo – APMDFESP,

pela recepção e pela colaboração com esta pesquisa. Meus agradecimentos sinceros a todos os participantes envolvidos pois sem eles este estudo não seria possível, em especial a Elisa Guskuma Henna, Jair Carlos dos Santos Sá Teles e André Miguel.

A todos os professores

do programa de pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, com quem aprendi muito durante as disciplinas de mestrado.

Aos meus colegas de pós-graduação

que contribuíram para meu desenvolvimento pessoal e profissional com suas idéias, sugestões e questionamentos durante o tempo em que estivemos juntos.

À Profª Drª Terezinha Dalossi Gennari,

por sua sincera amizade, entusiasmo, apoio e oportunidade de realizar mais uma importante conquista em minha trajetória acadêmica, profissional e pessoal.

Aos diretores, coordenadores, docentes, funcionários e colegas do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas - FMU,

pelo carinho e incentivo em todas as etapas da minha jornada.

Não vou citar mais nomes pois corro o risco de ser injusto esquecendo alguém, mas quero agradecer a todos que, de alguma forma, colaboraram, apoiaram e deram forças e condições para este trabalho chegar até seu final.

*“Tempo difícil esse em que
estamos, onde é mais fácil
quebrar um átomo do que um
preconceito”
(Albert Einstein)*

SUMÁRIO

Lista de Quadros	i
Lista de Tabelas	ii
Lista de Abreviaturas	iv
Resumo	vi
Summary	vii
APRESENTAÇÃO	1
1 – JUSTIFICATIVA	2
2 – PROBLEMATIZAÇÃO	4
2.1 – Problema de Pesquisa	4
2.2 - Hipótese	4
3 – INTRODUÇÃO	5
3.1 – Trabalho	5
3.2 – Deficiente	7
3.3 - Trabalho e Pessoas com Deficiência	12
3.4 - Qualidade de Vida	20
3.5 - Satisfação no Trabalho	31
4 – OBJETIVOS	42
5 - CASUÍSTICA E MÉTODO	43
5.1 - Local do Estudo	43
5.2 - Tipo de Estudo	43
5.3 - Casuística	43
5.3.1 - Critérios de Inclusão	43
5.3.2 - Critérios de Exclusão	44
5.4 - Instrumentos de Coleta de Dados	44
5.4.1 - Questionário de Caracterização Sociodemográfico e Ocupacional	44
5.4.2 - Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)	44
5.4.3 - Índice de Qualidade de Vida (IQV)	46
5.4.4 - Escala de Satisfação no Trabalho	49
5.5 - Aspectos Éticos da Pesquisa	52
5.6 - Procedimento	52
5.7 - Tratamento e Análise de Dados	54
6 – RESULTADOS	55
6.1 - Caracterização da Amostra	55
6.1.1 - Dados Sociodemográficos	55

Sergio Martins Lopes

6.2 - Análise da Qualidade de Vida	56
6.2.1 - Índice de Qualidade de Vida (IQV)	56
6.2.2 - Correlações entre o Índice de Qualidade de Vida (IQV) e seus Domínios.	61
6.2.3 - Análise do Índice de Qualidade de Vida e seus Domínios com as Características Sociodemográficas e Ocupacionais.	62
6.3 - Análise da Satisfação no Trabalho	63
6.3.1 - Satisfação no Trabalho - S20/23	63
6.3.2 - Correlações entre a Satisfação no Trabalho e suas Dimensões.	67
6.3.3 - Análise da Satisfação no Trabalho e as suas Dimensões com as Características Sociodemográficas e Ocupacionais.	67
6.4 - Relações entre IQVT seus Domínios e o S20/23T e suas Dimensões.	69
7 – DISCUSSÃO	70
8 – CONCLUSÕES	79
9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
APÊNDICES	95
ANEXOS	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Conceitos conforme a Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-ICIDH.	10
Quadro 2 -	Distinção semântica entre os conceitos.	11
Quadro 3 -	Percentual de reserva de vagas a serem preenchidas com empregados com deficiência.	15
Quadro 4 -	Políticas internacionais de incentivo ao trabalho das pessoas com deficiência.	16
Quadro 5 -	Elementos e domínios do modelo conceitual de qualidade de vida de Ferrans.	26
Quadro 6 -	Sistema de pontuação para as quantidades de itens domiciliar.	45
Quadro 7 -	Pontuação para grau de instrução do chefe de família.	45
Quadro 8 -	Faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica.	46
Quadro 9 -	Itens e domínios do Ferrans e Powers Quality of Life Index (QLI) – versão genérica III.	47
Quadro 10 -	Dimensões com suas respectivas variáveis e índices de precisão do instrumento S20/23.	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Coeficientes α Cronbach do Índice de Qualidade de Vida e seus domínios em estudos nacionais e internacionais. São Paulo, 2012.	27
Tabela 2 -	Escore do Índice de Qualidade de Vida total de Ferrans e Powers e por domínio de estudos nacionais e internacionais. São Paulo, 2012.	29
Tabela 3 -	Matriz estrutural das dimensões de Satisfação no Trabalho.	51
Tabela 4 -	Médias e desvios padrão, α de Cronbach e valores de correlação para as dimensões do S20/23	52
Tabela 5 -	Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos do Índice de Qualidade de Vida Total (IQVT) e dos domínios. São Paulo, 2013.	56
Tabela 6 -	Escore obtido por sujeito no Índice de Qualidade de Vida (IQV) e nos seus domínios. São Paulo, 2013.	57
Tabela 7 -	Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens no domínio Saúde/ funcionamento. São Paulo, 2013.	58
Tabela 8 -	Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens no domínio Socioeconômico. São Paulo, 2013.	59
Tabela 9 -	Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens no domínio Psicológico/ espiritual. São Paulo, 2013.	60
Tabela 10 -	Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens no domínio Família. São Paulo, 2013.	60
Tabela 11 -	Matriz de Correlação entre os domínios do Índice de Qualidade de Vida (IQV). São Paulo, 2013.	61
Tabela 12 -	Matriz de correlação entre o Índice de Qualidade de Vida (IQV) seus domínios e as características sociodemográficas e ocupacionais. São Paulo, 2013.	62
Tabela 13 -	Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos do S20/23 e das suas dimensões. São Paulo, 2013.	63
Tabela 14 -	Escore obtido por sujeito no S20/23 e nas suas dimensões. São Paulo, 2013.	64
Tabela 15 -	Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens na dimensão Satisfação com Relações Hierárquicas. São Paulo, 2013.	65
Tabela 16 -	Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens na dimensão Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho. São Paulo, 2013.	66

Sergio Martins Lopes

- Tabela 17** - Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens na dimensão Satisfação Intrínseca no Trabalho. São Paulo, 2013. 66
- Tabela 18** - Matriz de correlação entre as dimensões do S20/23. São Paulo, 2013. 67
- Tabela 19** - Matriz de correlação entre o S20/23 suas dimensões e as características sociodemográficas e ocupacionais. São Paulo, 2013. 68
- Tabela 20** - Matriz de correlação entre o Índice de Qualidade de Vida (IQV) e seus domínios e o S20/23 e suas dimensões. São Paulo, 2013. 69

LISTA DE ABREVIATURAS

ACROQoL	Acromegaly Quality of Life Questionnaire.
APMDFESP	Associação dos Policiais Militares Portadores de Deficiência do Estado de São Paulo
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil.
CID	Classificação Internacional de Doenças.
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens.
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.
EAQVF	Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan.
EPJS	Emergency Physician Job Satisfaction Scale.
EQ-5D	Euroqol Eq-5D.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho.
ISP	Índice de Satisfação Profissional.
IQV	Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers
JIG	Job in General Scale.
JSS	Job Satisfaction Survey.
KDQOL-SFTM	Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form.
MJS	Measure of Job Satisfacion.
MMSS	McCloskey/Mueller Satisfacion Scale.
MOS SF-36	Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form.
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego.
NSS	Nurse Satisfaction Scale.
OIT	Organização Internacional do Trabalho.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
ONU	Organização das Nações Unidas.
OSI	Occupational Stress Indicator.

Sergio Martins Lopes

PcD	Pessoa com Deficiência.
QLI	Ferrans and Powers Quality of Life Index.
QMST	Questionário de Medida de Satisfação no Trabalho.
QV	Qualidade de Vida.
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho.
SAFT	Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SIT	Satisfação Intrínseca no Trabalho
SITOPC	Satisfação Intrínseca com o Trabalho e Oportunidades de Crescimento Profissional.
SF- 36®	SF- 36® Health Survey.
SRH	Satisfação com Relações Hierárquicas.
S20/23	Questionário de Satisfação no Trabalho de Meliá e Peiró.
UTI	Unidade de Terapia Intensiva.
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life assessment instrument.

RESUMO

LOPES, S. M. QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO NO TRABALHO: PERCEPÇÕES DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INCLUSAS NO MERCADO DE TRABALHO. (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2013.

A qualidade de vida no trabalho tem sido estudada a partir de diferentes abordagens teóricas e metodológicas, mas sempre voltada em compreender maneiras de trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e satisfação no trabalho de uma amostra de pessoas com deficiência inclusas no mercado de trabalho. Buscou-se analisar as relações entre as dimensões da satisfação no trabalho e os domínios da qualidade de vida. Adotando a abordagem quantitativa, o procedimento metodológico utilizado foi a aplicação dos questionários: Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers e Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23 de Meliá e Peiró. Participaram 15 sujeitos com deficiência física. Os resultados mostraram que a média total do Índice de Qualidade de Vida dos participantes foi 18,06 (DP=1,88), com escores oscilando entre 13,30 e 21,26; na classificação para os níveis de qualidade o grupo apresentou uma boa qualidade. A média total do questionário S20/23 dos participantes foi 4,03 (DP=0,86), com escores oscilando entre 2,30 e 5,00 para a satisfação no trabalho; comparando com a escala para os níveis de satisfação, o grupo apresentou uma parcial satisfação no trabalho. Na comparação do escore total do IQV e seus domínios com o escore total do questionário S20/23 e suas dimensões os resultados não evidenciaram correlações entre seus componentes. Acredita-se que esses achados possam estimular pesquisas envolvendo esta temática, e os resultados empregados como base para o desenvolvimento de uma cultura de melhoria da qualidade de vida e satisfação no trabalho das pessoas com deficiência.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Satisfação no Trabalho, Pessoas com Deficiência, Inclusão Social, Trabalho.

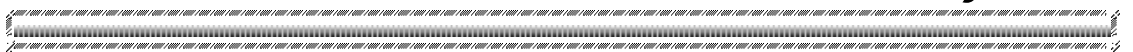
SUMMARY

LOPES, S. M. QUALITY OF LIFE AND JOB SATISFACTION: PERCEPTIONS OF PERSONS WITH DISABILITIES INCLUDED IN THE LABOUR MARKET. (Masters in Development Disorders) - Mackenzie Presbyterian University, São Paulo, 2013.

The quality of life at work has been studied from different theoretical and methodological approaches, but always focused on understanding ways to bring satisfaction and well-being at worker. This study aimed to evaluate the quality of life and job satisfaction of people with disabilities included in employment programs. We sought to analyze the relationships between the dimensions of job satisfaction and quality of life domains. Adopting a quantitative approach, was used two questionnaires: *Quality of Life Index (QLI)* by Ferrans and Powers and *Job Satisfaction Questionnaire S20/23* by Meliá and Peiro. 15 individuals with physical disabilities were assessed. The results showed that the average total quality of life index of the participants was 18.06 (SD = 1.88), with scores ranging between 13.30 and 21.26, the rating for the quality levels of the group presented a good quality. The mean total questionnaire S20/23 participants was 4.03 (SD = 0.86), with scores ranging between 2.30 and 5.00 for job satisfaction, compared with the scale to the levels of satisfaction, the group showed a partial job satisfaction. When comparing the total score of the QLI and its domains with the total score of the questionnaire and its dimensions S20/23 results showed no correlations between its components. It is believed that these findings may stimulate research involving this issue and the results used as the basis for the development of a culture of improving the quality of life and job satisfaction of people with disabilities

Keywords: Quality of Life, Job Satisfaction, People with Disabilities, Social Inclusion, Work.

APRESENTAÇÃO



APRESENTAÇÃO

O conhecimento sempre se colocou como um desafio em minha vida. A busca pelo saber tem sido um grande aliado para meu crescimento profissional e humano. Sou enfermeiro e pós-graduado em Enfermagem em Terapia Intensiva, Enfermagem em Pronto Socorro, Enfermagem em Nutrição Enteral e Parenteral, Enfermagem em Nefrologia, Enfermagem em Atendimento Domiciliar - Home Care e MBA em Gestão de Pessoas. Atualmente sou Coordenador Adjunto em um Curso de Graduação em Enfermagem na cidade de São Paulo.

Os caminhos profissionais que decidi trilhar desde a minha graduação, sempre foram marcados por muitas inquietações e indagações. Dentre essas, destacam-se o interesse por questões relacionadas à qualidade de vida dos pacientes, a satisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência e, mais recentemente, dos discentes e docentes dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem. Em duas especializações que cursei, as monografias estavam relacionadas ao construto satisfação no trabalho.

Diante da necessidade de uma educação permanente, busquei um Programa de Mestrado que contemplasse as áreas de Saúde e de Educação e que trouxesse em seu bojo a característica da interdisciplinaridade.

Em contato com colegas enfermeiros que cursaram o mestrado, tomei conhecimento do Programa de Pós-Graduação da Universidade Presbiteriana Mackenzie em Distúrbios do Desenvolvimento e soube que se tratava de um programa multidisciplinar que, dentre as propostas, haviam questões relacionadas à qualidade de vida e a inclusão no mercado de trabalho de Pessoas com Deficiência.

Cursando as disciplinas do programa, com o apoio do corpo docente altamente qualificado, fui amadurecendo a proposta do meu projeto de pesquisa: Qualidade de Vida e Satisfação no Trabalho: percepções das pessoas com deficiência inclusas no mercado de trabalho.

1 - JUSTIFICATIVA

.....

Sergio Martins Lopes

1 - JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa insere-se no campo de estudos denominado Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Tal temática tem sido preocupação do homem desde o início de sua existência, às vezes apresentada com outras denominações, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador (RODRIGUES, 2002).

À medida que o trabalho passou a ocupar um maior espaço na vida das pessoas, a satisfação obtida com ele tem sido considerada um importante aspecto relacionado à saúde mental. Estudos sobre a satisfação no trabalho e como esta afeta a qualidade de vida dentro e fora das organizações teve seu início, de forma sistematizada, nos anos 30. Desde então, o tema vem despertando o interesse de profissionais da área da saúde e de pesquisadores das diversas áreas do conhecimento (MARTINEZ e PARAGUAY, 2003).

Na área da educação especial, as questões que envolvem os aspectos do trabalho são defendidas por uma extensa literatura nacional e internacional, visto que estes aspectos têm relevância na construção da identidade, no exercício da cidadania e no desenvolvimento socioemocional das pessoas com deficiência (PEREIRA, DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2008).

Para Vash (1988), por meio do trabalho as pessoas adquirem recompensas externas como poder, salário, prestígio e internas como auto-realização, pertinência e auto-estima. A mesma autora afirma que o trabalho traz recompensas para as pessoas com deficiência, fazendo com que muitos optem por um emprego ao invés de se manterem com os auxílios assistenciais.

O trabalho possibilita uma relativa independência financeira, desperta a sensação de aceitação e de pertencimento numa população que, ao longo da história, sempre esteve às margens das oportunidades (AMARAL, 1994).

A garantia de acesso ao trabalho às pessoas com deficiência é prevista tanto na legislação internacional como na brasileira, e isso estimulou as pessoas com deficiência a se organizarem melhor e buscarem formas variadas de representação para atuarem em busca de novos direitos (PASTORE, 2000).

Sergio Martins Lopes

A contratação de pessoas com deficiência é um assunto presente nas discussões acadêmicas e, também, na mídia em virtude da relevância do tema como instrumento de inclusão social de tais pessoas (BERGAMO JUNIOR, 2009).

No Brasil, especificamente em relação às pessoas com deficiência, a Lei Federal 8.213/91 tornou obrigatória a contratação de pessoas com deficiência em empresas privadas com mais de 100 funcionários (BRASIL, 1991).

Segundo Pereira, Del Prette e Del Prette (2008), a inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho é uma das finalidades e um dos objetivos de investigação da área de educação especial.

Contudo, a produção científica no Brasil sobre essa temática é escassa e as pesquisas brasileiras são desenvolvidas, em grande parte, envolvendo indivíduos com deficiência mental. Assim, parece relevante investigar sobre a qualidade de vida e a satisfação no trabalho de pessoas com deficiência, inseridas em atividades laborais.

Considerando vários aspectos, entre eles, a importância do trabalho para a identidade e o desenvolvimento das pessoas com deficiência; as dificuldades relacionadas à inserção no mercado de trabalho; a escassez de pesquisas referentes à inclusão profissional e o ajustamento das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, o presente estudo pretende avaliar a qualidade de vida (QV) e a satisfação no trabalho de pessoas com deficiência, tema ainda pouco pesquisado na literatura nacional, com a presente metodologia e instrumentos de avaliação.

2 - PROBLEMATIZAÇÃO



Sergio Martins Lopes

2 - PROBLEMATIZAÇÃO

2.1 - PROBLEMA DE PESQUISA

- ✓ Identificar o nível de qualidade de vida e satisfação no trabalho de pessoas com deficiência.

2.2 - HIPÓTESE

- ✓ Na amostra estudada existe uma percepção de baixo nível de qualidade de vida e satisfação no trabalho.

3 - *INTRODUÇÃO*

.....

Sergio Martins Lopes

3 - INTRODUÇÃO

3.1 - TRABALHO

A origem do termo Trabalho vem do Latim “tripaliare”, com o significado de torturar, indicando à ideia de sofrimento, esforço (CONSTANTINO, 2008). Porém, ao longo da humanidade, o significado do termo trabalho é apresentado sob diversas concepções, influenciado pelas ideias e modificações da sociedade. Segundo Pereira; Del Prette e Del Prette (2008), o trabalho se constitui de um conjunto de ações com um significado próprio de transformação do homem e da natureza.

O conceito predominante, extraído de Bottomore (2001), é que o trabalho constitui-se em atividade exclusivamente humana direcionada para uma finalidade, corroborando com Gomes (2007), que refere que “o trabalho é o esforço, físico ou mental, a ação e seu produto final; o trabalho humano é decorrente de atividades físicas, intelectuais ou espirituais mobilizadas para um fim, um objetivo”. Para Borges e Yamamoto (2004), a maneira predominante de pensar o trabalho está associada às condições sócio-históricas em que o homem está circunscrito, da posição social, dos recursos disponíveis, das condições de trabalho, entre outros aspectos pessoais, conjunturais e estruturais.

Segundo Marx (2010, p. 50), o trabalho é fundamental na vida humana, como condição para a existência social. “Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independentemente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, vida humana”.

Para Abranches (2000, p. 11), “o trabalho é uma necessidade, uma maneira do ser humano se reconhecer como tal e é pelo trabalho que se dá o reconhecimento do homem como sujeito”. Na constituição da identidade do sujeito, o trabalho é de extrema importância, faz parte de sua vida e a sociedade lhe designa grande valor. O trabalho sempre esteve implícito na natureza humana, tanto para fins de sobrevivência na busca de alimentos, quanto para a auto-realização pessoal. “É com o trabalho remunerado formal e informal que o sujeito consegue suprir suas necessidades” (CORREIA, 2000, p. 02). É através do trabalho que o homem cria expectativas de desenvolvimento social e intelectual. O trabalho caracteriza-se como um ícone significativo na vida do homem, uma vez que atrelado a ele está sua satisfação pessoal e tudo que possa

Sergio Martins Lopes

almejar. “O trabalho constitui um prolongamento da personalidade” (DRUCKER, 1988, p. 216).

Segundo Antunes (2007, p. 125), o trabalho “[...] mostra-se como momento fundante da realização do ser social [...] é o motor decisivo do processo de humanização do homem”. Na atualidade, o trabalho tem sido visto pela sociedade como indesejado, pois com muita frequência, ele se configura de uma forma totalmente fragmentada e sem sentido, burocratizado, com muitas normas e rotinas, ou então, cheio de exigências e conflitos em relação à vida social e familiar (RODRIGUES, 2002).

Para Ross (1993, p.261), “a educação e o trabalho constituem um eixo fundamental para a compreensão do processo da emancipação social e política do homem. O homem é um ser histórico-social. O elemento fundamental que assim o caracteriza, como mediação para as suas relações sociais, é o trabalho”.

Segundo Ross:

O trabalho, a ‘atividade essencial da vida’, é o que torna o homem parte específica no todo social e o diferencia peculiarmente de outros seres, através dessa referência histórica concreta. [...] O desenvolvimento pleno de um trabalho permite superar as necessidades e limitações impostas pela vida social e humanizar o homem (ROSS, 1993, p.101).

Segundo Gorz (2007), o trabalho é uma invenção da modernidade, gerado a partir do capitalismo. Com isto, o termo trabalho em seu sentido atual, não está vinculado às tarefas desenvolvidas no cotidiano, tão pouco com as tarefas de mão-de-obra pesada, ou até mesmo o que se explora por conta própria. O trabalho está relacionado à atividade realizada na esfera social, determinada e distinguida como sendo importante, útil e remunerada pela sociedade. Para o mesmo autor, esse tipo de trabalho remunerado reflete como ferramenta de socialização, fazendo a diferença da sociedade moderna, com fundamentos de direitos e cidadania. Para o autor:

[...] É pelo trabalho remunerado – em especial pelo trabalho assalariado – que pertencemos à esfera pública, adquirimos uma existência e uma identidade social – com uma profissão inserimo-nos em uma rede de relações e de intercâmbios, onde a outros somos equiparados e sobre os quais vemos conferidos certos direitos, em troca de certos deveres. O trabalho socialmente remunerado e

Sergio Martins Lopes

determinado é, há tempos, o fator mais importante da socialização, que para aqueles e aquelas que o procuram, se preparam e também lhe sentem a falta [...] (GORZ, 2007, p. 21).

Para Nascimento e Miranda (2007), o trabalho tem sido um dos principais temas pesquisados nas ciências humanas e sociais contemporânea. É mais que somente sobrevivência, é uma das mais representativas manifestações do ser humano, diferente de ser uma simples atividade que permite ter uma remuneração. Contribui para nosso bem-estar mental e emocional, satisfaz o desejo de ser produtivo na sociedade e nos agrega ou retira a possibilidade de realização pessoal. Portanto, cria e desenvolve em nós, a autoestima, de acordo com a utilização das potencialidades e competências individuais.

Segundo Batista e col. (1997), o trabalho contribui para a autoestima, a confiança e para determinar o status. É fundamental para a pessoa, pois proporciona aprendizagem, crescimento, novos conceitos e atitudes, aprimoramento e remuneração.

3.2 - DEFICIÊNCIA

Segundo a Conferência Internacional Del Trabajo de 2007, cerca de 10% das pessoas do mundo possuem algum tipo de deficiência, o que significa aproximadamente 650 milhões de indivíduos, dos quais 72% estão em idade produtiva. Pouco menos da metade nasce com deficiência, enquanto a maioria se torna portadora de algum tipo depois dos 16 anos, principalmente durante a vida laboral (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2012).

No Brasil, de acordo com o censo do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, realizado em 2000, existiam cerca de 24,5 milhões de pessoas com deficiência, o que significa 14,5% da população. A deficiência visual é a mais presente nos brasileiros, representando 48,1% da população com deficiência, seguida pelas deficiências motoras e físicas que, juntas, equivalem a 27,1%, a auditiva a 16,6% e, por último, a deficiência mental, que atinge 8,2% do total de portadores de deficiência (IBGE, 2012).

No Censo 2010, do IBGE registrou modificações nas características da população, quase 46 milhões de brasileiros, cerca de 24% da população, declarou possuir pelo menos uma das deficiências investigadas (mental, motora, visual e

Sergio Martins Lopes

auditiva), a maioria, mulheres. Entre os idosos, aproximadamente 68% declararam possuir alguma das deficiências. Pretos e amarelos foram os grupos com proporções maiores de deficientes (27,1% para ambos). Em todos os grupos de cor ou raça, havia mais mulheres com deficiência, especialmente entre os pretos (23,5% dos homens e 30,9% das mulheres, uma diferença de 7,4 pontos percentuais). O Censo registrou, também, que as desigualdades permanecem em relação aos deficientes, com taxas de escolarização menores que a população sem nenhuma das deficiências investigadas. O mesmo ocorreu em relação à ocupação e ao rendimento; das 44,0 milhões de pessoas com deficiência em idade ativa (10 anos ou mais), 53,8% (23,7 milhões) não estava ocupada. Em relação ao total da população que não estava ocupada (75,6 milhões), a população com deficiência representava 31,3% (IBGE, 2012).

Diversas terminologias e conceitos passaram a circular no mundo em virtude do conjunto de opções que visam incluir pessoas consideradas como excluídas da sociedade. Tais terminologias e conceitos foram e são criados, provavelmente, com a intenção de amenizar as denominações negativas que invariavelmente se apresentam ao falarmos ou pensarmos em uma pessoa com deficiência (CAMPOS, 2006).

Mazzotta destaca que:

[...] a tendência de inúmeras pessoas para caracterizar o portador de uma deficiência é sempre em termos negativos, tais como: impossibilitado, imperfeito, deficiente, defeituoso, doente. Este tipo de atitude conduz a uma generalização da deficiência, em tal proporção que a pessoa passa ser vista, em sua totalidade, como deficiente [...] (MAZZOTTA, 1997, p. 15).

Sasaki (2007) adverte que a tendência é interromper o uso da palavra portadora, pois a condição de ter uma deficiência faz parte da pessoa, ou seja, ela não porta a sua deficiência, ela a tem. Além disso, destaca que o verbo portar, seja como substantivo ou adjetivo “portadora”, não podem ser aplicadas a uma condição congênita ou contraída que faz parte da pessoa.

As concepções de deficiência para Carvalho-Freitas:

são modos de pensamento construídos ao longo da história, não necessariamente fundados em informações e conhecimentos racionais, que oferecem os elementos utilizados para a qualificação

Sergio Martins Lopes

das pessoas com deficiência e as justificativas para as ações em relação a elas (CARVALHO-FREITAS, 2007, p. 36).

Para Carvalho-Freitas (2007), não há consenso sobre a conceituação de deficiência, que pode ser definida como a combinação entre fatores biológicos e contingências históricas, sociais e espaciais, possuindo significações específicas de acordo com o contexto a ser analisado.

Segundo Omente:

[...] a definição de deficiência perde o caráter oficial e universal. Passa a ser contingencial. As pessoas começam a compreender que alguém é deficiente somente em um contexto temporal, espacial e socialmente determinado. Começam a compreender que é necessário especificar os critérios segundo os quais ele é deficiente (OMENTE, 1996, p. 130).

Conforme o exposto por Ross:

A caracterização da deficiência é baseada no critério do seu oposto: a eficiência. Isso ocorre a partir da preconceção padrão das capacidades humanas de trabalho, as quais são comparadas e relacionadas ao funcionamento de uma região específica do corpo ou da mente. Isto é resultado, exatamente, de uma concepção individualista da situação humana (ROSS, 1993, p.122).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a deficiência pode interferir pouco na interação de seu portador com o meio social, ter reduzido impacto sobre sua capacidade de trabalho, ou ter impacto significativo, exigindo considerável apoio e assistência. A Pessoa com Deficiência (PcD) nessa visão é o indivíduo cujas perspectivas de obter emprego apropriado, reassumi-lo, mantê-lo e nele progredir são limitadas em razão de sua deficiência (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2006).

A Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 13 de dezembro de 2006 e da qual o Brasil é signatário, conceitua em seu art. 1º: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.” Trata-se de um conceito de deficiência arrojado, pois contempla o aspecto clínico e inclui a questão social (ONU, 2006).

Sergio Martins Lopes

A Internacional Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) apresentada na IX Assembléia da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1976, propõe uma classificação da conceituação de deficiência que pode ser aplicada a vários aspectos da saúde e da doença, sendo um referencial unificado para a área. Estabelece com objetividade, abrangência e hierarquia de intensidades, uma escala de deficiências com níveis de dependência, limitação e seus respectivos códigos, propondo que sejam utilizados com a Classificação Internacional de Doenças (CID) pelos serviços de medicina, reabilitação e segurança social.

Por essa classificação são conceituadas Deficiência, Incapacidade e Desvantagem, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Conceitos conforme a Internacional Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH.

Deficiência	perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anormalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.
Incapacidade	restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária.
Desvantagem	Prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência.

Fonte: Adaptado de Amiralian et al (2000, p. 98)

A ICIDH foi traduzida para o português como a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID): um manual de classificação das consequências das doenças, publicada em 1989 (PORTUGAL, 1989). Na CIDID evitou-se utilizar a mesma palavra para designar as deficiências, incapacidades e desvantagens. Assim, para uma deficiência foi adotado um adjetivo ou substantivo, para uma incapacidade, um verbo no infinitivo e para uma desvantagem, um dos papéis de sobrevivência no meio físico e social, conforme o Quadro 2.

Sergio Martins Lopes

Quadro 2 - Distinção semântica entre os conceitos.

Deficiência	Incapacidade	Desvantagem
Da linguagem	De falar	Na orientação
Da audição (sensorial)	De ouvir (de comunicação)	
Da visão	De ver	
Musculo esquelético (física)	De andar (de locomoção)	Na independência física
	De assegurar à subsistência no lar (posição do corpo e destreza)	Na mobilidade
De órgãos (orgânica)	De realizar a higiene pessoal	Nas atividades da vida diária
	De se vestir (cuidado pessoal)	
Intelectual (mental)	De se alimentar	
	De aprender	Na capacidade ocupacional
Psicológica	De perceber (aptidões particulares)	
	De memorizar	
	De relacionar-se (comportamento)	Na integração social
	De ter consciência	

Fonte: Amiralian et al (2000, p. 98)

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), lançada pela OMS em 2000, substituiu a CIDID, alvo de muitas críticas por seu caráter biomédico e por ser, prioritariamente, focado nas limitações individuais como principal fator determinante da incapacidade.

Buscando afastar-se deste modelo, a CIF propõe que a incapacidade seja considerada na intersecção entre o corpo biológico e as estruturas sociais e institucionais. Define a incapacidade/desabilidade como um "fenômeno relacional por meio do qual as limitações funcionais de um déficit ou deficiência podem tornar-se incapacitantes devido a relações sociais mais amplas e atitudes" (IMRIE, 2004, p. 293). Neste sentido, têm-se discutido cada vez mais a importância de se considerar a interação entre o corpo funcionalmente incapaz, as relações socioculturais e os processos que possibilitem a construção de uma compreensão da incapacidade que não seja reducionista. Atualmente, essa discussão surge com notável importância na CIF (OMS, 2003).

De acordo com Sasaki (2005), o conceito de deficiência não deve ser confundido com o de incapacidade, que traz um significado negativo de

Sergio Martins Lopes

funcionamento da pessoa diante do ambiente das pessoas sem deficiência, sendo que a deficiência toma uma condição de desvantagem imposta às pessoas por meio dos fatores ambientais que não constituem barreiras para as demais pessoas.

Esta nova classificação busca superar o modelo biomédico e a tendência dos modelos tradicionais de reabilitação, de considerar a questão da incapacidade de forma redutiva e centrada na pessoa e, mais especificamente, em sua estrutura anatomo-fisiológica ou psicológica. Essa redução, muito debatida na contemporaneidade, produz e alimenta um conjunto de processos discriminatórios que invalidam a diferença e a diversidade humana (MANGIA, MURAMOTO e LANCMAN, 2008). Então para a CIF (2003), a pessoa com deficiência é aquela que possui uma perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que dificulta a realização de suas atividades cotidianas, no seu próprio ambiente.

Um conceito de deficiência composto tanto de aspectos vinculados a atributos pessoais de ordem biológica, quanto a fatores de ordem social é a definida por Carvalho-Freitas, Suzano e Almeida:

Por deficiência entende-se a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, auditiva ou visual. Em função de contingências históricas, sociais e espaciais, essa alteração poderá resultar em perda da autonomia para a pessoa, trazer problemas de discriminação social e dificultar a inserção social das pessoas com deficiência (CARVALHO-FREITAS, SUZANO e ALMEIDA, 2008, p.1).

No tocante à terminologia, “pessoas com deficiência” é o termo que será adotado neste estudo, por este se referir à condição humana, inerente a qualquer pessoa, e por ser adotado por um número cada vez maior de ativistas de direitos humanos e também pela ONU, e segundo Sasaki (2003), é a denominação internacionalmente mais frequente. Entretanto, neste estudo “pessoas portadoras de deficiência” ou outros termos serão utilizados em respeito aos textos originais e das normas legais.

3.3 - TRABALHO E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O trabalho é de importância relevante na vida do ser humano, quando há o dispêndio de energia na execução de atividades, de tarefas e no sentido concreto,

Sergio Martins Lopes

há uma referência da própria utilidade da pessoa humana. A relação entre o homem e o trabalho se dá desde o início da existência, reforçando que o processo de transformação gerada pela força orgânica do homem é capaz de transformá-lo em um elemento incluso na sociedade e gerador da sua própria vida. A influência do trabalho na vida do ser humano, independente do seu corpo decorre de fundamental favorabilidade na qualidade da vida profissional dos trabalhadores, mesmo com as deficiências adquiridas na fase produtiva (TEIXEIRA e GUIMARAES, 2006).

O trabalho enquanto sentido e significado transmite o poder de nos transformar e nos dá a possibilidade de estar presente, atuante, modificando e contribuindo para a sociedade que se desenvolve. Mesmo existindo a condição de se alienar e de sofrer um processo de alienação, o trabalho permite ao ser humano se construir, se reconhecer e ser reconhecido em sua comunidade. A pessoa com deficiência, assim como qualquer ser humano também tem suas capacidades, dificuldades, medos, angústias, motivações, vontades. Sendo assim, também é uma pessoa que quer ser reconhecida no mundo, no cotidiano, na escola, no ambiente de trabalho (GOLIN, 2003).

Neste contexto em que o trabalho representa um importante papel na vida em sociedade, grande parte das pessoas com deficiência não têm acesso a esse universo produtivo, por vários motivos, que vão desde a falta de informação dos detentores dos meios de produção até as questões políticas, como a falta de fiscalização dos órgãos legais, quanto ao cumprimento das leis de inclusão social (SILVA, 2007).

Segundo Souza (1999), a inserção da pessoa com deficiência de maneira igualitária e com oportunidades de empregabilidade é essencial para a integração e o exercício da cidadania, valorizando a importância do trabalho na vida de uma pessoa com deficiência. A atividade remunerada propicia o desenvolvimento e também colabora para a formação pessoal e social. O trabalho possibilita a integração social e bem-estar pessoal, sendo essencial a todos os cidadãos, inclusive à pessoa com deficiência. De acordo com Saeta (2008), o trabalho contribui, não só para suprir as necessidades de subsistência, como também para construção da autoimagem, autoestima e autoconfiança.

Na esfera do direito do trabalho, pode-se conceituar pessoa portadora de deficiência como aquela que, por possuir alguma limitação física, sensorial, mental

Sergio Martins Lopes

ou múltipla, enfrenta maiores dificuldades para se inserir no mercado de trabalho e nele se manter e se desenvolver, especialmente quando comparado às pessoas que não portam tais limitações, necessitando, portanto, de medidas compensatórias com vistas a efetivar a igualdade de oportunidades e o acesso ao emprego (GOLDFARB, 2007, p. 35-36).

Para Heinski (2004), a presença das pessoas com deficiência no mercado de trabalho se dá a partir de três dimensões: a ética e a responsabilidade social, a estratégica e a legal. Com o surgimento e o desenvolvimento do paradigma da inclusão social, juntamente com a constante luta pelos direitos de cidadania, emerge também a necessidade de incluir as pessoas com necessidades especiais no trabalho (GOLIN, 2003).

Com relação ao mercado de trabalho, existem no Brasil cerca de 9 milhões de pessoas portadoras de deficiência em idade produtiva. Destes, 1 milhão exercem alguma atividade remunerada e apenas 200 mil são empregados com registro em carteira de trabalho (INSTITUTO ETHOS, 2012). Diante deste cenário pode-se perceber a dificuldade das pessoas com necessidades especiais em se inserir no mundo do trabalho. Embora, muito se vem discutindo sobre inclusão profissional e educacional destes sujeitos, a realidade em nosso país ainda é bastante preocupante. Se por um lado novas oportunidades de inclusão estão surgindo, por outro se perde em quantidades de vagas disponíveis em função dos requisitos exigidos para determinada função (SASSAKI, 2007).

As pesquisas mais recentes sobre a diversidade nas empresas de vários países do mundo mostram que houve um incremento na contratação das pessoas com deficiência.

Em 2005, o Instituto Ethos realizou uma pesquisa nacional para traçar o perfil da diversidade no mundo do trabalho. Ela é intitulada “Perfil Social, Racial e de Gênero das 500 Maiores Empresas do Brasil e suas Ações Afirmativas”. Os resultados são animadores se levarmos em conta todos os tipos de deficiência. De 2003 para cá, houve um aumento significativo da participação de deficientes como um todo no quadro funcional – eles representavam 3,5% no levantamento anterior e, hoje, atingem uma fatia de 13,6%. Essa taxa se equipara aos 14,5% da população que apresentam alguma deficiência. Mas, ao enxergar a questão pela óptica do deficiente visual, os números decepcionam: ele representa apenas 0,2% do total, perdendo de longe para portadores de deficiências múltiplas, com 12%. (YAKAMOTO, 2006, p.3.).

Sergio Martins Lopes

Segundo Araújo e Schmidt (2006), no Brasil há vasta legislação que visa garantir o acesso da pessoa com deficiência ao mercado de trabalho. O mercado de trabalho no que tange aos aspectos legais, a contratação de pessoas com deficiência se dá pela imposição da legislação vigente, pelos sistemas de reserva de vagas, o chamado “sistema de cotas”. No Brasil, a adoção das cotas possui diferenciação entre os setores públicos e privados. A reserva de cotas no serviço público é prevista na Constituição Federal de 1988, art. 37, inciso VIII, que preceitua que “a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá critérios de admissão” (BRASIL, 1988). Esse percentual está determinado no Decreto nº 3.298, de 20/12/1999, art. 37, que estabelece a reserva de 5% das vagas previstas aos candidatos com deficiência (BRASIL, 1999).

Entretanto no setor privado, o sistema de cotas foi introduzido pela lei de benefícios da Previdência Social, Lei 8.213 de 24/7/1991 (BRASIL, 1991), e disciplinado pelo Decreto nº 3.298, de 20/12/1999. A chamada “Lei de Cotas” estabelece a reserva de vagas, nas empresas que possuem acima de 100 funcionários, para pessoas com deficiência ou para reabilitação de pessoas que sofreram acidentes de trabalho. As cotas variam entre 2% e 5% dos postos de trabalho, de acordo com o número total de empregados das corporações, o que pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3 - Percentual de reserva de vagas a serem preenchidas com empregados com deficiência.

Número total de empregados da empresa	Número total de empregados da empresa com deficiência
100 a 200 empregados	2%
201 a 500 empregados	3%
501 a 1.000 empregados	4%
acima de 1.001	5%

Fonte: Brasil (1999).

Durante a década de 90, as empresas privadas que começaram a contratar pessoas com deficiência o faziam espontaneamente, visto que, não havia dispositivo legal, sendo considerada pelas empresas como uma prática de responsabilidade social empresarial. No ano de 2002, a legislação passou a ser obrigatória, surgindo a

Sergio Martins Lopes

fiscalização do cumprimento das cotas estabelecidas pela lei. Portanto, o cumprimento da legislação não pode ser considerado uma prática de responsabilidade social, pois, cumprir a lei é obrigação de todas as empresas para que não tenham uma conduta ilegal e passível de imposição de penalidades (BERGAMO JUNIOR, 2009).

O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) realizou em 2007 um levantamento das legislações de vinte e dois países em relação às políticas internacionais de incentivo ao trabalho das pessoas com deficiência, envolvendo providências que vão desde a reserva obrigatória de vagas até incentivos fiscais e contribuições empresariais, em favor de fundos públicos destinados ao custeio de programas de capacitação profissional, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 - Políticas internacionais de incentivo ao trabalho das pessoas com deficiência.

Países	Leis, Decretos e Dispositivos	Dispõem
PORTUGAL	Lei n 38/04, art. 28.	Cota de até 2% de trabalhadores com deficiência para a iniciativa privada e de, no mínimo, 5% para a administração pública.
ESPANHA	Lei nº 66/97 ratificou o art. 4º do Decreto Real nº 1,451/83. Lei nº 63/97.	Assegura o percentual mínimo de 2% para as empresas com mais de 50 trabalhadores fixos. Concede uma gama de incentivos fiscais, com a redução de 50% das cotas patronais da seguridade social.
FRANÇA	Código do Trabalho Francês, art. L323-1.	Reserva postos de trabalho no importe de 6% dos trabalhadores em empresas com mais de 20 empregados.
ITÁLIA	Lei nº 68/99, art.3º.	Estabelece que os empregadores públicos e privados devam contratar pessoas com deficiência na proporção de 7% de seus trabalhadores, no caso de empresas com mais de 50 empregados; duas pessoas com deficiência, em empresas com 36 a 50 trabalhadores; e uma pessoa com deficiência, se a empresa possuir entre 15 e 35 trabalhadores.
ALEMANHA	-	Lei alemã estabelece para as empresas com mais de 16 empregados uma cota de 6%, incentivando uma contribuição empresarial para um fundo de formação profissional de pessoas com deficiência.
ÁUSTRIA	Lei Federal.	Reserva 4% das vagas para trabalhadores com deficiência nas empresas que tenham mais de 25, ou admite a contribuição para um fundo de formação profissional.

Continua

Sergio Martins Lopes

Continuação

BÉLGICA	-	Sistema de cotas, porém, não há um percentual legal para a iniciativa privada. Este é negociado por sindicatos e representantes patronais para cada ramo da economia.
HOLANDA	-	Percentual varia de 3% a 7%, sendo este firmado por negociação coletiva, dependendo do ramo de atuação e do tamanho da empresa.
IRLANDA	-	Cota é de 3%, sendo aplicável somente para o setor público.
REINO UNIDO	Disability Discrimination (DDA) - 1995.	Trata da questão do trabalho, vedando a discriminação de pessoas com deficiência em relação ao acesso, conservação e progresso no emprego. Estabelece, também, medidas organizacionais e físicas, para possibilitar o acesso de pessoas com deficiência. O Poder Judiciário pode fixar cotas, desde que provocado e de que se constate falta de correspondência entre o percentual de empregados com deficiência existente na empresa e no local onde a mesma se situa.
ARGENTINA	Lei nº 25,687/98.	Percentual de, no mínimo, 4% para a contratação de servidores públicos. Estendem-se, ademais, alguns incentivos para que as empresas privadas também contratem pessoas com deficiência.
COLÔMBIA	Lei nº 361/97.	Concede benefícios de isenções de tributos nacionais e taxas de importação para as empresas que tenham, no mínimo, 10% de seus trabalhadores com deficiência.
EL SALVADOR	Decreto Legislativo nº 888, art. 24.	Lei de Equiparação de Oportunidades estabelece que as empresas com mais de 25 empregados devam contratar uma pessoa com deficiência.
HONDURAS	Decreto nº 17/91, art. 2º.	Lei de Promoção de Emprego de Pessoas com deficiência fixa cotas obrigatórias para contratação de pessoas com deficiência por empresas públicas e privadas, na seguinte proporção: uma pessoa com deficiência, nas empresas com 20 a 40 trabalhadores; duas, nas que tem de 50 a 74 funcionários; três, nas empresas com 75 a 99 trabalhadores; e quatro, nas empresas que tenham mais de 100 empregados.
NICARÁGUA	Lei nº 185.	Empresas contratem uma pessoa com deficiência a cada 50 trabalhadores empregados.
PANAMÁ	Lei nº 42/99. Decreto Executivo nº 88/93.	Obriga os empregadores que possuam em seus quadros mais de 50 trabalhadores a contratar, no mínimo, 2% de trabalhadores com deficiência. Estabelece incentivo em favor de empregadores que contratem pessoas com deficiência.

Continua

Sergio Martins Lopes

Continuação

PERU	Lei Geral da Pessoa com Deficiência, capítulo VI.	Estabelece a concessão de benefícios tanto para as pessoas com deficiência quanto para as empresas que as contratem, como, por exemplos, a obtenção de créditos preferenciais e financiamentos de organismos financeiros nacionais e internacionais; preferencia nos processos de licitação; e dedução da renda bruta de uma percentagem das remunerações paga às pessoas com deficiência.
URUGUAI	Lei nº 16.095, art. 42. Lei nº 16.095, art. 43	4% dos cargos vagos na esfera pública deverão ser preenchidos por pessoas com deficiência. Exige, para a concessão de bens ou serviços públicos a particulares, que estes contratem pessoas com deficiência, mas não estabelece qualquer percentual.
VENEZUELA	Lei Orgânica do Trabalho, de 1997.	Fixa uma cota de uma pessoa com deficiência a cada 50 empregados.
ESTADOS UNIDOS DA AMERICA	The Americans with Disabilities Act (ADA), 1990.	Inexistem cotas legalmente fixadas, uma vez que as medidas afirmativas dessa natureza decorrem de decisões judiciais, desde que provada, mesmo estatisticamente, a falta de correspondência entre o número de empregados com deficiência existente em determinada empresa e aquele que se encontra na respectiva comunidade. Trata do trabalho de pessoas com deficiência, detalhando as características físicas e organizacionais que devem ser adotadas obrigatoriamente por todas as empresas para receber pessoas com deficiência como empregadas.
JAPÃO	Lei de Promoção do Emprego para Portadores de Deficiência, 1998.	Fixa o percentual de 1,8% para as empresas com mais de 56 empregados, havendo um fundo mantido por contribuições das empresas que não cumprem a cota, fundo este que também custeia as empresas que a preenchem.
CHINA	-	Cota oscila de 1,5% a 2%, dependendo da regulamentação de cada município.

Fonte: Adaptado de MTE (2007, p. 14-16)

Apesar da promulgação dessas leis, a oportunidade para a pessoa com deficiência ter acesso ao mercado de trabalho, ainda caminha em passos lentos, pois esbarram em diversos obstáculos, dentre eles, as discriminações do passado (MARQUES, 1996).

Segundo Glat:

Tradicionalmente o atendimento aos portadores de deficiência era realizado de natureza custodial e assistencialista. Baseado no modelo médico, a deficiência era vista como doença crônica e o deficiente como um inválido e incapaz, que pouco poderia contribuir para sociedade devendo ficar ao cuidado da família ou internado em instituições “protegidas”, segregado do resto da população (GLAT, 1999, p. 11).

Sergio Martins Lopes

As políticas de incentivo ao trabalho das pessoas com deficiência às vezes não atende as necessidades diante do contexto produtivo, onde o modelo econômico direciona o eixo social para a produtividade, o lucro e o consumo. Há a exigência por um perfil de trabalhador que atenda às necessidades por profissionais inovadores, altamente qualificados e escolarizados e que correspondam a um padrão socialmente estabelecido. Estas exigências acabam excluir aqueles que não condizem com os requisitos – as pessoas portadoras de necessidades especiais (SILVA, 2007). Em razão de um processo histórico voltado para o desenvolvimento da exclusão social, desde a educação e o trabalho, o portador de necessidades especiais esbarra em obstáculos atitudinais e físicos, o que dificulta seu processo de ensino-aprendizagem e sua consequente qualificação e preparação para o mercado de trabalho (GOLIN, 2003).

O acesso ao emprego e ao mercado formal de trabalho envolve, via de regra, as etapas de preparação, qualificação e formação para o trabalho e levanta questões que perpassam pelos valores de uma sociedade. Os postos de trabalho dependem da visão do empresariado, bem como da relação entre necessidades operacionais e política de contratação, além de fatores inerentes às capacidades do empregado e à visão social do empregador (BERGAMO JUNIOR, 2009).

Segundo o mesmo autor, o papel social das empresas privadas não está apenas na contratação das pessoas com deficiência, no sentido de atender à legislação que determina o sistema de cotas. A questão vai muito além, pois a obrigatoriedade legal para a contratação de pessoas com deficiência, na realidade é um sintoma dos empecilhos, das discriminações, dos entraves, dos preconceitos e dos desconhecimentos que envolvem o lidar com as pessoas com deficiência.

Segundo o Instituto Ethos em relação à inclusão no mercado de trabalho:

É necessário assegurar as condições de interação das pessoas portadoras de deficiência com os demais funcionários e com todos os parceiros e clientes com os quais lhe caiba manter relacionamento. Não se trata, portanto, somente de contratar pessoas com deficiência, mas também de oferecer as possibilidades para que possam desenvolver seus talentos e permanecer na empresa, atendendo aos critérios de desempenho previamente estabelecidos (INSTITUTO ETHOS, 2012, p.11).

Sergio Martins Lopes

Para uma inclusão efetiva da pessoa com deficiência no mercado de trabalho não basta apenas garantir o acesso ao emprego, e sim permitir a pessoa com deficiência os mesmos direitos comuns a todos.

Para Mazzotta:

“A inclusão, ou seja, a convivência respeitosa de uns com os outros, é essencial para que cada indivíduo possa se constituir como pessoa ou como sujeito e, assim, não venha a ser meramente equiparado a qualquer coisa ou objeto. Entendemos que o reconhecimento do valor de cada um implica ultrapassar o âmbito da igualdade formal como princípio da democracia social; implica agir em direção a mais ampla igualdade de oportunidades possível, sabendo-se que sua concretização se dá em situações específicas, historicamente determinadas.” (MAZZOTTA, p. 165, 2008).

Atualmente o Brasil dispõe de uma das mais avançadas legislações mundiais de proteção e apoio à pessoa com deficiência, contudo, ainda há uma lacuna grande na sua aplicação prática, ainda arraigada de preconceitos e barreiras em sua integração no mercado de trabalho (BRASIL, 2008).

3.4 – QUALIDADE DE VIDA (QV)

A expressão qualidade de vida possui raízes tanto na cultura oriental como na ocidental, passa pela antiga filosofia chinesa do Yin e Yang que, de acordo com esta cultura, a qualidade de vida pode ser atingida quando Yin e Yang encontram-se em equilíbrio, como também pode estar relacionada com a visão Aristotélica, a qual descrevia a felicidade como certo tipo de atividade virtuosa da alma, algo como se sentir pleno e realizado (ZHAN, 1992; CONSTANTINO, 2008).

Nos Estados Unidos da América a expressão qualidade de vida surgiu após a 2ª Guerra Mundial, com o objetivo de descrever aquisições de bens materiais. Posteriormente, o conceito foi ampliado para se medir o desenvolvimento econômico de uma sociedade. Atualmente passou a mensurar o desenvolvimento social (FARQUHAR, 1995).

Os conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foram inicialmente de interesse de cientistas sociais, filósofos e políticos; no caso da medicina e ciências da área da saúde, o interesse veio em decorrência do progresso tecnológico que levou a um processo de desumanização destas áreas. Assim, a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e

Sergio Martins Lopes

biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK et al, 1999). Para Bitencourt (2004, p. 395), qualidade de vida “é um conceito dinâmico, contingencial, abrangente, individual e, ao mesmo tempo, coletivo e multidisciplinar”.

Qualidade de vida é um conceito que, nas últimas décadas, tem despertado interesse da população em geral e da comunidade científica, porém, apesar de sua frequente utilização não existe uma definição consensualmente aceita, observa-se que se trata de um conceito complexo, que admite uma variedade de significados, com diversas abordagens teóricas e inúmeros métodos para sua mensuração (CAMPOS e DAVID, 2007; KIMURA e SILVA, 2009). No entanto, cada teoria ou estudo complementa a outra, pois há três elementos que fundamentam a qualidade de vida: a subjetividade, a multidimensionalidade e por último, a presença de dimensões positivas caracterizadas pela mobilidade e as negativas caracterizadas pela dor (LIMONGI-FRANÇA, 2004; PAZINI e STEFANO, 2009).

Segundo Kluthcovsky e Takayanagui (2007), não há consenso sobre o conceito de qualidade de vida, porém, os aspectos de subjetividade e multidimensionalidade são geralmente aceitos pela maioria dos pesquisadores.

Kimura destaca que:

Qualidade de vida é um conceito multidimensional e embora haja controvérsias sobre o real significado dessa expressão, há concordância entre os autores quanto à inclusão de aspectos relacionados à capacidade funcional, às funções fisiológicas, ao comportamento afetivo e emocional, às interações sociais, ao trabalho e à situação econômica, centrados na avaliação subjetiva dos indivíduos. Assim, a qualidade de vida apresenta-se como um construto multifatorial, muito mais amplo do que meramente a presença ou ausência de saúde (KIMURA, 1999, p. 3).

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), qualidade de vida é “uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.” Para os autores a QV é vista sob diversos olhares, seja do ponto de vista objetivo, seja subjetivo, podendo ser individual ou coletiva. No caminho objetivo, podem-se exemplificar como indicadores observáveis e quantificáveis: saúde, condições físicas, trabalho, salários, moradia, educação entre outros; o caminho subjetivo ressalta o sentimento humano, indicam as percepções qualitativas das experiências

Sergio Martins Lopes

de vida como felicidade, liberdade, solidariedade, segurança, privacidade, reconhecimento, amor, realização pessoal e inserção social.

Para Lipp (1994, p. 98), “qualidade de vida significa muito mais do que apenas viver (...). Por qualidade de vida entendemos o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde (...). O viver bem refere-se a ter uma vida bem equilibrada em todas as áreas”. Para Marques (1996), a qualidade de vida não é apenas um sentimento de satisfação ou bem-estar pessoal, mas sim uma valorização que a pessoa faz desses e de outros aspectos que considera importantes na sua vida atual e de forma global.

De acordo com Seidl e Zannon (2004), a noção de QV sofre influencia de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Para Dantas, Sawada e Malerbo (2003), QV é “uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades” que refletem o momento histórico, a classe social e a cultura em que o individuo está inserido, com isto, interferem na maneira de conceber o construto em questão.

Lino considera que:

A concepção de qualidade de vida permanece controversa e não existe, ainda, uma definição que seja comumente aceita pelos estudiosos do tema, assim como não há consenso sobre os atributos que compõem o conceito. Vários termos igualam qualidade de vida a atributos como: satisfação com a vida, bem-estar, saúde, felicidade, autoestima, adaptação, valor da vida, significado da vida e estado funcional. Conseqüentemente, as dimensões do conceito variam de estudo a estudo (LINO, 2004, p.16).

Segundo Toscano e Oliveira (2009), o conceito de qualidade de vida “tem que ser compreendido como influenciado por todas as dimensões da vida e, assim, inclui, mas não deve estar limitado à existência ou não de morbidades.” Contudo, diante do impacto que o conceito saúde pode ter na vida das pessoas, se fazem necessários indicadores que possam nortear operacionalmente essa dimensão da qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1994, por meio de seu Grupo de Qualidade de Vida define QV como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto, da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos

Sergio Martins Lopes

seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al, 1999 p.4). É um conceito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física, psicológica, valores e crenças pessoais, relações interpessoais e sociais e aspectos ambientais.

A qualidade de vida é também compreendida como uma medida das “disponibilidades locais de amenidades naturais e sociais a diferentes níveis de qualidade de vida das cidades ou centros urbanos” (SILVEIRA NETO e MENEZES, 2008, p. 362). Dessa maneira, qualidade de vida tem sido utilizada, tanto para avaliar as condições de vida urbana, incluindo transporte, saneamento básico, lazer e segurança, quanto para se referir à saúde e conforto (BAHIA, 2002).

Este conceito é utilizado na área de economia, que avalia a QV como uma relação entre a disponibilidade de capital e serviços públicos e privados de qualidade. Minayo, Hartz e Buss (2000), consideram que quando se empregam somente indicadores econômicos ou sociodemográficos, a apreensão da realidade, do bem-estar ou qualidade de vida de um grupo, comunidade ou nação pode estar limitada. Entretanto, independentemente do enfoque global (qualidade de vida) ou específico (qualidade de vida relacionada à saúde), os fatores sócio-ambientais e, mais especificamente, o contexto onde se estabelecem as relações e as vivências de trabalho parecem ter impacto significativo na QV (DESCANIO e LUNARDELLI, 2007).

Goulart (2004) relata que embora a qualidade de vida global e a qualidade de vida no trabalho sejam distintas elas são mutuamente influenciadoras; as satisfações no trabalho podem causar desajuste na vida familiar e nas relações sociais fora do trabalho, enquanto insatisfações fora do trabalho exercem um papel desadaptador sobre o trabalho.

Stefano, Gattai, Rossini e Limongi-França (2005), conceituam a qualidade de vida no trabalho como o atendimento de necessidades e aspirações humanas, calcado na idéia de humanização e responsabilidades social da empresa. De acordo com os mesmos autores, diversos segmentos da sociedade estão buscando novos valores sobre a qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho; dentre eles destacam-se: saúde, ecologia, ergonomia, psicologia, sociologia, economia, administração e engenharia.

Nos últimos anos, instrumentos de avaliação de qualidade de vida e bem-estar vem sendo desenvolvidos com variadas formas de aplicação, extensão e ênfase do conteúdo, sendo a maioria deles originários dos Estados Unidos da América e da

Sergio Martins Lopes

Inglaterra (FECK, 1999; KIMURA, 1999, CONSTANTINO, 2008). A adaptação transcultural de um questionário para uso em um novo país, cultura e/ou linguagem exige o uso de um método único, para chegar à equivalência entre a fonte original e versões alvo do questionário. Atualmente é reconhecido que, se as medidas estão sendo utilizados em diversas culturas, os itens não devem apenas ser traduzidos lingüísticamente, mas também devem ser adaptados culturalmente para manter a validade de conteúdo do instrumento em um nível conceitual em diferentes cultura (GUILLEMIN, 1995; BEATON et al, 2000).

Além disso, para Kimura (1999, p. 4), “a adaptação de instrumentos com propriedades psicométricas já consagradas em outras realidades permite também ampliar as possibilidades de pesquisar conceitos ainda pouco explorados numa dada sociedade”. Ciconelli (1997), ao descrever sobre a elaboração de um instrumento de medida, pondera que considerando o exaustivo empenho dos pesquisadores para desenvolvê-los, propõe a utilização daqueles reconhecidos e aplicados internacionalmente. Os instrumentos de avaliação de QV¹ podem ser divididos em genéricos que são multidimensionais e foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar vários aspectos como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Também utilizados para avaliar a eficácia de políticas e programas de saúde, temos como exemplos: o Euroqol Eq-5D (EQ-5D); Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI); SF-36® Health Survey (SF- 36®); World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF), entre outros. Os instrumentos específicos, geralmente, também são multidimensionais e avaliam ainda a percepção geral da QV, embora a ênfase habitualmente seja sobre sintomas, incapacidades ou limitações relacionados à determinada enfermidade. Temos como exemplos: Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SFTM) específico para doença renal crônica terminal; Acromegaly Quality of Life Questionnaire (ACROQoL) específico para pacientes com acromegalia, entre outros (AGUIAR et al, 2008).

Dantas, Sawada e Malerbo (2003), em uma revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo sobre pesquisas com o tema qualidade de vida no período de 1993 e 2001, encontrou dentre os instrumentos genéricos usados

¹Lista no PROQOLID Patient Reported Outcome (PRO) and Quality of Life (QOL) <<http://www.proqolid.org/proqolid/search>>

Sergio Martins Lopes

pelos pesquisadores o Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form (MOS SF-36) e o Índice de Qualidade de vida de Ferrans e Powers, usados, respectivamente, em 18 estudos (34%) e 4 estudos (7,5%) de uma amostra de 53 estudos. O Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers foi utilizado, como medida exclusiva, em diferentes populações: população geral (1 estudo), doentes cardíacos (2 estudos) e pacientes internados em unidade de terapia intensiva.

Considerando o fato de não existir consenso referente ao tema qualidade de vida e a variedade de instrumentos para sua mensuração, foi adotado como referencial teórico para nortear o desenvolvimento desta pesquisa, o modelo conceitual e instrumento de qualidade de vida desenvolvido por Ferrans e Powers (1985).

O modelo conceitual de qualidade de vida desenvolvido por Ferrans (1985) vem sendo amplamente utilizado em estudos e para sua conceitualização, a autora utilizou várias ideologias e métodos, tendo como enfoque principal a visão individualista, na qual a essência da qualidade de vida reside na percepção dos próprios indivíduos e em suas experiências de vida, considerando-se um conceito subjetivo e que, portanto, depende da percepção individual. Nesta perspectiva adiciona o conceito de satisfação com a vida, implicando numa experiência cognitiva que resulta de julgamentos sobre as condições de vida, enfocando a satisfação em relação às diferentes áreas da vida que são importantes para o indivíduo

Ferrans (1985) uniu na sua concepção de qualidade de vida o conceito da importância que os indivíduos atribuem a diferentes aspectos da vida, que contribuem com a qualidade de vida, acreditando que a avaliação das variações individuais entre satisfação percebida e importância atribuída leva a uma representação mais precisa da qualidade de vida, tendo em vista que os conceitos operam-se diferentemente (FERRANS, POWERS, 1985; FERRANS, 1990; FERRANS, POWERS, 1992; FERRANS, 1996).

Nesse modelo conceitual, qualidade de vida é definida como “a sensação de bem estar de uma pessoa que deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para elas” (Ferrans, 1992) e pode ser avaliada por diversos elementos que determinam o quanto a vida pode ser (in)satisfatória (LINO, 2004). Esses elementos estão agrupados em quatro grandes domínios inter-relacionados, apresentados no Quadro 5.

Sergio Martins Lopes

Quadro 5 - Elementos e Domínios de Modelo Conceitual de Qualidade de Vida de Ferrans.

<p>Domínio Saúde e Funcionamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saúde • Cuidado com a saúde • Dor • Energia • Capacidade para cuidar-se sem auxílio • Controle sobre a própria vida • Possibilidades de viver tanto quanto gostaria • Vida sexual • Capacidade para responsabilizar-se pela família • Utilidade para outros • Preocupações • Atividades de lazer • Possibilidade de um futuro feliz 	<p>Domínio Social e Econômico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amigos • Apoio emocional de outras pessoas que não são da família • Vizinhança • Moradia • Trabalho/Não ter trabalho • Educação • Necessidades financeiras
<p>Domínio Psicológico e Espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paz de espírito • Fé em Deus • Realização de objetivos pessoais • Felicidade em geral • Satisfação com a vida em geral • Aparência pessoal • Satisfação consigo próprio 	<p>Domínio Família</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saúde da família • Filhos • Felicidade da família • Relações com cônjuge/companheiro • Suporte emocional que recebe da família

Fonte: Lino (2004 p. 19)

As propriedades psicométricas do Índice de Qualidade de Vida foram avaliadas por Ferrans e Powers (1992) e consideradas positivas. Essas autoras verificaram a validade do constructo e estimaram a confiabilidade da escala utilizando procedimentos de consistência interna (α Cronbach global= 0,93).

Estudos como de Bliley e Ferrans (1993); Hughes (1993); Stuifbergen (1995); Sigstad e col. (2005); Rannestad e col., (2001), dentre outros, estimaram a confiabilidade e a validade da escala e verificaram que era adequada para estudos, obtendo altos coeficientes de consistência interna (α Cronbach global de 0,86 e 0,96; 0,93 e 0,96; 0,87; 0,81; 0,86 e 0,94, respectivamente). Na tabela 1 observa-se os coeficientes α Cronbach do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers e seus domínios em alguns dos estudos nacionais e internacionais.

Sergio Martins Lopes

Tabela 1 - Coeficientes α Cronbach do Índice de qualidade de vida e seus domínios em estudos nacionais e internacionais. São Paulo, 2012.

Estudo	Saúde/ funcionamento	Socio econômico	Psicológico/ espiritual	Família	IQV Total
Ferrans, 1990	0,90	0,84	0,93	0,66	0,95
Ferrans e Powers, 1992	0,87	0,82	0,90	0,77	0,93
Cowan e col., 1992	0,92	0,88	0,85	0,83	0,95
Papadantonaki e col., 1994	0,90	0,89	0,90	0,79	0,98
King, 1996	0,86	0,77	0,83	0,32	0,91
Anderson e Ferrans, 1997	0,70	0,84	0,86	0,70	0,93
Kimura, 1999	0,88	0,71	0,84	0,65	0,76
Rustoen col. .1999	0,88	0,82	0,82	0,79	0,93
Machado, 2000	0,76	0,67	0,81	0,53	0,82
Meneguín, 2001	0,74	0,48	0,80	0,66	0,83
Kawakame, 2001	0,83	0,67	0,88	0,64	0,85
Yamada, 2001	0,85	0,65	0,83	0,74	0,99
Iglesias, 2002	0,87	0,83	0,88	0,75	0,93
Lino, 2004	0,91	0,78	0,94	0,73	0,93
Sigstad, Stray-Pedersen e Frøland, 2005	0,92	-	-	0,54	0,81
Hacker col., 2006	0,77	0,71	0,77	0,18	0,87
Halabi, 2006	0,84	0,81	0,90	0,71	0,94
Yamada, 2006	0,88	0,65	0,81	0,55	0,90
Sammarco e Konecny, 2008	0,91	0,60	0,91	0,75	0,94
Albaugh e Ferrans, 2010	0,92	0,85	0,87	0,59	0,96
Sammarco e Konecny, 2010	0,87	0,71	0,89	0,75	0,94

Nos estudos apresentados na tabela 1, observamos que o IQV total variou de 0,76 a 0,99 e nos domínios saúde/ funcionamento de 0,70 a 0,92; socioeconômico de 0,60 a 0,89; psicológico/ espiritual de 0,77 a 0,94 e família de 0,18 a 0,83. Para Hair (1998), o limite inferior para o coeficiente α de Cronbach é de 0,70 ou 0,60 em análises exploratórias.

O modelo conceitual e o instrumento de qualidade de vida desenvolvido por Ferrans têm hoje sua tradução e validação em vários idiomas, como árabe, chinês, dinamarquês, espanhol, francês, italiano, lituano, norueguês, polonês, português. Tem sido utilizado em diversos estudos como instrumento genérico, aplicável em qualquer

Sergio Martins Lopes

tipo de população, mas também, há versões específicas para pacientes com câncer, problemas pulmonares, síndrome da fadiga crônica, artrite, diabetes, epilepsia, esclerose múltipla, lesão medular, acidente vascular cerebral, hemodiálise, transplante renal e hepático e, em pacientes em assistência domiciliar² (LINO, 2004; KIMURA e SILVA, 2009).

Na tabela 2 estão apresentados os escores do IQV total e por domínio do IQV de Ferrans e Powers e suas versões utilizadas em várias pesquisas tanto em âmbito nacional e internacional.

²A lista atualizada contendo todos os estudos encontra-se disponível no Apêndice B ou no site

<<http://www.uic.edu/orgs/qli/index.htm>>

Tabela 2 – Escores do IQV total de Ferrans e Powers e por domínio de estudos nacionais e internacionais. São Paulo, 2012.

Estudo	População	Saúde/ Funcionamento	Socioeconômico	Psicológico/ Espiritual	Família	IQV Total
Papadantonaki e col., 1994	Revascularização do miocárdio	-	-	-	-	22,80
Rustoen col., 1999	Câncer	20,02 (072)	23,14 (0,83)	20,82 (0,69)	24,97 (0,65)	21,46 (0,78)
Rannestad col., 2001	Distúrbios ginecológicos/ submetidos à Histerectomia	Controle 22,71 (4,5)	23,27 (4,3)	21,70 (4,7)	25,59 (5,1)	22,98 (3,9)
		Pré- 20,60 (5,3)	23,47 (4,7)	21,41 (4,6)	26,08 (4,3)	22,11 (4,3)
		6 meses após 22,77 (5,6)	22,99 (4,4)	22,06 (5,1)	26,01 (4,4)	23,06 (4,4)
		12 meses após 22,80 (5,6)	23,07 (4,6)	21,61 (5,2)	26,65 (4,9)	22,94 (4,8)
Meneguín, 2001	cardiopatas valvares	-	-	-	-	16,20
Handy col., 2002	Câncer pulmão	19,50 a 28,60	22,70 a 30,0	22,90 a 30,0	24,50 a 30,0	21,6 a 29,4
May e Warren, 2002	Lesão medula espinhal	19,92 (4,83)	21,56 (4,26)	21,74 (5,49)	22,94 (5,58)	21,01 (4,27)
Levasseur, Desrosiers e Noreau, 2004	Deficiências físicas	17,80 (3,5)	21,10 (2,90)	22,00 (3,4)	23,30 (4,4)	20,40 (2,6)
Levin col., 2005	Câncer pulmão	Controle 23.19 (4.47)	21.83 (4.11)	22.95 (5.21)	25.60 (4.49)	23.00 (4.04)
		Casos 15.36	22.06	21.4	24.08	19.65
Sigstad, Stray-Pedersen e Frøland, 2005	Deficiências primária de anticorpo	-	-	-	-	20,00
Hacker col., 2006	Transplante de células-tronco hematopoéticas	Pré - 21.04 (4.48)	22.54 (4.49)	24.47 (3.38)	27.18 (2.64)	23.08 (3.20)
		Pós - 17.40 (6,79)	25.14 (6,14)	22.27 (7,95)	27.74(3,39)	21.95(5,62)
Yamada, 2006	Feridas	21,30 (3,1)	23,20 (3,2)	23,30 (3,6)	27,80 (3,6)	22,60 (2,6)
Rannestad e Skjeldestad, 2007	Câncer Ginecológico/Dor	Controle 22.60 (4.93)	23.40 (4.10)	22.20 (4.53)	24.20 (4.59)	22.90 (4.10)
		Casos 22.50 (4.81)	23.80 (4.05)	22.40 (4.71)	24.20 (3.83)	23.10 (3.86)
		Casos sem dor 23.60 (4.33)	23.90 (3.92)	22.50 (4.45)	24.60 (4.23)	23.60 (3.77)
		Casos com dor 19.70 (5.22)	22.40 (4.34)	21.50 (4.82)	23.10 (4.75)	21.20 (4.25)
Rannestad col., 2008	Câncer Ginecológico	Controle 21.70 (4.80)	24.20 (4.00)	22.40 (4.70)	25.80 (4.00)	23.00 (3.80)
		Casos 22.00 (5.10)	23.70 (4.00)	22.20 (4.50)	25.40 (4.70)	22.90 (4.10)

Continua

Continuação

Estudo	População	Saúde/ Funcionamento	Socioeconômico	Psicológico/ Espiritual	Família	IQV Total
Sammarco e Konecny, 2008	Câncer mama	19.93 (7.32)	21.62 (4.82)	21.42 (6.97)	23.94 (5.49)	21.19 (5.72)
Skjeldestad e Rannestad, 2009	Câncer Ginecológico/ Incontinência Urinária	Controle 22,50 (0,24)	24,20 (0,20)	22,70 (0,22)	25,90 (0,21)	23,40 (0,20)
		Casos 20.80 (0,33)	23.10 (0,26)	21.20 (0,29)	24.80 (0,31)	22.00 (0,26)
Albaugh e Ferrans, 2010	Homens submetidos á prostatectomia	Pré- 22,05 (4,39)	22,85 (3,92)	21,85 (3,78)	24,09 (3,79)	22,53 (3,39)
		1 mês após- 22,74 (4,58)	23,51 (4,16)	22,54 (4,50)	24,91 (3,24)	23,21 (3,87)
		3 meses após- 22,89 (3,40)	23,00 (3,80)	23,05 (4,65)	24,69 (4,85)	23,23 (3,51)
Sammarco e Konecny, 2010	Câncer mama	21.36 (6.06)	22.56 (4.72)	21.58 (6.41)	23.99 (5.48)	22.04 (5.05)
Grutschet e col., 2011	Câncer	16,20 (0,72)	21,15 (0,46)	21,57 (0,71)	23,22 (0,60)	19,61 (0,48)

Sergio Martins Lopes

Nos estudos apresentados na tabela 2, observa-se que a maioria das pesquisas em que foram aplicadas nas populações com câncer, o IQV total variou de 16,20 a 23,60. Nas amostras controle o IQV total variou de 22,90 a 23,40 e nos domínios saúde/funcionamento de 21,70 a 23,19; socioeconômico de 21,83 a 24,20; psicológico/espiritual de 21,70 a 22,95 e família de 24,20 a 25,90. Nos casos o IQV total variou de 19,61 a 23,60 e nos domínios saúde/funcionamento de 15,36 a 23,60; socioeconômico de 21,10 a 25,14; psicológico/espiritual de 20,82 a 24,47 e família de 22,94 a 27,80.

3.5 – SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Segundo Cura e Rodrigues (1999), o interesse pela satisfação no trabalho, tanto em nível nacional como internacional, tem sido explorado por psicólogos, principalmente da área organizacional, desde a década de trinta.

Ardila (1986) relata que a maioria das pessoas passa um terço do dia e a metade da vida trabalhando, como uma maneira de ganhar dinheiro para satisfazer suas necessidades, obter “status” e se sobressair dos demais.

Satisfação no trabalho tem sido definida de diferentes maneiras, dependendo do referencial teórico adotado. As conceituações mais frequentes referem-se à satisfação no trabalho como sinônimo de motivação, como atitude ou como estado emocional positivo havendo, ainda, os que consideram satisfação e insatisfação como fenômenos distintos, opostos (MARTINEZ e PARAGUAY, 2003).

Campos (2005), afirma que o indivíduo precisa estar motivado para exercer suas atividades com satisfação, visto que o trabalho tem papel de destaque na vida do homem. Di Lascio (1980), parte do pressuposto de que a motivação leva a satisfação. O trabalho provoca graus diferentes de nível moral e de satisfação do trabalhador, segundo a forma e o meio em que desempenha sua tarefa, conforme ponto de vista da psicologia (BERGSON, 1986).

Os primeiros estudos sobre satisfação no trabalho datam de 1912, a partir das pesquisas de Taylor, onde o conceito de satisfação relacionava-se intimamente à questão da fadiga e do salário, e suas respectivas interferências na produtividade (CURA e RODRIGUES, 1999).

Martins (1985), realizou um estudo no Brasil sobre o conceito de satisfação no trabalho, baseado nos estudos do pesquisador Locke. Neste estudo ele descreve os

Sergio Martins Lopes

nove modelos propostos por Wanos e Lawer, em 1972, onde definem tanto a satisfação geral como a satisfação relativa a aspectos particulares do trabalho. Segundo Locke (1976) esses nove modelos parecem corresponder a diferentes combinações de conceitos básicos relativos ao construto satisfação no trabalho, tais como valores, necessidades e expectativas que são sempre combinados de forma a somar produtos ou discrepâncias entre dois ou três deles. Essas teorias, descritas por Martins (1985), foram alvos de muitas críticas por parte de vários estudiosos do assunto. Para Lino (1999) mesmo existindo muitas teorias, há controvérsias a respeito do conceito de satisfação no trabalho, o que dificulta o seu estudo e a sua compreensão, bem como a compreensão das variáveis que a ele se relacionam.

A satisfação no trabalho é um fenômeno de difícil definição, por se tratar de um estado subjetivo, e que pode ser variável, dependendo de pessoa para pessoa, de situação para situação e ao longo do tempo para o mesmo indivíduo (FERREIRA e STEFANO, 2008).

Segundo Locke (1976) atualmente, há uma grande preocupação em torno das pessoas que trabalham no que se refere à satisfação profissional conceituada como sendo um “estado agradável ou emocionalmente positivo, resultante da avaliação de um trabalho ou experiência de trabalho”.

Satisfação no trabalho para Robbins (2002, p. 74) é uma “atitude geral de um indivíduo em relação ao seu trabalho”, ou seja, satisfação no trabalho nada mais é do que o quanto as pessoas fazem o que gostam ou que se realizam na execução de suas tarefas organizacionais.

Para Rego (2001), a satisfação no trabalho está relacionada ao tratamento de justiça e de respeito a que o trabalhador é submetido. Já Signorini (2000, p. 95) afirma que a satisfação corresponde ao “contentamento pela possibilidade de atingir, ou de ter atingido o objetivo desejado, está intimamente ligada a sua motivação para esse objetivo”.

Segundo Wagner e Hollenbeck (2009), a satisfação no trabalho “é um estado emocional, que leva as pessoas à percepção de que seu trabalho ajuda às pessoas ou organizações a atingir objetivos e resultados, e tem grande impacto sobre a produtividade, o absenteísmo e a rotatividade dos funcionários em uma organização”.

Segundo Carvalho-Freitas e Marques (2010), o tema satisfação das pessoas

Sergio Martins Lopes

com deficiência é importante como um critério de análise para verificar se as políticas de inserção dessas pessoas no trabalho estão impactando de forma positiva a percepção que elas têm de seus trabalhos e das condições que possuem para realizá-lo. Para os autores, os fatores de QVT, quando garantidos, ajudam na diminuição dos índices de absenteísmo, de turn-over, e melhora do desempenho profissional, portanto, assegurar a satisfação dessas pessoas no trabalho contribui tanto com as próprias pessoas com deficiência, quanto com a organização em que trabalham.

Para Martins e Santos (2006), as pesquisas sobre satisfação no trabalho refletem a inconclusão da área, visto que, possuem bases conceituais diversas, o que dificulta a comparação dos resultados. Portanto, quando se utilizam esses instrumentos, fica difícil saber ao certo o que está sendo avaliado, devido à heterogenia das teorias utilizadas e, também, às vezes a falta da especificação pelos autores da definição do construto que fundamentou sua construção.

Em uma revisão sistemática feita por Saane e col. (2003), nas bases de dados Medlinee PsycINFO, sobre a confiabilidade e validade dos instrumentos de medição de satisfação profissional, encontraram trinta e cinco estudos relevantes, destes sete instrumentos preencheram os critérios de qualidade para a confiabilidade e validade: Job in General Scale (JIG); Andrew and Withey Job Satisfaction Questionnaire, ambos aplicados em população heterogenica; Job Satisfaction Survey (JSS), em população do serviço social; Emergency Physician Job Satisfaction Scale (EPJS), aplicado em médicos de um serviço de emergência; McCloskey/Mueller Satisfacion Scale (MMSS); Measure of Job Satisfacion (MJS) e o Nurse Satisfaction Scale (NSS) aplicados em enfermeiras.

Alves (2010) apresenta alguns instrumentos de medida da satisfação no trabalho mais citados em pesquisas na literatura, traduzidos e validados no Brasil: Occupational Stress Indicator (OSI); Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT); Questionário de Satisfação no Trabalho de Meliá e Peiró (S20/23); Questionário de Medida de Satisfação no Trabalho (QMST) e Índice de Satisfação Profissional (ISP). A importância do construto satisfação no trabalho para a área de comportamento organizacional remete os estudiosos a responderem ao desafio de avaliá-la de modo válido e preciso, conforme os princípios da psicometria.

Assim, o presente estudo utilizará o S20/23, fundamentado no modelo teórico

Sergio Martins Lopes

de Locke (1984) que contempla as relações entre satisfação no trabalho e saúde, em que satisfação no trabalho está relacionada ao prazer ou à felicidade no trabalho e insatisfação está na origem do desprazer ou do sofrimento no trabalho, adotado pelos autores na escala original (Meliá e Peiró, 1989), validado por Carlloto e Câmara (2008) com α de Cronbach global nas dimensões: SRH – Satisfação com Relações Hierárquicas ($\alpha=0,92$); SAFT – Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho ($\alpha=0,86$); SITOPC – Satisfação Intrínseca com o Trabalho e Oportunidades de Crescimento Profissional ($\alpha=0,80$).

O S20/23 é utilizado em pesquisas tanto em âmbito nacional e internacional, abrangendo populações como trabalhadores de petrolíferas e da área da saúde.

Marucco e Gil-Monte (2007) estudaram a prevalência de satisfação com o trabalho de 123 pediatras de hospitais gerais. A satisfação no trabalho foi avaliada usando 8 itens desenhados a partir do S20/23", com itens sobre a satisfação com diferentes aspectos do trabalho (intrínsecos, salário, objetivos e metas, saúde, formação, promoção, supervisão, participação na tomada de decisões), obtendo um $\alpha=0.75$.

Nos resultados, 13% dos participantes disseram estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos com aspectos do seu trabalho. Com relação ao salário 89,4% dos participantes disseram que estavam muito insatisfeitos ou insatisfeitos, o mesmo em relação a higiene do local de trabalho (57,7%), treinamento (56,9%) e a oportunidade de promoção (59,3%). Não houve diferença significativa por sexo. Para os diferentes indicadores de satisfação foram obtidos os seguintes resultados: satisfação geral, 1,81 (DP=0,62); satisfação com as oportunidades oferecidas pelo seu trabalho e de fazer as coisas que você gosta (satisfação Intrínseca), 2,41 (DP=1,09); satisfação com o salário, 0,71 (DP=0,85) satisfação com os objetivos, metas e taxas de produção a serem alcançados, 1,87 (DP=1,07); satisfação com limpeza e higiene do local de trabalho, 1,65 (DP=1,17) satisfação com a oportunidade de formação, 1,63 (DP=0,91); satisfação com as oportunidades de promoção, 2,37 (DP=1,01) e satisfação com a supervisão, 2,37 (DP=0,91). Os resultados demonstram o alto grau de insatisfação em aspectos importantes da vida de trabalho dos pediatras de hospitais gerais.

Hernandez e Melo (2003) investigaram a relação entre clima organizacional e satisfação laboral dos funcionários de um Centro Médico Integrado, com 41 sujeitos

Sergio Martins Lopes

utilizando o questionário S20/23 e o questionário de clima organizacional de Kolb, Rubin e McIntyre. Foi encontrada uma correlação estatística positiva ($r=0,714$; $p=0,000$) entre as variáveis satisfação laboral e clima organizacional. Considerando os fatores que compõem as variáveis clima e satisfação, o coeficiente de correlação de Pearson apurou os seguintes resultados: correlação estatística direta significativa entre o fator supervisão (satisfação laboral) e os seguintes fatores do clima organizacional: recompensas ($r=0.386$; $p=0,014$), clareza organizacional ($r=0.354$; $p=0,023$) e liderança ($r=0,550$; $p=0,000$). Não foram encontradas correlações estatísticas significativas entre os fatores do clima organizacional e a satisfação laboral dos clientes internos com relação ao ambiente físico de trabalho. Os fatores benefícios e políticas (satisfação laboral) apresentaram correlações estatísticas positivas significativas com os seguintes fatores do clima organizacional: padrões ($r=0.326$; $p=0.040$), recompensas ($r=0.410$; $p=0.009$), clareza organizacional ($r=0.422$; $p=0.006$), calor humano e apoio ($r=0.385$; $p=0.013$) e liderança ($r=0.467$; $p=0.002$). Foram encontradas correlações estatísticas positivas significativas entre a satisfação intrínseca no trabalho e os seguintes fatores do clima organizacional: padrões ($r=0.536$; $p=0.000$), recompensas ($r=0.372$; $p=0.020$), clareza organizacional ($r=0.460$; $p=0.003$), calor humano e apoio ($r=0.537$; $p=0.000$) e liderança ($r=0.452$; $p=0.003$). Os fatores responsabilidade ($r=0.481$; $p=0.001$), padrões ($r=0.354$; $p=0.025$), recompensas ($r=0.358$; $p=0.023$) e liderança do clima organizacional ($r=0.422$; $p=0.006$) apresentaram correlações estatísticas positivas significativas com relação à participação (satisfação laboral).

Outros instrumentos como o instrumento de Hackam e Oldham, o Índice de Satisfação Profissional (ISP), o Questionário de Medida de Satisfação no Trabalho (QMST), a escala "Satisfação no Trabalho" do Occupational Stress Indicator (OSI), também são utilizados em pesquisas de satisfação no trabalho, aplicados em populações como de policiais militares, enfermeiros, médicos, professores.

Moraes, Pereira, Lopes, Rocha e Ferreira (2001), realizaram uma pesquisa descritiva-analítica, quantitativa-qualitativa, sobre estresse ocupacional e qualidade de vida no trabalho, na Polícia Militar do Estado de Minas Gerais. O instrumento aplicado foi o de Hackam e Oldham para a análise da qualidade de vida no trabalho e o de Cooper para estresse, correlacionado as variáveis, com uma amostra de 1.152 respondentes de um universo total de 7.607 pessoas. Após a análise dos dados coletados, perceberam

Sergio Martins Lopes

que havia elevada insatisfação em relação à instituição. Observaram ainda que havia um importante nível de satisfação com o trabalho, implicando em significativa qualidade de vida, considerando o grau de satisfação como preditor da qualidade de vida no trabalho.

Matsuda e Évora (2003) investigaram o índice de satisfação no trabalho de uma equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Verificaram que esta equipe estava mais satisfeita com os componentes interação e remuneração, em níveis intermediários ficaram autonomia e normas organizacionais, e obtiveram os valores mais baixos nos componentes requisitos do trabalho e “status” profissional. Identificaram que a equipe encontrava-se insatisfeita no trabalho apresentando um Índice de Satisfação Profissional (ISP) de 12,08 e que era necessário atuar com mais efetividade na gestão para reverter essa situação.

Lino (2004), investigou a qualidade de vida e a satisfação profissional de 190 enfermeiras de UTI. Para coletar os dados sociodemográficos, ocupacionais, de saúde, percepções e estados em relação à vida e ao trabalho utilizou a versão genérica do Índice de Qualidade de Vida (IQV). O nível de satisfação profissional em relação a seis componentes do trabalho (autonomia, “status” profissional, remuneração, interação, requisitos do trabalho e normas organizacionais) foi medido através do Índice de Satisfação Profissional (ISP). Os resultados mostraram que as enfermeiras obtiveram escores mais elevados nos domínios família, psicológico e espiritual, social e econômico, saúde e funcionamento, respectivamente. As enfermeiras valorizaram os componentes do trabalho, autonomia, interação e remuneração mais do que “status” profissional, requisitos do trabalho e normas organizacionais, e estavam mais satisfeitas com “status” profissional, interação, remuneração, requisitos do trabalho e normas organizacionais.

Schmidt (2004), avaliou e correlacionou a variável QV e QVT de 105 profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico de quatro hospitais da cidade de Londrina – Paraná. Testou a hipótese de que a qualidade de vida do indivíduo está diretamente relacionada com a qualidade de vida no trabalho, ou seja, quanto maior a qualidade de vida no trabalho, maior a qualidade de vida. Para isso, utilizou a Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF) e o ISP de Stamps. Os resultados mostraram que os trabalhadores estavam entre insatisfeitos e

Sergio Martins Lopes

nem satisfeitos/ nem insatisfeitos com os aspectos abordados pelo instrumento de qualidade de vida no trabalho. O componente remuneração avaliado pelo ISP foi considerado fonte de menor satisfação entre os trabalhadores, enquanto que o domínio Status Profissional, o de maior satisfação.

Campos (2005), em um estudo exploratório realizado na Central de Regulação Médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU/Natal identificou o nível de satisfação profissional dos membros da equipe de enfermagem e verificou o grau de importância atribuída pelos profissionais de enfermagem a cada um dos componentes da satisfação profissional: autonomia, interação, “status” profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração. A população foi de 60 profissionais e utilizou o Índice de Satisfação Profissional (ISP). Quanto à análise da confiabilidade do ISP pelo Coeficiente α de Cronbach resultou no valor de 0,94 e pelo Coeficiente Tau de Kendall em 0,87. Quanto ao nível de importância atribuída aos componentes da satisfação profissional, identificou que a equipe de enfermagem considerou o componente Autonomia como mais importante, seguido do componente Remuneração, Interação, Requisitos do trabalho, Normas Organizacionais e “Status” Profissional. Em relação ao nível atual de satisfação profissional, identificou que estavam mais satisfeitos com “Status” Profissional, Autonomia, Interação, Remuneração, Requisitos do Trabalho e Normas Organizacionais. Entretanto, o nível real de satisfação profissional, calculado através da estatística, mostra que estes profissionais estavam mais satisfeitos com Autonomia, Remuneração, Interação, Requisitos do Trabalho, “Status” profissional e Normas organizacionais. O ISP neste trabalho foi de 8,6 indicando que a equipe de enfermagem do SAMU/Natal estava pouco satisfeita no ambiente de trabalho.

Fung-Kam (1998), realizou um estudo sobre a satisfação e autonomia dos enfermeiros na cidade de Hong-Kong na China. Utilizou o instrumento (ISP) proposto por Stamps e obteve como resultado um baixo nível de satisfação no trabalho desses profissionais, que atribuíram mais importância aos componentes Autonomia, “Status” Profissional, Remuneração e apresentaram um maior nível de satisfação com “Status” Profissional, Interação e Autonomia.

Del Cura e Rodrigues (1999) realizaram pesquisa com o objetivo de estudar a satisfação no trabalho de 91 enfermeiros de unidades de internação Cirurgia, Clínica,

Sergio Martins Lopes

Dermatologia, Obstetrícia, Neurologia, Oftalmologia/ Otorrinolaringologia, Ortopedia e Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Utilizaram como instrumento de pesquisa o Questionário de Medida de Satisfação no Trabalho (QMST), testado e validado por Siqueira (1978). Foram avaliadas as dimensões: satisfação geral; desgaste físico e psicológico; status da função; localização da empresa; benefícios compensadores; reconhecimento e desenvolvimento pessoal. Concluíram que o grupo de enfermeiros psiquiátricos revelou ser o mais maduro e experiente na especialidade, apresentando maior índice de satisfação intrínseca no trabalho, enquanto que os enfermeiros pediátricos são os mais jovens, inexperientes e que apresentam maior índice de insatisfação nos aspectos intrínsecos do trabalho. O desgaste físico apareceu mais acentuado nos enfermeiros de pediatria, alto índice de insatisfação geral (88%) com os benefícios compensadores em outras clínicas, porém, foi alto o nível de satisfação dos enfermeiros psiquiátricos na questão do reconhecimento. Estão também presentes nas respostas dos enfermeiros, insatisfação quanto à localização da empresa e com o acúmulo de atividades, com escassas perspectivas de obtenção de novos conhecimentos melhorando a qualidade do seu desempenho junto ao paciente.

Siqueira (2010) conduziu estudo de satisfação profissional com 44 enfermeiros que atuavam na área de hematologia e hemoterapia de um hospital público do município de São Paulo, onde foi aplicado o instrumento de coleta de dados denominado “Índice de Satisfação Profissional” (ISP). Os resultados mostraram que quanto aos componentes de Satisfação Profissional, o grupo assistencial foi o que se apresentou mais satisfeito apontado no valor de 10,553 do ISP, enquanto o gerencial totalizou 10,073. Os níveis atuais de satisfação profissional classificados de acordo com os componentes da escala, do mais satisfatório para o menos satisfatório para o grupo gerencial foram: autonomia, interação, requisitos do trabalho, status profissional, remuneração e normas organizacionais. Para o grupo assistencial foram apontados: autonomia, interação, remuneração, status profissional, normas organizacionais e requisitos do trabalho.

Ponte (2008) investigou a satisfação no trabalho de 194 cirurgiões-dentistas, utilizando uma escala de satisfação elaborada e testada por Michel-Crosato em 2008. O nível de satisfação profissional total foi de 3,45 (DP=0,50), considerando-se uma escala de 1 a 5. Os blocos analisados apresentaram os seguintes valores: satisfação geral com

Sergio Martins Lopes

o trabalho com média=3,3 (DP=0,89), percepção de renda com média=3,21 (DP=0,74), tempo pessoal com média=2,6 (DP=1,06), tempo profissional com média=3,13 (DP=0,71), equipe com média=3,35 (DP=0,98), relacionamento com pacientes com média=4,34(DP=0,59) e fornecimento de assistência/ atendimento com média=4,16 (DP=0,58). O nível de satisfação total dos profissionais foi considerado bom, sendo que o bloco que apresentou menor valor de satisfação foi o tempo pessoal. Também foi observado, que quanto maior a quantidade de horas dedicadas, maior foi a satisfação com relação à renda e menor correlação ao tempo pessoal.

Rebouças, Legay e Abelha (2007), realizaram um estudo envolvendo 321 profissionais de uma instituição de saúde mental de longa permanência, no Rio de Janeiro para analisar o nível de satisfação no emprego e o impacto causado nos profissionais de um serviço de saúde mental e possíveis associações com variáveis sociodemográficas. Os instrumentos utilizados foram: as escalas de avaliação da Satisfação da Equipe em Serviços de Saúde Mental e a do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental, e um questionário sobre características sociodemográficas e profissionais. O escore médio de satisfação foi $3,29 \pm 0,64$ e o de impacto do trabalho foi $1,77 \pm 0,62$. Dos profissionais estudados, 61,8% apresentaram nível intermediário de satisfação. Foram observadas associações positivas da satisfação com: ter sido contratado por organização não governamental, exercer atividades sem contato direto com pacientes, trabalhar em projeto inovador, ter idade mais avançada e nível de escolaridade mais baixo. Os níveis mais elevados de impacto do trabalho foram observados entre servidores públicos, jovens e do sexo feminino. A maioria das características associadas aos menores níveis de satisfação no emprego esteve associada aos mais elevados níveis de impacto do trabalho.

Martinez, Paraguay e Latorre (2004), visando identificar se satisfação com aspectos psicossociais no trabalho está associada à saúde dos trabalhadores e verificar se essas associações são influenciadas por características sociodemográficas, realizaram um estudo com 224 funcionários de uma empresa de autogestão de planos de previdência privada e de saúde na cidade de São Paulo. O primeiro questionário visava ao levantamento dos dados sociodemográficos e funcionais. Os outros três questionários avaliavam satisfação no trabalho e saúde (física, mental) e capacidade para o trabalho. A escala "Satisfação no Trabalho" do Occupational Stress Indicator (OSI) é um instrumento traduzido e validado para o português por Swan e col. em

Sergio Martins Lopes

1993. Nos resultados, a satisfação no trabalho apareceu associada aos aspectos da saúde mental e à capacidade para o trabalho, independente de variáveis sociodemográficas.

Soriano e Winterstein (1998), compararam o grau de satisfação e significação do trabalho do professor de educação física, com o de professores de outras áreas do conhecimento. Participaram do estudo 236 professores, sendo 113 de educação física, 62 de matemática e 61 de português do ensino fundamental e médio da cidade de São Paulo. Foi utilizado um instrumento elaborado por Soriano em 1997. Os resultados indicaram uma diferença significativa nos escores de satisfação, pois apresentaram um resultado de maior satisfação no trabalho dos professores de educação física, significativamente maior que os das outras áreas; para atribuição de significado do trabalho, não houve diferença significativa.

Pedro e Peixoto (2006) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de analisar o índice de satisfação profissional sentida por alguns membros do corpo docente de cinco escolas, da região do Vale do Tejo, Portugal. Investigaram 79 professores e os instrumentos utilizados foram: Questionário de Satisfação no Trabalho para Professores de Dias de 1996 e a Escala de Auto-estima de Rosenberg. Foi analisada, inicialmente, a satisfação geral com a profissão associada ao sentimento de satisfação/insatisfação global em relação à profissão, no qual se registrou uma média de 2.67, esboçando, um grau de satisfação moderado, tendo em consideração que poderia oscilar entre 1 e 4. Quanto à satisfação profissional total, apresentou uma média de 2.34, valor esse que poderia variar entre 1 e 5, revelou-se mais reduzido, assumindo um significado de insatisfação. Houve, também, uma forte correlação entre satisfação profissional e autoestima docente.

Silva Júnior (2001) realizou pesquisa sobre satisfação de empregados em 14 hotéis de João Pessoa, utilizando um survey quantitativo-descritivo, tendo como referencial teórico a Teoria dos dois fatores de Herzberg. A amostra contou com 69 funcionários, de um universo de 456 funcionários. O instrumento utilizado foi um questionário com duas opções de respostas: uma afirmativa – indicando satisfação e a outra negativa, indicativa de insatisfação. As variáveis preditoras foram relacionamento, salário, autonomia perspectiva de crescimento. Nos resultados houve predominância de satisfação, identificadas como fonte de satisfação as variáveis:

Sergio Martins Lopes

trabalho em si; perspectiva de ascensão e relacionamento. A variável “autonomia” foi avaliada como insatisfação.

Reis Neto e Marques (2012) investigaram a satisfação de 56 profissionais de informática com os fatores que geram motivação no trabalho. O objetivo foi avaliar a expectativa e a percepção e determinar a satisfação (ou insatisfação) a partir do conceito de a satisfação é igual à percepção menos a expectativa. Foram pesquisados fatores como a remuneração, o desafio profissional, o conteúdo do cargo e tarefa, os benefícios oferecidos, a perspectiva de crescimento na empresa, a segurança no emprego, a necessidade de poder, relacionamento, a possibilidade de aquisição de conhecimento. Foram realizadas entrevistas com pessoas de ambos os sexos, entre 18 e 45 anos, com vínculos empregatícios diversos, ocupando cargos com e sem função de chefia, autônomos e estagiários, em organizações de diferentes setores, objetivos, controles acionários e porte. Os principais achados apontaram para uma insatisfação variando entre 34% e 55% dos entrevistados para todos os fatores analisados. O nível de satisfação ficou entre 4% e 20% e os nem satisfeitos, nem insatisfeitos ficaram entre 29% e 48%.

4 - OBJETIVOS

1. OBJETIVO GERAL: Desenvolver um sistema de gerenciamento de recursos humanos que permita a administração de pessoal de uma empresa, incluindo a gestão de folha de pagamento, controle de ponto, férias, licenças e demais benefícios.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Desenvolver um sistema de gerenciamento de recursos humanos que permita a administração de pessoal de uma empresa, incluindo a gestão de folha de pagamento, controle de ponto, férias, licenças e demais benefícios.

Sergio Martins Lopes

4 - OBJETIVOS

Face às justificativas e à questão de pesquisa formulada para este estudo, foram delineados os seguintes objetivos:

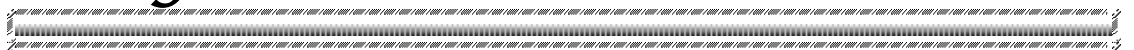
4.1 - OBJETIVO GERAL

- ✓ Avaliar a qualidade de vida e satisfação no trabalho de uma amostra de pessoas com deficiência inclusas no mercado de trabalho.

4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra do ponto de vista sócio-demográfico.
- Identificar o nível percebido de satisfação no trabalho pelas pessoas com deficiência, atribuído às dimensões satisfação com relações hierárquicas (SRH), satisfação com ambiente físico de trabalho (SAFT) e satisfação intrínseca com o trabalho e oportunidades de crescimento profissional (SITOPC).
- Identificar o grau percebido de satisfação pelas pessoas com deficiência, atribuído aos domínios da qualidade de vida: saúde e funcionamento; social e econômico; psicológico e espiritual e família.
- Analisar as relações entre as dimensões da satisfação no trabalho e os domínios da qualidade de vida.
- Investigar associações entre os domínios da qualidade de vida e características sócio-demográficas.
- Investigar associações entre as dimensões da satisfação no trabalho e características sócio-demográficas.

5 - CASUÍSTICA E MÉTODO



Sergio Martins Lopes

5 – CASUÍSTICA E MÉTODO

5.1 - Local de Estudo

A presente pesquisa foi realizada junto a Associação dos Policiais Militares Portadores de Deficiência do Estado de São Paulo – APMDFESP, fundada em 29 de janeiro de 1993, com sede e foro na Capital do Estado de São Paulo. Trata-se de entidade com personalidade jurídica, de direito privado, sob a forma de sociedade civil, beneficente, de caráter filantrópico, assistencial, que representa a classe dos Policiais Militares portadores de deficiência.

Atualmente, a APMDFESP conta com aproximadamente 35.000 associados, dos quais 5.000 são portadores de deficiência³. A entidade possui uma moderna clínica de fisioterapia e oferece atendimentos com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, médicos fisiatras, assistência jurídica e social, equoterapia, terapia alternativa, consultório odontológico, hidroterapia, esporte, lazer e convênios com parceiros. A entidade também realiza reinserção no mercado de trabalho dos portadores de deficiência com excelentes resultados.

5.2 - Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo, de corte transversal de abordagem quantitativa.

5.3 - Casuística

A amostra foi composta por 15 sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão.

5.3.1 - Critérios de Inclusão

Os seguintes critérios de inclusão foram adotados:

- ✓ Concordar em participar do estudo;
- ✓ Estar trabalhando há pelo menos 6 (seis) meses na condição de pessoa com deficiência;
- ✓ Ter deficiência ou Incapacidade física;

³ Dados da APMDFESP Disponível em <<http://www.apmdfesp.com.br/index.asp>> Acesso em: 19/maio/2012

Sergio Martins Lopes

- ✓ Preencher completa e corretamente o Questionário de caracterização Sociodemográficos e Ocupacionais, o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), o Índice de Qualidade de Vida (IQV) e Satisfação no Trabalho.

Foi considerado indicativo e concordância de participação voluntária a devolução dos questionários preenchidos ao pesquisador.

5.3.2 - Critérios de Exclusão

Foram considerados critérios de exclusão a ocorrência dos seguintes tipos de deficiências: visual; mental; múltiplas deficiências.

5.4 - Instrumentos de Coleta de Dados

Para a presente pesquisa foram utilizados quatro instrumentos de coleta de dados: 1) Questionário de caracterização Sociodemográfico e Ocupacional elaborado pelo pesquisador, 2) Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), 3) Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers e 4) Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23 de Meliá e Peiró.

Esses documentos foram apresentados aos sujeitos da pesquisa na mesma ordem anteriormente descrita, como um único questionário, auto-aplicável denominado Questionário de Qualidade de Vida e Satisfação no Trabalho.

Estão detalhadas, a seguir, as características e a composição de cada um dos instrumentos.

5.4.1 - Questionário de caracterização sociodemográfico e ocupacional

O instrumento consiste de 12 questões fechadas que identificam as variáveis: sexo; idade; estado civil; escolaridade; tipo de deficiência; uso de equipamento; tempo de empresa; área que atua; cargo na empresa; faixa salarial e CCEB (APÊNDICE A).

5.4.2 - Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

- ✓ O CCEB, Critério de Classificação Econômica Brasil, questões 11 e 12 do questionário de caracterização sociodemográfico e ocupacional, é um instrumento de segmentação econômica. Utiliza o levantamento de características domiciliares como

Sergio Martins Lopes

a presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto, e grau de escolaridade do chefe de família. Para diferenciar a população, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de classes sociais, sendo a divisão de mercado definida como de classes econômicas. O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar (Quadro 6 e 7), realiza a soma destes pontos, então é realizada uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica, definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E (ABEP, 2012), conforme mostra o Quadro 8.

Quadro 6 - Sistema de pontuação para as quantidades de itens domiciliar.

Posse de itens	Quantidade de Itens/ Pontuação				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Quadro 7 - Pontuação para grau de instrução do chefe de família.

Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º Grau.	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental/ Até 4ª série 1º Grau.	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º Grau completo.	2
Colegial completo/ superior incompleto	Médio completo/ 2º Grau completo.	4
Superior completo	Superior completo.	8

Quadro 8 - Faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica.

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)
		2010
A1	42 a 46	12.926
A2	35 a 41	8.418
B1	29 a 34	4.418
B2	23 a 28	2.565
C1	18 a 22	1.541
C2	14 a 17	1.024
D	8 a 13	714
E	0 a 7	477

5.4.3 - Índice de Qualidade de Vida (IQV)

O instrumento genérico de medida de qualidade de vida foi desenvolvido por Ferrans e Powers em 1985 e revisada em 1998 pelas mesmas autoras. A tradução e validação para o português foi realizada por Kimura em 1999 e revisada por Silva e Kimura em 2002⁴ e 2009 (Anexo I).

A última versão genérica do Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI) consiste de 33 itens em cada parte, aos quais os sujeitos atribuem valores em uma escala crescente de satisfação e de importância, que varia de 1 a 6. Na primeira parte, a escala varia de *muito insatisfeito* (1) a *muito satisfeito* (6) e na segunda, de *sem nenhuma importância* (1) a *muito importante* (6).

Os 33 itens estão assim distribuídos nas quatro dimensões (sub-escalas) do instrumento: Saúde/ funcionamento (13 itens), Sócioeconômico (8 itens), Psicológico/ espiritual (7 itens) e Família (5 itens).

No Quadro 9 estão representados os aspectos avaliados nos itens do QLI, agrupados nos seus respectivos domínios. Cada item da primeira parte do instrumento (Satisfação) corresponde ao mesmo na segunda (Importância). Salientando que os itens 21 (trabalho) e 22 (não ter trabalho) do domínio Socioeconômico, são mutuamente excludentes, ou seja, apenas um deles deve ser considerado no cálculo dos escores.

⁴ Silva JV, Kimura M. Atualização 2002 do IQV de Ferrans e Powers. Não publicado.

Sergio Martins Lopes

Quadro 9 - Itens e domínios do Ferrans e Powers Quality of Life Index (QLI) – Versão genérica III.

SAÚDE E FUNCIONAMENTO (13 itens)	SOCIOECONÔMICO (8 itens*)	PSICOLÓGICO/ ESPIRITUAL (7 itens)	FAMÍLIA (5 itens)
1. saúde 2. assistência a saúde 3. dor 4. energia (fadiga) 5. independência física 6. controle sobre a própria vida 7. vida longa 11. vida sexual 16. responsabilidades familiares 17. ser útil às pessoas 18. preocupações 25. atividades de lazer 26. possibilidade de futuro feliz	13. amigos 15. suporte das pessoas 19. vizinhança 20. lugar de moradia 21/22. trabalho/ não ter trabalho 23. escolaridade 24. necessidades financeiras * itens 21 e 22 são mutuamente excludentes	27. paz de espírito 28. fé em Deus 29. objetivos pessoais 30. felicidade 31. satisfação com a vida 32. aparência pessoal 33. consigo próprio(<i>self</i>)	8. saúde da família 9. filhos 10. felicidade da família 12. cônjuge 14. suporte familiar

Fonte: Kimura e Silva (2009, p. 1100)

O presente estudo, o item 22 “não ter um trabalho” será excluído a priori, considerando a sua inadequação para uma amostra de sujeitos em atividade profissional, conseqüentemente, os itens sequências foram reenumerados.

Para o cálculo dos escores, cada item de satisfação é ponderado pelo seu correspondente de importância. Isto resulta em valores combinados, sendo que os mais altos representam alta satisfação e alta importância e os mais baixos, baixa satisfação e alta importância. Este esquema de pontuação baseia-se na premissa de que pessoas satisfeitas com áreas que consideram importantes desfrutam de melhor qualidade de vida do que pessoas insatisfeitas com áreas que consideram importantes (FERRANS e POWERS, 1985; FERRANS e POWERS, 1992; KIMURA e SILVA, 2009).

O procedimento para atribuição dos escores requer, primeiramente, que a pontuação dos itens de satisfação seja recodificada, com a finalidade de centralizar o zero da escala. Isto é obtido subtraindo-se o valor 3,5 das respostas a cada item de satisfação, resultando em pontuações de -2,5, -1,5, -0,5, +0,5, +1,5 e +2,5 para pontuações iniciais de 1, 2, 3, 4, 5 e 6, respectivamente. Em segundo lugar, os escores recodificados de satisfação são ponderados pelos seus correspondentes de importância, multiplicando-se o valor recodificado de cada item, pelo valor bruto da resposta à importância (1, 2, 3, 4, 5, 6). A seguir, o escore total é calculado somando-se

Sergio Martins Lopes

os valores ponderados de todo os itens respondidos e dividindo-se pelo total de itens respondidos. Até este ponto, a variação possível é de -15 a +15. Para eliminar pontuações negativas no escore final, soma-se 15 aos valores obtidos, resultando no escore total do instrumento, que poderá variar de 0 a 30. Os maiores valores indicam melhor qualidade de vida (FERRANS e POWERS, 1992; FERRANS, 1996; KIMURA e SILVA, 2009).

Os passos para o cálculo dos escores de cada domínio são exatamente os mesmos acima descritos, devendo-se apenas considerar o total de itens do domínio em questão. O escore total de cada domínio varia também de 0 a 30.

Em resumo, para o cálculo do QLI (total e por domínio) adota-se a seguinte fórmula, seguindo as orientações anteriormente descritas:

$QLI = [(SAT \text{ rec} \times IMP) \text{ de cada item} \div \text{número de itens respondidos}] + 15$, onde:

SAT rec = valor recodificado de cada item de satisfação (-2,5 a +2,5)

IMP = valor bruto de cada item de importância (1 a 6).

As instruções para o cálculo dos escores do QVI e a sintaxe computadorizada estão disponíveis na Internet (FERRANS e POWERS, 2012).

O instrumento não tem itens invertidos e nem pontos de corte. Tendo em vista que as autoras deste instrumento não estabeleceram uma classificação para os níveis de qualidade de vida melhor ou pior, será adotada neste estudo, para efeito de interpretação dos resultados, a classificação adotada por Yamada (2001) que se baseou em Dunn e col. (1994).

Classificação para os níveis de qualidade de vida, assim distribuída:

✓ 24 | 30 muito boa

✓ 18 | 24 boa

✓ 12 | 18 regular

✓ 06 | 12 ruim

✓ 0 | 06 muito ruim

Os escores de cada um dos quatro domínios podem ser considerados de forma independente ou em conjunto. Quanto à aplicação do instrumento, são descritas as formas auto-administrada e por entrevista (Ferrans e Powers, 1985; Ferrans e Powers,

Sergio Martins Lopes

1992), dependendo da situação e do tipo de população. Para facilitar a aplicação, o respondente é orientado a avaliar, inicialmente, se está satisfeito ou insatisfeito com o item questionado e, a seguir, indicar, em cada caso (satisfação ou insatisfação), o grau que melhor corresponde à sua condição: muito moderadamente ou pouco. Os itens relativos à importância são respondidos da mesma forma.

No estudo feito por Ferrans e Powers (1992), sobre a avaliação psicométrica do QLI, a confiabilidade foi analisada pela consistência interna dos itens, utilizando-se o coeficiente α de Cronbach. Os valores obtidos foram de 0.93 para a totalidade dos itens e, para as sub-escalas, como segue: saúde/funcionamento= 0.87; sócioeconômico= 0.82; psicológico/espiritual= 0.90 e família= 0.77. A validade convergente foi avaliada pela correlação entre o escore de uma questão sobre satisfação geral com a vida e o escore total do instrumento. O coeficiente de correlação para o instrumento como um todo foi de 0.77 e de 0.63, 0.55, 0.88 e 0.44, respectivamente, para as sub-escalas (FERRANS e POWERS, 1992).

O QLI tem sido utilizado por pesquisadores de diversos países, atestando a sua validade e confiabilidade em mais de uma centena de estudos (Apêndice B) (FERRANS e POWERS, 2012). No Brasil, os resultados de estudos desenvolvidos com a versão genérica do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers têm também evidenciado propriedades psicométricas satisfatórias, nas diferentes situações pesquisadas (KIMURA, 1999; KAWAKAME, 2001; MENEGUIM, 2001; YAMADA, 2001; IGLESIAS, 2002; MACHADO, 2000; LINO, 2004; KAWAKAME e MIYADAHIRA, 2005; SANTOS, CHAVES e KIMURA, 2006).

5.4.4 - ESCALA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO

O S20/23 é uma versão reduzida do Questionário S4/82 desenvolvido por Meliá, Peiró e Calayud (1986). O S20/23 é constituído por 23 itens divididos em cinco fatores: satisfação com a supervisão (6 itens), satisfação com o ambiente físico de trabalho (5 itens), satisfação com benefícios e políticas da organização (5 itens), satisfação intrínseca do trabalho (4 itens) e satisfação com a participação (3 itens). A consistência interna (α de Cronbach) do questionário é de 0,92. Os cinco fatores apresentaram índices de 0,89, 0,81, 0,76, 0,80, 0,78, respectivamente (MELIÁ e PEIRÓ, 1989).

No Quadro 10 é apresentada cada dimensão com suas respectivas variáveis e

Sergio Martins Lopes

índices de precisão do instrumento S20/23.

Quadro 10 - Dimensões com suas respectivas variáveis e índices de precisão do instrumento S20/23.

Dimensões	Variáveis	Índices Precisão
Satisfação com a Supervisão	13 Relações pessoais com as instâncias de poder; 14 Supervisão sobre o trabalho que realiza; 15 Periodicidade da supervisão; 16 Forma como avaliam e julgam seu trabalho; 17 Igualdade de tratamento e sentido de justiça; 18 Apoio recebido das instâncias superiores	0,89
Satisfação com o Ambiente Físico de Trabalho	06 Higiene e salubridade do local de trabalho; 07 Ambiente e espaço físico do local de trabalho; 08 Iluminação do local de trabalho; 09 Ventilação do local de trabalho; 10 Climatização do local	0,81
Satisfação com Benefícios e Políticas da Organização	04 Salário; 11 Oportunidades de formação e atualização; 12 Oportunidade de evolução na carreira 22 Modo como são cumpridos as normas legais e os acordos coletivos; 23 Forma como se processam as negociações	0,76
Satisfação Intrínseca do Trabalho	01 Trabalho enquanto propiciador de realização; 02 Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas nas quais se destaca; 03 Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas de que gosta; 05 Objetivos e metas que deve alcançar	0,80
Satisfação com a Participação	19 Possibilidade de decidir com autonomia sobre o próprio trabalho; 20 Participação nas decisões na organização ou na sua área de trabalho; 21 Possibilidade que lhe dão em participar nas decisões da área de trabalho	0,78

Fonte: Meliá e Peiró (1989).

O Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23) foi validado no Brasil por Carloto e Câmara (2008). No estudo para validação aplicaram o questionário a 640 profissionais, sendo que, 72,3% pertenciam à área da educação e 27,7% à área da saúde de instituições da região metropolitana de Porto Alegre.

Com a análise dos dados obtidos para a validação do instrumento S20/23, através das ferramentas estatísticas, Carloto e Câmara (2008) chegaram a conclusão que as variáveis poderiam ser redimensionadas em apenas três SRH – satisfação com relações hierárquicas (11 itens, $\alpha=0,92$); SAFT – satisfação com ambiente físico de trabalho (5 itens; $\alpha=0,86$); SITOPC - satisfação intrínseca com o trabalho e

Sergio Martins Lopes

oportunidades de crescimento profissional (7 itens, $\alpha=0,80$). Concluíram também que as variáveis 04, 11 e 12 não apresentaram adequação pertinente para continuarem no rol das variáveis do questionário, pois suas cargas fatoriais foram altas para mais de um fator. Assim, o questionário de satisfação no trabalho na sua versão revisada fica composto por 20 itens, utilizando uma escala de 5 pontos que vai de 1 = totalmente insatisfeito até 5 = totalmente satisfeito (Anexo II). Na Tabela 3 e 4 estão representadas a matriz estrutural das dimensões de satisfação no trabalho e as médias e desvios padrão, α de Cronbach e valores de correlação obtida por Carlloto e Câmara (2008) do instrumento S20/23, já com o redimensionamento das variáveis nos três fatores.

Tabela 3 – Matriz estrutural das dimensões de Satisfação no Trabalho.

Itens	Dimensões		
	SRH	SAFT	SIT
15 Apoio recebido das instâncias superiores	0,780		
14 Igualdade de tratamento e sentido de justiça	0,767		
18 Possibilidade que lhe dão em participar nas decisões da área de trabalho	0,760		
17 Participação nas decisões na organização ou na sua área de trabalho	0,759		
11 Supervisão sobre o trabalho que realiza	0,754		
13 Forma como avaliam e julgam seu trabalho	0,752		
10 Relações pessoais com as instâncias de poder	0,731		
19 Modo como são cumpridos as normas legais e os acordos coletivos	0,704		
20 Forma como se processam as negociações sobre a contratação de benefícios	0,697		
12 Periodicidade da supervisão	0,671		
16 Possibilidade de decidir com autonomia sobre o próprio trabalho	0,605		
08 Ventilação do local de trabalho		0,780	
07 Iluminação do local de trabalho		0,778	
06 Ambiente e espaço físico do local de trabalho		0,773	
09 Climatização do local		0,690	
05 Higiene e salubridade do local de trabalho		0,678	
03 Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas de que gosta			0,770
02 Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas nas quais se destaca			0,722
04 Objetivos e metas que deve alcançar			0,624
01 Trabalho enquanto propiciador de realização			0,557
Autovalor	7,75	2,56	1,61
Porcentagem de variância explicada	36,5	10,6	5,5

Fonte: Carlloto e Câmara (2008, p. 5).

Nota: Extração por eixos principais. Rotação oblimin com normalização de Kaiser.

Sergio Martins Lopes

Tabela 4 - Médias e desvios padrão, α de Cronbach e valores de correlação para as dimensões do S20/23.

Dimensões	Itens	M	DP	α	SRH	SAFT	SIT
SRH	11	3,51	0,87	0,92	1,000	0,427**	0,502**
SAFT	5	3,58	0,95	0,86	0,427**	1,000	0,316**
SIT	4	3,71	0,71	0,77	0,502**	0,316**	1,000

Fonte: Carloto e Câmara (2008, p. 5).

** $p < 0,001$

Nota: SRH - Satisfação com Relações Hierárquicas

SAFT – Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho

SIT – Satisfação Intrínseca no Trabalho

No presente estudo, as variáveis 04, 11 e 12 foram excluídas, considerando a sua inadequação, conseqüentemente, os itens sequências foram renumerados.

5.5 - Aspectos Éticos da Pesquisa

Este estudo atendeu as preconizações das entidades: Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas com Seres Humanos e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) estabelecidos na Resolução n. 196/1996, tratando-se de investigação não invasiva e que não envolveu qualquer tipo de manipulação que pudesse atentar contra a ética em pesquisa. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie (APÊNDICE C).

Encaminhado Carta de Autorização e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Instituição (APÊNDICE D), e junto ao Questionário de Qualidade de Vida e Satisfação no Trabalho foi anexado a Carta de Informação do Sujeito e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (APÊNDICE E)

5.6 - PROCEDIMENTO

A coleta de dados foi realizada durante seis meses, no período de 15 de agosto de 2012 a 5 de fevereiro de 2013, com o auxílio de três colaboradores do setor de relações públicas da APMDFESP, que receberam embasamento teórico sobre o objeto de estudo, leitura e testagem do instrumento e disponibilizado uma cópia resumida do protocolo da pesquisa para consulta.

Para a coleta dos dados foram adotados alguns procedimentos: inicialmente

Sergio Martins Lopes

foi enviado Termo de Consentimento livre e esclarecido da Instituição APMDFESP, (APÊNDICE D), contendo os objetivos e metodologia do estudo, de forma sumária, solicitando a autorização para a realização da pesquisa junto aos associados e a utilização formal do nome da instituição no relatório final da investigação

Após esta autorização o projeto foi enviado para ser apreciado pelo Comitê de Ética da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Com a aprovação deste Comitê (APÊNDICE C), iniciamos a primeira etapa da coleta de dados, que se constituiu do pré-teste do instrumento com 10% da população a ser estudada, objetivando avaliar a sua aplicabilidade.

Esta etapa foi realizada em agosto de 2012, quando aplicamos o Questionário de Qualidade de Vida e Satisfação no Trabalho num grupo de 05 auxiliares administrativos de uma instituição ensino superior. Esse grupo foi pessoalmente convidado a participar do estudo e orientado quanto aos objetivos do pré-teste que foram identificar a compreensão, clareza, objetividade e o tempo de preenchimento. O tempo médio de preenchimento foi 20 minutos, ao final desta etapa, o instrumento foi considerado adequado a aplicação mantendo o padrão original.

A seguir, iniciamos a coleta dos dados, foram distribuídos 50 questionários em envelope de papel, acompanhado por etiqueta auto-adesiva. Nesse momento, os sujeitos da pesquisa foram orientados sobre a importância do preenchimento completo do questionário; a importância do uso da etiqueta auto-adesiva para lacre do envelope, após preenchimento, como garantia da manutenção do anonimato das respostas, e a devolução do questionário ao pesquisador, na data agendada.

Nesta fase houve baixa devolução, um total de quatro questionários, sendo que dois foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Após dois meses estendendo os prazos de entrega, foi feita uma nova abordagem através de uma lista de Emails cedida pela diretoria de relações públicas. Foi elaborado um Email explicativo com os objetivos da pesquisa e anexado o Questionário de Qualidade de Vida e Satisfação no Trabalho para preenchimento on line. Em quatro meses do início da coleta somente retornou quatro questionários, nenhum pelo sistema on line. Realizamos uma nova fase até o final da coleta, com plantões para abordagem direta com os associados que estavam comparecendo à instituição, através de entrevista com preenchimento do questionário pelo próprio pesquisador; nesta fase somente onze aceitaram participar do estudo.

Sergio Martins Lopes

É importante ressaltar que apesar de todo o esforço por parte do pesquisador e dos colaboradores da APMDFESP, foi confirmada a dificuldade quanto à devolução do questionário. Dos 50 questionários distribuídos, Emails enviados e sujeitos abordados por entrevista, somente conseguimos uma população de 15 participantes. Atribuímos a esta baixa adesão ao momento que esta categoria atravessava neste período no Estado de São Paulo, em relação a violência urbana.

5.7 – Tratamento e análise de dados

Após a coleta de dados, todos os questionários foram numerados e suas respostas digitadas no banco de dados do Software Microsoft Excel versão 2010. Utilizou-se para as análises o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), for Windows® versão 20.0. As primeiras análises realizadas foram de caráter exploratório, visando identificar e corrigir problemas de digitação, distribuição, casos extremos e dados faltosos. Foram utilizados como forma de estatística descritiva: valores de média, desvio padrão, valores mínimos e máximos. Para analisar o grau de correlação entre as variáveis adotadas neste estudo, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Adotou-se como nível de significância estatística o valor de $P < 0,05$. A interpretação dos valores encontrados seguiu as diretrizes de Munro, Page (1993, p.181), no que se refere à análise da magnitude das correlações, assim especificadas: muito baixa (0,00 — 0,25), baixa (0,26 — 0,49), moderada (0,50 — 0,69), alta (0,70 — 0,89) e muito alta (0,90 — 1,00).

6 - *RESULTADOS*



Sergio Martins Lopes

6 - RESULTADOS

Conforme mencionado anteriormente, este estudo buscou avaliar a qualidade de vida e satisfação no trabalho de uma amostra de pessoas com deficiência, inclusas no mercado de trabalho.

Os resultados foram apresentados na forma de tópicos com vistas a uma melhor organização e compreensão dos dados. Desta forma, foram assim subdivididos:

- ❖ Caracterização da amostra;
- ❖ Análise da qualidade de vida;
- ❖ Análise da satisfação no trabalho;
- ❖ Relações entre IQVT seus domínios e o S20/23T e suas dimensões.

6.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

6.1.1 Dados sociodemográficos

A amostra deste estudo foi constituída de 15 deficientes físicos filiados a Associação dos Policiais Militares Portadores de Deficiência do Estado de São Paulo. Do total, 7 apresentavam paraplegia, 2 paraparesia, 2 tetraparesia, 2 hemiparesia e 2 amputação de membros inferiores. Dos participantes, 13 utilizavam algum tipo de equipamento como cadeira de rodas (10), muletas (1), bengalas (1) e próteses (1).

Todos os sujeitos eram do sexo masculino, e em relação à idade, 13 estavam acima de 35 anos e 2 na faixa de 31 a 35 anos. No que se refere ao estado civil, 12 eram casados; 1 solteiro, 1 divorciado e 1 união estável. Em relação ao grau de escolaridade, 5 possuíam grau superior 1 grau superior incompleto, 4 ensino médio completo, 3 ensino médio incompleto, e 2 ensino fundamental.

Quanto ao tempo de serviço, 4 dos participantes tinham de dezesseis a vinte anos de empresa, 3 de dez a quinze anos, 3 menos que um ano, 1 de um a cinco anos, 1 de cinco a dez anos e 3 mais de vinte anos.

Em relação à área de atuação, 13 estavam na área administrativa como diretorias, relações públicas, logística, escritórios, 1 na área de vendas e 1 na

Sergio Martins Lopes

segurança.

No que se refere à faixa salarial, 6 recebiam de dois a quatro salários-mínimos, 3 de cinco a sete salários-mínimos, 2 de oito a dez salários-mínimos, 2 até um salário-mínimo e 2 não relataram a faixa salarial.

No tocante ao Critério de Classificação Econômica Brasil, 5 participantes situavam-se na classe B2 (renda média familiar de R\$ 2.565,00), 4 na classe B1 (renda média familiar de R\$ 4.418,00), 4 na classe C1 (renda média familiar de R\$ 1.541,00), 1 na classe A1 (renda média familiar de R\$ 12.926,00) e 1 na classe A2 (renda média familiar de R\$ 8.418,00).

Em síntese, a amostra pesquisada, em termos sociodemográficos e ocupacional foi composta, em sua maior parte, de pessoas com deficiência física e cadeirante, do sexo masculino, casados, na faixa etária acima de 35 anos, com porcentagem igual de escolaridade de grau superior e ensino médio completo, estavam na empresa entre dezesseis a vinte anos e possuíam faixa salarial entre dois a quatro salários-mínimos e pertencia a classe B2.

6.2 – ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA

6.2.1 - Índice de Qualidade de Vida (IQV)

A qualidade de vida dos participantes foi analisada com base nos escores do Índice de Qualidade de Vida (IQV).

A Tabela 5 descreve os escores médios obtidos no total do instrumento (IQVT) e em cada domínio.

Tabela 5 - Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos do Índice de Qualidade de Vida Total (IQVT) e dos domínios. São Paulo, 2013.

Domínios	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Saúde/funcionamento	15	17,41	2,72	17,50	11,65	22,00
Socioeconômico	15	18,33	2,50	17,71	15,28	22,71
Psicológico/espiritual	15	19,28	2,30	18,86	14,57	23,14
Família	15	17,63	1,79	18,00	13,00	19,20
IQV total	15	18,06	1,88	18,56	13,30	21,26

Sergio Martins Lopes

Assim, os resultados indicam que a média total do Índice de Qualidade de Vida dos 15 participantes foi 18,06 (DP=1,88), com escores oscilando entre 13,30 e 21,26. Na classificação para os níveis de qualidade de vida adotada por Yamada (2001), o grupo apresentou uma boa qualidade (18-24) de vida.

Verifica-se que no IQV, o domínio Psicológico/ espiritual obteve o maior valor, com média de 19,28 (DP=2,30), seguido do domínio Socioeconômico, que alcançou a média de 18,38 (DP=2,50). O domínio Saúde/ funcionamento foi o que apresentou o menor valor, com média de 17,41 (DP=2,72) e um escore intermediário foi encontrado no domínio Família, cuja média foi de 17,63 (DP=1,79).

A Tabela 6 apresenta os escores obtidos por sujeito no total do instrumento IQV e em cada domínio.

Tabela 6 - Escores obtidos por sujeito no Índice de Qualidade de Vida (IQV) e nos seus domínios. São Paulo, 2013.

SUJEITO	IQV	DOMÍNIOS			
		Saude/ Funcionamento	Socioeconômico	Psicológico/espiritual	Família
S1	19,36	18,81	22,71	18,00	18,00
S2	18,67	17,08	18,36	21,57	19,20
S3	16,83	15,23	17,71	18,07	18,00
S4	20,36	20,15	18,78	23,14	19,20
S5	17,83	17,50	15,57	20,57	18,00
S6	19,11	18,42	21,43	18,85	18,00
S7	18,64	20,19	16,43	19,71	16,20
S8	13,30	11,65	15,28	14,57	13,00
S9	17,20	14,73	19,64	18,78	18,00
S10	17,61	16,96	17,28	18,85	18,00
S11	18,56	19,85	17,14	18,00	18,00
S12	21,26	22,00	21,64	21,00	19,20
S13	16,41	14,11	15,36	23,14	14,40
S14	16,87	16,15	16,28	18,00	18,00
S15	18,86	18,38	21,36	17,00	19,20

Desta forma, encontrou-se que 8 sujeitos (S1, S2, S4, S6, S7, S11, S12 e S15) apresentaram um IQVT classificado como níveis de qualidade de vida boa,

Sergio Martins Lopes

variando de 18,64 a 21,26. Os outros 7 (S3, S5, S8, S9, S10, S13 e S14) atingiram níveis de qualidade de vida regular com uma variação de 13,30 a 17,83.

Em relação a todos os domínios, S1, S4, S6 e S12 obtiveram níveis de qualidade de vida boa. O S8 foi o que apresentou níveis regulares em todos os domínios de IQV.

Apresentaram níveis regulares de qualidade de vida no domínio Saúde/funcionamento S2, S3, S5, S8, S9, S10, S13 e S14, variando de 11,65 a 17,50, no domínio Socioeconômico S3, S5, S7, S8, S10, S11, S13 e S14, variando de 15,28 a 17,71, no domínio Psicológico/espiritual S8 e S15, variando de 14,57 a 17,00 e no domínio Família S8, S7 e S13, variando de 13,00 a 16,20.

A Tabela 7 apresenta os resultados descritivos dos escores de cada item com o escore total do domínio Saúde/funcionamento. Os escores classificados como “regular” (12 | 18) estão assinalados em negrito. Nenhum dos itens obteve pontuação que corresponde à classificação “ruim” ou “muito ruim”.

Tabela 7 – Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens no domínio Saúde/funcionamento. São Paulo, 2013.

Domínio	Item	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Saúde/funcionamento	1-Sua Saúde?	15	17,03	9,31	18,00	0	30
	2- O cuidado que você tem com a sua Saúde?	15	17,83	6,99	18,00	0	24
	3- A intensidade de dor que você sente?	15	12,00	11,17	12,00	0	30
	4- A energia que você tem para as atividades diárias?	15	19,57	5,13	18,00	12	30
	5- Sua capacidade para cuidar de si mesmo (a) sem ajuda de outra pessoa?	15	18,10	6,40	18,00	0	24
	6- O controle que você tem sobre sua vida?	15	17,60	5,12	18,00	0	24
	7-Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?	15	18,70	5,33	18,00	6	30
	11- Sua vida sexual?	15	15,80	8,03	18,00	0	24
	16- Sua capacidade para cuidar das responsabilidades da família?	15	17,53	5,12	18,00	0	24
	17- O quanto você é útil para os outros?	15	19,97	2,85	18,00	17,5	24
	18- A quantidade e preocupações em sua vida?	15	14,17	6,94	18,00	6	25
	24- As suas atividades de lazer, de diversão?	15	18,90	7,70	18,00	0	30
	25- Suas possibilidades de ter um futuro feliz?	15	19,20	6,64	18,00	6	30

Os dados da Tabela 7 revelam que em sete dos treze itens que compõem o domínio Saúde/funcionamento (itens 1, 2, 3, 6, 11, 16, 18) as médias dos escores situaram-se na faixa entre 12 a 18, que corresponde a um nível regular de qualidade

Sergio Martins Lopes

de vida. Destes sete itens, o item dor (nº 3) foi o que obteve a menor média do domínio (12,00), indicando ser esse o aspecto de maior insatisfação dos participantes. Os outros seis itens que também comprometeram a dimensão Saúde/funcionamento foram os itens preocupações (nº 18) com escore 14, 17, vida sexual (nº 11) com escore 15,80, saúde (nº 1) com escore 17,03, responsabilidades familiares (nº 16) com escore 17,53, controle sobre a própria vida (nº 6) com escore 17,60 e assistência à saúde (nº 2) com escore 17,83.

Nos demais 6 itens do domínio em questão, a média dos escores variou de 18,10 a 19,97, o que sugere um bom nível de satisfação em relação aos elementos neles avaliados.

A Tabela 8 apresenta os resultados descritivos dos escores de cada item com o escore total do domínio Socioeconômico. Os escores classificados como “regular” (12 | 18) estão assinalados em negrito. Nenhum dos itens obteve pontuação que corresponde à classificação “ruim” ou “muito ruim”.

Tabela 8 – Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens no domínio Socioeconômico. São Paulo, 2013.

Domínio	Item	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Socioeconômico	13- Seus amigos?	15	19,07	2,24	18,00	17,5	24
	15- O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	15	18,27	3,96	18,00	6	24
	19- Sua vizinhança?	15	18,00	3,18	17,50	12	25
	20-Sua casa, seu apartamento ou com o local onde você mora?	15	16,47	8,39	18,00	0	30
	21- Seu Trabalho (se tiver algum trabalho, com ou sem remuneração)?	15	20,67	6,09	18,00	7,5	30
	22- Seu nível de escolaridade?	15	17,73	7,69	18,00	0	30
	23- A maneira como você administra o seu dinheiro?	15	18,90	7,70	18,00	0	30

Na Tabela 8, observa-se que o item lugar de moradia (nº 20) foi o que apresentou a menor média (16,47), o que revela um nível de satisfação regular em relação a esse aspecto. O item escolaridade (nº 22) também ficou no nível de satisfação regular com média (17,73). Nos demais itens, verifica-se que a média dos escores variou de 18,00 a 20,67, indicando um bom nível de satisfação em relação aos aspectos avaliados.

Sergio Martins Lopes

A Tabela 9 apresenta os resultados descritivos dos escores de cada item com o escore total do domínio Psicológico/espiritual. Os escores classificados como “regular” (12 | 18) estão assinalados em negrito. Nenhum dos itens obteve pontuação que corresponde à classificação “ruim” ou “muito ruim”.

Tabela 9 – Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens no domínio Psicológico/ espiritual. São Paulo, 2013.

Domínio	Item	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Psicológico/espiritual	26- Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	15	20,80	3,71	18,00	18	30
	27- Sua Fé em Deus?	15	18,40	2,65	18,00	12	24
	28- A realização de seus objetivos pessoais?	15	19,60	6,74	18,00	0	30
	29- Sua felicidade de modo geral?	15	19,17	3,26	18,00	12	24
	30- Sua vida de modo geral?	15	18,77	5,75	18,00	0	24
	31- Sua aparência pessoal?	15	17,87	5,30	18,00	0	25
	32- Você mesmo (a) de modo geral?	15	20,40	3,67	18,00	18	30

Os dados da Tabela 9 revelam que o item aparência pessoal (nº 31) apresentam a média de escore mais baixa do domínio Psicológico/ espiritual (17,87), o que sugere um nível de satisfação regular. Nos demais itens, a média dos escores variou de 18,40 a 20,80, o que indica um nível bom de satisfação em relação a esses aspectos.

A Tabela 10 apresenta os resultados descritivos dos escores de cada item com o escore total do domínio Família. Os escores classificados como “regular” (12 | 18) estão assinalados em negrito. Nenhum dos itens obteve pontuação que corresponde à classificação “ruim” ou “muito ruim”.

Tabela 10 – Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens no domínio Família. São Paulo, 2013.

Domínio	Item	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Família	8- A Saúde de sua família?	15	19,20	2,40	18,00	18	24
	9- Seus filhos?	15	16,40	5,99	18,00	12	18
	10- A felicidade de sua família?	15	18,00	2,19	18,00	12	24
	12- Seu (sua) esposo (a), namorado (a) ou companheiro (a)?	15	16,93	2,59	18,00	9	18
	14- O apoio emocional que você recebe da sua família?	15	17,60	3,44	18,00	6	24

Sergio Martins Lopes

A Tabela 10 mostra que as médias dos escores do item filhos (nº 9), cônjuge (nº 12) e suporte familiar (nº 14) sugerem um regular nível de satisfação em relação aos elementos avaliados. Nos demais itens, a média dos escores variou de 18,00 a 19,20, o que indica um nível bom de satisfação em relação a esses aspectos.

Dos trinta e dois itens analisados dos domínios Saúde/ funcionamento, Socioeconômico, Psicológico/ espiritual e Família, treze itens: “dor”, “preocupações”, “vida sexual”, “Saúde”, “responsabilidade familiar”, “controle sobre a própria vida”, “assistência à saúde”, “lugar de moradia”, “escolaridade”, “aparência pessoal”, “filhos”, “cônjuge” e “suporte familiar” apresentaram médias que sugerem um regular nível de satisfação. Os demais itens indicaram um nível bom de satisfação da qualidade de vida.

6.2.2 Correlações entre o Índice de Qualidade de Vida (IQV) e seus domínios.

A análise das associações entre os fenômenos de interesse foi um dos objetivos do presente estudo. Todas as associações foram calculadas através do Coeficiente de Correlação de Pearson (r).

A Tabela 11 mostra os resultados das correlações entre o Índice de Qualidade de Vida e seus domínios. Para essa análise, consideram-se os dados relativos aos domínios do IQV.

Tabela 11 – Matriz de Correlação entre os domínios do Índice de Qualidade de Vida (IQV). São Paulo, 2013.

Domínios	Saude/ funcionamento	Socioeconômico	Psicológico/ espiritual	Família	IQVT
Saude/funcionamento		0,508 (p = 0,053)	0,360 (p = 0,188)	0,662** (p < 0,01)	0,933** (p = 0,007)
Socioeconômico	0,508 (p = 0,053)		-0,039 (p = 0,889)	0,600* (p = 0,018)	0,670** (p = 0,006)
Psicológico/espiritual	0,360 (p = 0,188)	-0,039 (p = 0,889)		0,270 (p = 0,330)	0,510 (p = 0,052)
Família	0,662** (p < 0,01)	0,600* (p = 0,018)	0,270 (p = 0,330)		0,787** (p < 0,01)
IQVT	0,933** (p < 0,01)	0,670** (p = 0,006)	0,510 (p = 0,052)	0,787** (p < 0,01)	

**Correlação significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

*Correlação significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

A Tabela 11 mostra que, o IQV total teve uma correlação significativa de

Sergio Martins Lopes

magnitude alta a muito alta com os domínios Saúde/ funcionamento, Socioeconômico e Família e uma tendência à correlação significativa de magnitude moderada com o domínio Psicológico/ espiritual ($r= 0,510$; $p= 0,052$). O domínio Saúde/ funcionamento teve uma correlação significativa de magnitude moderada com o domínio Família e uma tendência a correlação com o domínio Socioeconômico ($r= 0,508$; $p= 0,053$). O domínio Social e Econômico obteve uma correlação significativa de magnitude moderada com o domínio Família. Não houve correlação significativa entre o domínio Psicológico/ Espiritual e os demais domínios.

6.2.3 Análise do Índice de Qualidade de Vida e seus domínios com as características sociodemográficas e ocupacionais.

As seguintes variáveis foram selecionadas para análise da associação com a qualidade de vida dos participantes: idade, escolaridade, tempo de trabalho, salário e o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

Tabela 12 – Matriz de Correlação entre o Índice de Qualidade de Vida (IQV) seus domínios e as características sociodemográficas e ocupacionais. São Paulo, 2013.

Variáveis Sociodemográficas e ocupacionais	IQV Total	DOMÍNIOS			
		Saude/ funcionamento	Socioeconômico	Psicológico/ espiritual	Família
Idade	-0,488	-0,445	-0,625*	-0,038	-0,221
	p 0,065	p 0,096	p 0,013	p 0,894	p 0,429
Escolaridade	0,080	-0,060	0,333	0,145	-0,139
	p 0,777	p 0,833	p 0,226	p 0,606	p 0,621
Tempo de trabalho	-0,358	-0,452	-0,275	0,026	-0,127
	p 0,190	p 0,091	p 0,322	p 0,926	p 0,652
Salário	0,002	0,034	0,083	-0,245	0,114
	p 0,995	p 0,908	p 0,778	p 0,399	p 0,699
CCEB	0,020	-0,206	0,250	0,375	-0,212
	p 0,944	p 0,461	p 0,370	p 0,169	p 0,448

* Correlação significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

Na análise realizada não foram encontradas correlações significativas do IQVT com o estado civil, escolaridade, tempo de trabalho, salário e CCEB. A idade apresentou uma tendência à correlação negativa significativa de magnitude baixa ($r=-0,488$; $p=0,065$).

As correlações dos domínios Saúde/ funcionamento, Socioeconômico,

Sergio Martins Lopes

Psicológico/ espiritual e Família com a escolaridade, tempo de trabalho, salário e CCEB, não foram significativas.

No domínio Socioeconômico foi encontrada uma correlação negativa significativa de magnitude moderada com a idade ($r=-0,625$; $p=0,013$).

Em síntese, o IQVT apresentou uma correlação negativa significativa com a idade. No domínio Socioeconômico foi encontrado uma correlação negativa significativa com a idade. Os domínios Psicológico/ espiritual e Família não apresentaram correlações significativas.

6.3 – ANÁLISE DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO

6.3.1 Satisfação no Trabalho - S20/23

A satisfação no trabalho dos participantes foi analisada com base nos escores do questionário S20/23. Os escores foram classificados como: 1 - Totalmente insatisfeito, 2 - Parcialmente insatisfeito, 3 - Indiferente, 4 - Parcialmente satisfeito e 5 - Totalmente satisfeito.

A Tabela 13 descreve os escores médios obtidos no total do questionário S20/23 e em cada dimensão.

Tabela 13 – Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos do questionário S20/23 e das suas dimensões. São Paulo, 2013.

DIMENSÕES	Satisfação no Trabalho					
	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Satisfação com Relações Hierárquicas	15	4,01	0,94	4,00	2,09	5,00
Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho	15	3,95	1,00	4,00	2,00	5,00
Satisfação Intrínseca no Trabalho	15	4,08	0,72	4,0	3,00	5,00
S20/23 Total	15	4,03	0,86	4,00	2,30	5,00

Observa-se na Tabela 13, que a média total do S20/23 dos 15 participantes foi 4,03 (DP=0,86), com escores oscilando entre 2,30 e 5,00 para a satisfação no trabalho. Comparando com a escala para os níveis de satisfação, o grupo apresentou uma parcial satisfação no trabalho.

Verifica-se que na satisfação no trabalho, a dimensão Satisfação Intrínseca no Trabalho foi a que obteve maior valor com média de 4,08 (DP=0,72), seguida da

Sergio Martins Lopes

dimensão Satisfação com Relações Hierárquicas, que alcançou a média de 4,01 (DP=0,94). A dimensão Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho foi a que apresentou o menor valor, com média de 3,95 (DP=1,0), comparando com a escala para os níveis de satisfação, o grupo apresentou uma parcial satisfação no trabalho nestas dimensões.

A Tabela 14 descreve os escores obtidos por sujeito no total do questionário S20/23 e em cada dimensão.

Tabela 14 – Escores obtidos por sujeito no questionário S20/23 e nas suas dimensões. São Paulo, 2013.

Sujeito	S20/23	DIMENSÕES		
	Total	SRH	SAFT	SIT
S1	3,70	3,54	3,6	4,25
S2	3,30	3,27	2,80	4,00
S3	3,85	4,00	3,20	4,25
S4	5,00	5,00	5,00	5,00
S5	5,00	5,00	5,00	5,00
S6	4,00	4,00	4,00	4,00
S7	3,00	3,00	3,00	3,00
S8	5,00	5,00	5,00	5,00
S9	2,30	2,09	2,00	3,25
S10	5,00	5,00	5,00	5,00
S11	4,00	4,00	4,00	4,00
S12	2,95	2,64	2,80	4,00
S13	4,10	4,09	4,20	4,00
S14	4,80	4,82	4,60	5,00
S15	4,40	4,64	5,00	3,00

Verifica-se na Tabela 14, que 5 sujeitos (S4, S5, S8, S10 e S14) apresentaram um escore total no questionário S20/23 classificado como totalmente satisfeito (escore 4,80 a 5,00). Os seis sujeitos (S1, S3, S6, S11, S13 e S15) atingiram níveis parciais de satisfação no trabalho com uma variação de 3,70 a 4,40. Com uma indiferença na satisfação temos três sujeitos (S2, S7 e S12) com escore variando de 2,95 a 3,30 e um sujeito (S9) apresentou uma parcial insatisfação, escore 2,30. Em relação a todas as dimensões, S4, S5, S8, S10 e S14 obtiveram níveis de total satisfação (escore 4,60 a 5,00), S6, S11 e S13 níveis de parcial satisfação (escore 4,00 a 4,20) e S7 níveis de indiferença (escore 3).

A Tabela 15 apresenta os resultados descritivos dos escores de cada item

Sergio Martins Lopes

com o escore total da dimensão Satisfação com Relações Hierárquicas.

Tabela 15 – Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens na dimensão Satisfação com Relações Hierárquicas. São Paulo, 2013.

Dimensão	Item	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Satisfação com Relações Hierárquicas	10. Você está.....com as relações pessoais com as instâncias de poder.	15	3,87	1,25	4,00	2	5
	11. Você está.....com a supervisão sobre o trabalho que realiza.	15	4,20	0,94	4,00	2	5
	12. Você está.....com a periodicidade das inspeções realizadas	15	4,07	1,03	4,00	1	5
	13. Você está.....com a forma como avaliam e julgam s eu trabalho	15	3,87	1,36	4,00	1	5
	14. Você está.....com a igualdade de tratamento e sentido de justiça.	15	4,00	1,19	4,00	2	5
	15. Você está.....com o apoio recebido das instâncias superiores.	15	4,00	1,25	4,00	1	5
	16. . Você está.....com a possibilidade de decidir com autonomia sobre o proprio trabalho.	15	4,13	1,12	4,00	1	5
	17. Você está.....com a sua participação nas decisões na organização ou na sua área de trabalho	15	4,07	1,10	4,00	1	5
	18. Você está.....com a possibilidade que lhe dão em participar nas decisões da área de trabalho a que pertence sobre assuntos relacionados a organizações	15	4,20	1,08	4,00	1	5
	19. Você está.....com a modo como são cumpridas as normas legais e os acordos coletivos de trabalho.	15	4,00	1,19	4,00	1	5
20. Você está.....com a forma como se processam as negociações sobre a contratação de benefícios.	15	3,67	1,40	4,00	1	5	

Na Tabela 15, dos itens analisados, 10 itens se concentraram na média que reflete uma parcial satisfação no trabalho: “Relações pessoais com as instâncias de poder” (item 10), “Supervisão sobre o trabalho que realiza” (item 11), “Periodicidade da supervisão” (item 12), “Forma como avaliam e julgam seu trabalho” (item 13), “Igualdade de tratamento e sentido de justiça” (item 14), “Apoio recebido das instâncias superiores” (item 15), “Possibilidade de decidir com autonomia sobre o próprio trabalho” (item 16), “Participação nas decisões na organização ou na sua área de trabalho” (item 17), “Possibilidade que lhe dão em participar nas decisões da área de trabalho” (item 18) e “Modo como são cumpridas as normas legais e os acordos coletivos” (item 19). A “Forma como se processam as negociações sobre a contratação de benefícios” (item 20), está entre a faixa de indiferença e parcial satisfação.

A Tabela 16 apresenta os resultados descritivos dos escores de cada item com o escore total da dimensão Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho.

Sergio Martins Lopes

Tabela 16 – Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens na dimensão Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho. São Paulo, 2013.

Dimensão	Item	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho	05. Você está.....com a higiene e a salubridade de seu local de trabalho.	15	4,00	1,07	4,00	2	5
	06. Você está.....com o ambiente e espaço físico de seu local de trabalho.	15	4,07	1,03	4,00	2	5
	07. Você está.....com a iluminação de seu local de trabalho.	15	3,93	1,33	4,00	1	5
	08. Você está.....com a ventilação de seu local de trabalho.	15	3,93	1,10	4,00	2	5
	09. Você está.....com a climatização de seu local de trabalho	15	3,80	1,15	4,00	2	5

A Tabela 16 mostra que todos os itens avaliados apontam uma parcial satisfação no trabalho: “Higiene e salubridade do local de trabalho” (item 05), “Ambiente e espaço físico do local de trabalho” (item 06), “Iluminação do local de trabalho” (item 07), “Ventilação do local de trabalho” (item 08) e “Climatização do local” (item 09).

A Tabela 17 apresenta os resultados descritivos dos escores de cada item com o escore total da dimensão Satisfação Intrínseca no Trabalho.

Tabela 17 – Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos itens na dimensão Satisfação Intrínseca no Trabalho. São Paulo, 2013.

Dimensão	Item	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Satisfação Intrínseca no Trabalho	01. Você está.....com o trabalho enquanto fator de realização.	15	4,47	0,64	5,0	3	5
	02. Você está.....com as oportunidades que o trabalho lhe oferece para fazer coisas e se destacar.	15	4,27	0,88	4,0	2	5
	03. Você está.....com as oportunidades que o trabalho lhe oferece para fazer coisas de que gosta.	15	3,73	1,22	4,0	2	5
	04. Você está.....com os objetivos e metas que deve alcançar.	15	4,27	0,96	5,0	2	5

Os dados da Tabela 17 revelam uma tendência a total satisfação no trabalho nos itens “Trabalho enquanto propiciador de realização” (item 01), “Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas nas quais se destaca” (item 02), “Objetivos e metas que deve alcançar” (item 04) e no item “Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas de que gosta” (item 03), na faixa entre a indiferença e parcial

Sergio Martins Lopes

satisfação no trabalho.

Em síntese, a maioria dos itens permaneceu no escore de classificação como parcialmente satisfeitos, os itens “Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas de que gosta” (item 03) e “Forma como se processam as negociações sobre a contratação de benefícios” (item 20) apresentaram uma tendência à indiferença.

6.3.2 Correlações entre a Satisfação no Trabalho e suas dimensões.

A Tabela 18 mostra os resultados das correlações entre a Satisfação no Trabalho e suas dimensões. Para essa análise, consideram-se os dados relativos às dimensões do questionário S20/23.

Tabela 18 – Matriz de Correlação entre as dimensões do questionário S20/23. São Paulo, 2013.

DIMENSÕES	SRH	SAFT	SIT	S20/23T
SRH		0,963** (p < 0,01)	0,689** (p < 0,01)	0,993** (p < 0,01)
SAFT	0,963** (p < 0,01)		0,592* (p = 0,020)	0,965** (p < 0,01)
SIT	0,689** (p = 0,004)	0,592* (p < 0,01)		0,751** (p = 0,001)
S20/23T	0,993** (p < 0,01)	0,965** (p < 0,01)	0,751** (p = 0,001)	

**Correlação significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* Correlação significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

Na Tabela 18, o questionário S20/23 total teve uma correlação de alta a muito alta magnitude com as todas as dimensões. A dimensão Satisfação com Relações Hierárquicas teve uma correlação significativa de moderada a muito alta magnitude com as dimensões Satisfação Intrínseca no Trabalho ($r=0,689$; $p=0,004$) e Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho ($r=0,963$; $p < 0,01$). A dimensão Satisfação Intrínseca no Trabalho teve uma correlação significativa de moderada magnitude em relação à Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho $r=0,592$; $p=0,020$.

6.3.3 Análise da Satisfação no Trabalho e as suas dimensões com as características sociodemográficas e ocupacionais.

Sergio Martins Lopes

As variáveis apresentadas na sequência foram selecionadas para análise da associação com a satisfação no trabalho dos participantes: idade, escolaridade, tempo de trabalho, salário e o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

Tabela 19 – Matriz de Correlação entre o questionário S20/23 suas dimensões e as características sociodemográficas e ocupacionais. São Paulo, 2013.

Variáveis Sociodemográficas e ocupacionais	S20/23 Total	DIMENSÕES		
		SRH	SAFT	SIT
Idade	0,331	0,396	0,303	0,033
	p 0,229	p 0,144	p 0,273	p 0,907
Escolaridade	-0,607*	-0,638*	-0,545*	-0,403
	p 0,016	p 0,011	p 0,036	p 0,137
Tempo de trabalho	0,463	0,443	0,285	0,691**
	p 0,082	p 0,098	p 0,303	p 0,004
Salário	0,042	0,018	-0,038	0,259
	p 0,885	p 0,952	p 0,897	p 0,371
CCEB	-0,229	-0,265	-0,235	-0,013
	p 0,411	p 0,340	p 0,398	p 0,964

** Correlação significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* Correlação significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

Na análise realizada não foram encontradas correlações significativas do escore total do questionário S20/23 com a idade, tempo de trabalho, salário e CCEB, a escolaridade apresentou uma correlação negativa significativa de moderada magnitude ($r=-0,607$; $p=0,016$).

As correlações das dimensões Satisfação com Relações Hierárquicas, Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho e Satisfação Intrínseca no trabalho com a idade, salário, CCEB e estado civil, não evidenciaram correlações significativas.

A dimensão Satisfação com Relações Hierárquicas apresentou uma correlação negativa significativa de moderada magnitude com escolaridade ($r=-0,638$; $p=0,011$). Na dimensão Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho foi encontrado uma correlação negativa significativa com a escolaridade de moderada magnitude ($r=-0,545$; $p=0,036$). A dimensão Satisfação Intrínseca apresentou uma correlação significativa de moderada magnitude com o tempo de trabalho ($r=0,691$; $p=0,004$).

Em síntese, o escore total do questionário S20/23, as dimensões Satisfação com Relações Hierárquicas e Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho

Sergio Martins Lopes

apresentaram uma correlação negativa significativa com a escolaridade. A dimensão Satisfação Intrínseca no Trabalho obteve uma correlação significativa com o tempo de trabalho.

6.4 Relações entre IQVT seus domínios e o S20/23T e suas dimensões.

A análise das associações entre os fenômenos de interesse foi um dos objetivos do presente estudo. Todas as associações foram calculadas através do Coeficiente de Correlação de Pearson (r).

O escore total do IQV e seus domínios foram comparados ao escore total do questionário S20/23 e suas dimensões e os resultados não evidenciaram correlações entre seus componentes (Tabela 20).

Tabela 20 – Matriz de Correlação entre o Índice de Qualidade de Vida (IQV) e seus domínios e o Questionário S20/23 e suas dimensões. São Paulo, 2013.

Domínios Dimensões	Saúde/ Funcionamento	Socio econômico	Psicológico/ Espiritual	Família	IQVT
SRH	-0,235 (p = 0,400)	-0,413 (p = 0,126)	-0,167 (p = 0,552)	-0,172 (p = 0,540)	-0,329 (p = 0,231)
SAFT	-0,135 (p = 0,632)	-0,319 (p = 0,246)	-0,156 (p = 0,579)	-0,187 (p = 0,504)	-0,242 (p = 0,384)
SIT	-0,241 (p = 0,387)	-0,384 (p = 0,158)	0,014 (p = 0,961)	-0,121 (p = 0,667)	-0,268 (p = 0,334)
S20/23T	-0,220 (p = 0,431)	-0,404 (p = 0,135)	-0,143 (p = 0,612)	-0,177 (p = 0,527)	-0,312 (p = 0,258)

A dimensão Satisfação com Relações Hierárquicas não apresentou correlações significativas com os domínios Saúde/funcionamento ($r=-0,235$; $p=0,400$), Socioeconômico ($r=-0,413$; $p=0,126$), Psicológico/espiritual ($r=-0,167$; $p=0,552$), e Família ($r=-0,329$; $p=0,231$). Na dimensão Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho também não foram encontradas correlações significativas com os domínios Saúde/funcionamento ($r=-0,135$; $p=0,632$), Socioeconômico ($r=-0,319$; $p=0,246$), Psicológico/espiritual ($r=-0,156$; $p=0,579$), e Família ($r=-0,187$; $p=0,504$). Não foram evidenciadas correlações significativas entre a dimensão Satisfação Intrínseca com os domínios Saúde/funcionamento ($r=-0,220$; $p=0,431$), Socioeconômico ($r=-0,404$; $p=0,135$), Psicológico/espiritual ($r=-0,143$; $p=0,612$), e Família ($r=-0,177$; $p=0,527$).

7 - DISCUSSÃO



Sergio Martins Lopes

7 - DISCUSSÃO

As pessoas com deficiência física continuam sendo vítimas de pré-conceitos e tabus que vem sendo perpetuados ao longo dos anos, como o mito da dependência e da improdutividade. Entretanto, a presença de incapacidades não deve ser um impedimento, as pessoas podem equilibrar suas limitações com suas potencialidades e viver e envelhecer com qualidade de vida, mesmo tendo uma deficiência física (RESENDE, 2006).

Segundo Carvalho-Freitas e Marques (2010),

A questão da satisfação do homem com o trabalho é um tema controvertido nos estudos da Psicologia Organizacional e do Trabalho. No entanto, a despeito de todas as discussões da exploração do homem pelo homem, fato é que a maioria das pessoas trabalha em organizações capitalistas, precisa dar resultados para manter seus empregos, e busca manter um mínimo de qualidade de vida.

Sendo assim, as pesquisas de Qualidade de vida e Satisfação no Trabalho com pessoas com deficiência, são importantes critérios de análise para verificar se as políticas de inclusão dessas pessoas na sociedade e no mercado de trabalho estão impactando positivamente nas organizações em que trabalham, na comunidade que convivem, e na própria percepção dessas pessoas em relação às suas condições de vida e de trabalho.

Conforme os resultados descritos anteriormente, em termos demográficos e ocupacionais, a amostra pesquisada foi composta, em sua maior parte, de pessoas com deficiência física e cadeirante, do sexo masculino, casados, na faixa etária acima de 35 anos, com porcentagem igual de escolaridade de grau superior e ensino médio completo, na empresa entre dezesseis a vinte anos e faixa salarial entre dois a quatro salários-mínimos e da classe B2.

No que tange ao tipo de deficiência, os dados desta pesquisa também não diferem da média nacional, que registra no mercado formal de trabalho elevado número de pessoas com deficiência física, seguidas de pessoas com deficiência auditiva (INSTITUTO ETHOS, 2010). Segundo o Censo 2010 a deficiência motora acomete 13,3 milhões de pessoas, 5,3% para homens e 8,5% para mulheres e a deficiência motora severa, que aumentou de 1,4% para 2,3% (IBGE, 2012).

A predominância do sexo masculino vem corroborar os resultados

Sergio Martins Lopes

encontrados no país, conforme Neri e col. (2003), em que houve mais proporção de homens em relação às mulheres com deficiência inseridas no mercado formal de trabalho, 65,76% contra 34,26%, respectivamente. Vale ressaltar que a participação quantitativa das mulheres no contingente total das polícias militares é de apenas 6%, na sua maioria não atuando na segurança ostensiva (SOARES, 2005; BRASIL, 2013).

A prevalência de indivíduos casados difere de resultados encontrados em outros estudos como o de Carvalho (2008) que em uma amostra com 38 pessoas com deficiência física participantes de um processo seletivo, a maior representatividade, quanto ao estado civil, foi de 39,5% de pessoas solteiras, com uma diferença de casadas em aproximadamente 10%, e na pesquisa realizada por Almeida; Carvalho-Freitas e Marques (2008) com 87 pessoas com deficiência física ou sensorial, 65,8% se declararam solteiras. Pode-se inferir que esta diferença esta relacionada à característica da nossa amostra, por ser composta de pessoas que adquiriram sua deficiência no exercer da profissão, e já possuíam a condição de casados.

Para Resende (2006),

“ser casado geralmente está relacionado a estar empregado, resultando em melhor qualidade de vida e em arranjos de vida mais independentes. Além disso, viver numa relação conjugal estável geralmente implica em maior disponibilidade de ajuda instrumental e apoio emocional”.

Em relação à idade, os dados da presente pesquisa corroboram com os do Censo 2010 (IBGE, 2012), onde se observou ainda que o maior contingente de população com pelo menos uma deficiência ocorreu na população de 40 a 59 anos.

Os resultados encontrados na escolaridade eram previstos, visto que, existe uma exigência de ensino médio completo no exercício da profissão de policial militar, apesar de que dois sujeitos declararam ter o ensino fundamental, provavelmente admitidos antes das exigências atuais. A procura pelo nível superior pode ser resultante da dificuldade que as pessoas com deficiência têm de acesso ao mercado de trabalho. Segundo Goulart e Coimbra (2008), a falta de qualificação e baixa escolaridade das pessoas com deficiência constituem-se em um dos maiores obstáculos para sua inserção e manutenção no mercado de trabalho.

Sergio Martins Lopes

No que diz respeito ao tempo de trabalho da amostra pesquisada, difere do estudo de Carvalho-Freitas, Marques e Almeida (2009), que teve participação de 33 pessoas com deficiência física ou sensorial, presentes no mercado formal de trabalho em instituições financeiras privadas na Região Metropolitana de Belo Horizonte, onde o tempo de trabalho concentrou-se entre 1 a 5 anos. Podemos inferir que o alto tempo de trabalho da nossa amostra se deve às características do local de atuação dos participantes, 11 são funcionários da APMDFESP, muitos desde a fundação da associação. Neste mesmo estudo, a respeito da remuneração, recebiam em maioria, o equivalente a 3 salários mínimos (54,5%), corroborando com os achados da presente pesquisa.

Os achados da presente pesquisa quanto à qualidade de vida das pessoas com deficiência, medida através do IQV apresentaram concordâncias e discordâncias em relação a outros estudos.

Em relação ao Índice de Qualidade de Vida, os sujeitos apresentaram a média total 18,06 (DP=1,88), com escores oscilando entre 13,30 e 21,26, classificados como tendo níveis de qualidade de Vida boa. Esse resultado corrobora com aqueles encontrados nos estudos de Levasseur, Desrosiers e Noreau (2004) com deficiências físicas com IQVT 20,40 (DP=2,6); May e Warren (2002) com lesão medular espinhal com IQVT 21,01 (DP=4,27) e Levasseur, Desrosiers e St-Cyr Tribble (2008) com idosos com limitações de atividades com IQVT 19,5 (DP=2,9), também com outros estudos na maioria voltados a população com câncer apresentados na tabela 2, onde IQV total variou de 16,20 a 23,60.

Estudo de Carvalho-Freitas, Marques e Almeida (2009), com 33 pessoas com deficiência física ou sensorial, de instituições financeiras privadas, utilizando o Questionário de Satisfação com Fatores de Qualidade de Vida no Trabalho, adaptado a partir do Modelo de Walton, apresentam níveis de satisfação com praticamente todos os fatores de Qualidade de Vida no Trabalho: Compensação adequada e justa (remuneração); Condições de segurança e saúde no trabalho (condições de trabalho); Uso e desenvolvimento de capacidades; Oportunidade de crescimento contínuo e segurança (oportunidades de crescimento profissional); Integração social na organização; Constitucionalismo (direitos na instituição); O trabalho e o espaço total da vida (equilíbrio trabalho e vida) e Relevância do trabalho na vida (relevância do trabalho). Apenas um fator apresentou um índice de

Sergio Martins Lopes

insatisfação maior, que se refere à manutenção de seus empregos e ao futuro dessas pessoas na instituição.

Na análise dos domínios verificou-se no presente estudo que o domínio Psicológico/espiritual obteve o maior valor, com média de 19,28 (DP=2,30), seguido do domínio Socioeconômico, que alcançou a média de 18,38 (DP=2,50). O domínio Saúde/funcionamento foi o que apresentou o menor valor, com média de 17,41 (DP=2,72). Um escore intermediário foi encontrado no domínio Família, cuja média foi de 17,63 (DP=1,79). Os dados corroboram com os levantados por Levasseur, Desrosiers e St-Cyr Tribble (2008) em idosos com limitações de atividades onde o domínio Psicológico/espiritual obteve média de escore (23,2), Socioeconômico (20,3), Família (19,5) e Saúde/funcionamento (16,5) e, também, com o estudo de Levasseur, Desrosiers e Noreau (2004) com deficiências físicas, onde o domínio Saúde/funcionamento apresentou a média mais baixa (17,80). Porém apresentam uma diferença de achados, onde encontraram maiores médias no domínio Família (23,30), seguido do domínio Psicológico/espiritual (22,00) e Socioeconômico (21,10), o mesmo foi encontrado no estudo de May e Warren (2002) com lesão medular espinhal, onde o domínio Saúde/funcionamento apresentou a média (19,92), no domínio Família (22,94), seguido do domínio Psicológico/espiritual (21,74) e Socioeconômico (21,56).

Segundo Rabelo e Neri (2005), os recursos psicológicos como o otimismo, o controle pessoal e o senso de significado são importantes como reservas que permitem às pessoas enfrentarem melhor os eventos críticos da vida.

Analisando o baixo escore verificado no domínio Saúde/funcionamento, pode-se constatar que dos treze itens que compõem o domínio estão relacionados com os seguintes aspectos: “dor”, “preocupações”, “vida sexual”, “Saúde”, “responsabilidade familiar”, “controle sobre a própria vida” e “assistência à saúde” obtiveram médias que sugerem um regular nível de satisfação.

Segundo Gianini, Chamlian e Arakaki (2006), algumas pessoas com deficiência experimentam dores que interferem nas atividades essenciais de vida diária, nas atividades profissionais, na realização de atividades físicas esportivas, quer seja em nível recreativo ou profissional, podendo limitar a função e interferir na independência e ser um sério problema, levando a uma significativa limitação funcional.

Sergio Martins Lopes

Para Suaid e col. (2002) “a deficiência física não neutraliza a sexualidade, a função sexual é parte integrante da vida de uma pessoa”. A expressão da sexualidade é uma dimensão muito importante do ser humano, pois envolve personalidade e comportamento, de modo que a feminilidade e a masculinidade são expressas não só no aspecto físico, mas também psicológico e comportamental, como no estilo de vestuário, na comunicação verbal e não verbal e nos papéis assumidos na família e na sociedade (ROPER, LOGAN E TIERNEY, 2001).

No domínio Socioeconômico os itens, “lugar de moradia” e “escolaridade”, obtiveram médias que sugerem um regular nível de satisfação, conforme Noce, Simim e Mello (2009), em seu estudo com pessoas com deficiência física e a prática de atividade física, mostraram que algumas variáveis, como o trabalho-renda, o nível de instrução e a moradia, podem ter contribuído para melhor nível da qualidade. Para os mesmos autores, o grau de escolaridade tem relação íntima com a inserção no mercado de trabalho, esperando-se que, quanto maior o nível de escolaridade, melhor o posto de trabalho ocupado e, conseqüentemente, melhor a renda familiar.

No domínio Psicológico/espiritual o item “aparência pessoal” teve média que sugere um regular nível de satisfação. Segundo Maia (2009 p. 4), “o processo de construção da imagem corporal, quando se trata da pessoa com deficiência física, resulta, na maioria dos casos, na percepção de um corpo desvantajoso em relação aos outros não-deficientes”. De fato, para Werebe (1984) a imagem corporal se constitui numa relação dialética entre o real e o imaginário; no que resulta em uma imagem do corpo não estática, mas no resultado de uma construção dinâmica a partir de representações e de significados diferentes e complexos, construídos constantemente no processo histórico-social.

No domínio Família os itens “filhos”, “cônjuge” e “suporte familiar” também, obtiveram médias que sugerem um regular nível de satisfação. Resende, Cunha, Silva e Souza (2007), em pesquisa realizada com 90 pessoas com idade entre 25 e 85 anos, encontraram que os participantes que apresentaram maior satisfação com a vida foram as que recebiam mais suporte afetivo. A família tem sido relatada na literatura como sendo a principal fonte de apoio ao longo da vida (NOGUEIRA, 2001).

Segundo Oliveira (2004), as incapacidades funcionais podem desestruturar as bases do indivíduo, interferir no desempenho de regras e papéis sociais, na

Sergio Martins Lopes

independência e na habilidade para realizar tarefas essenciais à sua vida, na capacidade afetiva e na capacidade de realizar atividades profissionais. Para Resende (2006) “é esperado que a dependência associe-se a sentimentos negativos, à dificuldade de tolerar ou aceitar a própria condição, à percepção de desamparo e a avaliações de incapacidade para o manejo ou enfrentamento de situações”.

O IQV total teve uma correlação significativa com os domínios Saúde e Funcionamento, Social e Econômico e Família, uma tendência à correlação significativa com o domínio Psicológico/ Espiritual. O domínio Saúde e Funcionamento teve uma correlação significativa com o domínio Família e uma tendência a correlação com o domínio Social e Econômico. O domínio Social e Econômico obteve uma correlação significativa com o domínio Família. Não houve correlação significativa entre o domínio Psicológico/ Espiritual e os demais domínios.

O IQVT apresentou uma correlação negativa significativa com a idade, quanto maior a idade pior QV. No domínio Socioeconômico foi encontrada uma correlação negativa significativa com a idade, ou seja, quanto menor a idade melhor foi a QV neste domínio. Os domínios Psicológico/ espiritual e Família não apresentaram correlações significativas.

Os resultados mostraram que existe uma relação inversa entre a idade e a qualidade de vida, em nosso estudo a faixa etária está compreendida em uma fase produtiva da vida. Segundo Singer, Hopman e MacKenzie (1999), com o avanço da idade observam-se declínio da capacidade funcional do indivíduo e manutenção da dimensão saúde mental. No entanto, segundo Noce, Simim e Mello (2009) não há consenso nos resultados das pesquisas sobre a influência da idade na qualidade de vida. Como em nosso estudo, constatou-se que idade compromete a domínio Socioeconômico, diferente dos resultados obtidos nos estudos de Noce, Simim e Mello (2009); Singer, Hopman e MacKenzie (1999) e Santos (2006), onde a idade comprometeu mais as dimensões do componente físico.

Em relação à satisfação no trabalho observou-se que a média total foi 4,03 (DP=0,86), com escores oscilando entre 2,30 e 5,00 para a satisfação no trabalho, comparando com a escala para os níveis de satisfação, o grupo apresentou uma parcial satisfação no trabalho. A tendência para a satisfação pode ser explicada pela frequente exclusão das pessoas com deficiência do mercado de trabalho, onde as

Sergio Martins Lopes

mesmas acabam por valorizar e preservar a condição de estarem empregadas, mais do que fariam os trabalhadores não deficientes (FONSECA, 1997).

Nossos resultados diferem das pesquisas realizadas com pessoas com deficiência, com formação superior completa ou incompleta, sobre a satisfação com fatores relacionados à qualidade de vida no trabalho, têm demonstrado um alto índice de satisfação dessas pessoas com os fatores analisados (CARVALHO-FREITAS, 2007b).

Verificou-se que no questionário de satisfação no trabalho, a dimensão Satisfação Intrínseca no Trabalho foi o que obteve maior valor com média de 4,08 (DP=0,72), seguido da dimensão Satisfação com Relações Hierárquicas, que alcançou a média de 4,01 (DP=0,94). A dimensão Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho foi a que apresentou o menor valor, com média de 3,95 (DP=1,0), comparando com a escala para os níveis de satisfação, o grupo apresentou uma parcial satisfação no trabalho nestas dimensões.

Os dados do escore total questionário S20/23 do presente estudo corroboram com os estudos de Melia e Peiró (1989) onde encontraram uma média de 4,69 e de Alvarez e Bernal (1998) que em uma amostra de 775 trabalhadores de um município nas Astúrias, obtiveram uma "Satisfação Total" com média de 4,27 (DP=1,27).

Porém em relação às dimensões, tiveram uma distribuição diferente da encontrada, sendo que o primeiro fator "Satisfação com a Supervisão" teve média de 4,55 (DP=1,52), o segundo fator "Satisfação com Benefícios" oferecidos pela empresa com média de 3,58 (DP=1,56), o terceiro fator "Satisfação com o Ambiente Físico" média de 4,59 (DP=1,63), quarto fator "Satisfação Intrínseca" média de 4,51 (DP=1,49).

Os resultados do presente estudo diferem dos encontrados na primeira população do estudo de Bernal, Alonso e Alvarez (1998), que compararam o nível de satisfação com o emprego dos trabalhadores de duas empresas das Astúrias. Na Empresa (1), os trabalhadores mostraram um alto nível de insatisfação com média da satisfação global de 2,93, DP=1,090 e insatisfação também, em cada um dos cinco fatores que formam o questionário S20/23. Porém, corrobora com os resultados da Empresa (2) a satisfação média global foi 5,60 com um DP=0,708,

Sergio Martins Lopes

ressaltando que nesta versão do S20/23 era composta de 5 fatores com uma escala variando de 1 a 7.

Além disso, diferem também do estudo de Marucco e Gil-Monte (2007) que estudaram a prevalência de satisfação com o trabalho de 123 pediatras de hospitais gerais. Nos resultados, 13% dos participantes mencionaram estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos com aspectos do seu trabalho. Com relação ao salário 89,4% dos participantes disseram que estavam muito insatisfeitos ou insatisfeitos, o mesmo em relação à higiene do local de trabalho (57,7%), treinamento (56,9%), e a oportunidades de promoção (59,3%). Para os diferentes indicadores de satisfação foram obtidos os seguintes resultados: satisfação geral, 1,81 (DP=0,62); satisfação com as oportunidades oferecidas pelo seu trabalho e de fazer as coisas que você gosta (satisfação Intrínseca), 2,41 (DP=1,09); satisfação com o salário, 0,71 (DP=0,85); satisfação com os objetivos, metas e taxas de produção a serem alcançados, 1,87 (DP=1,07); satisfação com a limpeza e higiene do local de trabalho, 1,65 (DP=1,17); satisfação com as oportunidades de formação, 1,63 (DP=0,91); satisfação com as oportunidades de promoção, 2,37 (DP=1,01) e satisfação com a supervisão, 2,37 (DP=0,91). Os resultados demonstram o alto grau de insatisfação em aspectos importantes da vida de trabalho dos pediatras de hospitais gerais.

Analisando os itens das dimensões do questionário S20/23, no presente estudo, a maioria ficou no escore de classificação como parcialmente satisfeitos, os itens: “Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas de que gosta” (item 3) e “Forma como se processam as negociações sobre a contratação de benefícios” (item 20) apresentaram uma tendência a indiferença.

O escore total do questionário S20/23, as dimensões Satisfação com Relações Hierárquicas e Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho apresentaram uma correlação negativa significativa com a escolaridade, isto é, menor escolaridade maior Satisfação com Relações Hierárquicas e com Ambiente Físico de Trabalho. Pode-se supor que os participantes com escolaridade elevada tenham mais expectativas em relação aos aspectos ligados às Relações Hierárquicas e Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho.

A dimensão Satisfação Intrínseca no Trabalho obteve uma correlação significativa com o tempo de trabalho, ou seja, maior tempo de trabalho maior

Sergio Martins Lopes

satisfação intrínseca no trabalho. Para Almeida; Carvalho-Freitas e Marques, (2008) a percepção das pessoas com deficiência acerca das dificuldades que enfrentam para se inserirem no mercado de trabalho, o sentimento da perda de oportunidade de trabalho por possuírem deficiência e a discriminação sentida ao pleitearem uma vaga de emprego podem contribuir para a supervalorização da oportunidade do emprego formal e, como consequência, para a tendência a avaliarem positivamente a sua situação laboral.

Segundo Carvalho-Freitas e col:

a identificação de correlações significativas entre os resultados de comprometimento e satisfação com fatores de QVT indica que o que efetivamente contribui para o desejo de permanecer na organização são as políticas organizacionais que oferecem condições de trabalho adequadas, possibilidade de crescimento, respeito aos direitos, integração social, possibilidade de desenvolvimento e uso das capacidades e equilíbrio trabalho e vida, pois quanto maior a satisfação com esses fatores maiores os comprometimentos afetivos e normativos (CARVALHO-FREITAS et al, 2011, p. 5).

O escore total do questionário S20/23 teve uma correlação significativa com todas as dimensões e estas entre si, corroborando com os resultados encontrados por Carlloto e Câmara (2008, p. 5).

Na comparação do escore total do IQV e seus domínios com o escore total do questionário S20/23 e suas dimensões, os resultados não evidenciaram correlações entre seus componentes. A análise das correlações entre as dimensões do questionário S20/23 e os domínios do IQV não mostraram, tal como previsto, que existe uma forte correlação positiva entre a percepção de qualidade de vida e o seu nível de satisfação profissional como o encontrado no estudo de Lino (2004) com enfermeiras de terapia intensiva, utilizando o Índice de Qualidade de Vida (IQV) e Powers e o Índice de Satisfação Profissional (ISP).

8 - CONCLUSÃO

.....

8 - CONCLUSÕES

O estudo da qualidade de vida e satisfação no trabalho de uma amostra de pessoas com deficiência inclusas no mercado de trabalho permitiu as seguintes conclusões:

- ❖ Em termos sociodemográficos e ocupacionais a amostra foi composta, em sua maior parte, de pessoas com deficiência física e cadeirante, do sexo masculino, casados, na faixa etária acima de 35 anos, com porcentagem igual de escolaridade de grau superior e ensino médio completo, estavam na empresa entre dezesseis a vinte anos e possuíam faixa salarial entre dois a quatro salários-mínimos e pertencia a classe B2.
- ❖ A média total do Índice de Qualidade de Vida dos participantes foi 18,06 (DP=1,88), com escores oscilando entre 13,30 e 21,26; na classificação para os níveis de qualidade o grupo apresentou uma boa qualidade.
- ❖ A média total do questionário S20/23 dos participantes foi 4,03 (DP=0,86), com escores oscilando entre 2,30 e 5,00 para a satisfação no trabalho; comparando com a escala para os níveis de satisfação, o grupo apresentou uma parcial satisfação no trabalho.
- ❖ Na comparação do escore total do IQV e seus domínios com o escore total do questionário S20/23 e suas dimensões os resultados não evidenciaram correlações entre seus componentes.
- ❖ As dimensões Satisfação com Relações Hierárquicas e Satisfação com Ambiente Físico de Trabalho apresentaram uma correlação negativa significativa com a escolaridade. A dimensão Satisfação Intrínseca no Trabalho obteve uma correlação significativa com o tempo de trabalho.
- ❖ O IQVT apresentou uma correlação negativa significativa com a idade. No domínio Socioeconômico foi encontrada uma correlação negativa significativa com a idade.

9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS



Sergio Martins Lopes

9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da qualidade de vida e satisfação no trabalho de pessoas com deficiência inclusas no mercado de trabalho, com a utilização de instrumentos objetivos de medida, traz uma contribuição ao estudo do tema, pois a idéia central de avaliar a qualidade de vida e satisfação no trabalho de pessoas com deficiência é pouco explorada em pesquisas científicas no Brasil.

Satisfação no trabalho e qualidade de vida são construtos complexos e subjetivos que refletem conhecimentos, experiências, sofrem influências da cultura, do momento histórico e condições socioeconômicas a que pertencem os indivíduos, portanto, a avaliação desses construtos por meio de questionários, mesmo com confiabilidade estatística, torna-se limitada. A utilização concomitante de outros métodos sobre a temática é importante para uma reflexão mais ampla de tais construtos (SILVA, 2012).

Nesta pesquisa, os resultados obtidos refutaram a hipótese inicial, em que se afirmava que na amostra estudada existia uma percepção de baixo nível de qualidade de vida e satisfação no trabalho. Verificou-se, ao contrário, a amostra apresentou uma boa qualidade de vida e uma parcial satisfação no trabalho.

Acredita-se que esses achados possam estimular pesquisas envolvendo esta temática, e os resultados empregados como base para o desenvolvimento de uma cultura de melhoria da qualidade de vida e satisfação no trabalho das pessoas com deficiência.

Embora existam contribuições, o presente estudo apresenta limitações que merecem ser destacadas, a fim de que estudos posteriores venham amenizá-las ou saná-las. O número de participantes envolvidos foi limitado, devido às questões envolvendo a violência urbana ocorrida contra os policiais militares no período da coleta de dados, ocasionando o não comparecimento dos policiais com deficiência a associação, o que impossibilita a generalização dos resultados para outras populações. Portanto, os resultados encontrados nesta pesquisa devem ser interpretados criteriosamente apenas quanto à amostra estudada. Também, cabe ressaltar que, pela ausência do gênero feminino na amostra do estudo, seria importante explorar este assunto em populações que englobassem ambos os gêneros. Não houve comparações da amostra estudada com um grupo controle e

Sergio Martins Lopes

sugere-se que estudos futuros com grupos controle sejam desenvolvidos para que seja feita esta comparação, no sentido de corroborar, complementar ou refutar os resultados obtidos na presente investigação.

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Sergio Martins Lopes

10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEP - Associação Brasileira de Estudos Populacionais – *Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010* – IBOPE. Disponível em: <http://www.abep.org.br/gerencialnavegacao.php?caderno_id=001&nivel=0>. Acesso em: 20/fev./2012.
- ABRANCHES, C. M. B. et al. *Inclusão dá trabalho*. 1. ed. Belo Horizonte: Armazém de Idéias, 2000.
- AGUIAR, C. C. T. N. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, v. 52, n. 6, p. 931-939, ago. 2008.
- ALBAUGH, J. A.; FERRANS, C. E. Impact of Penile Injections on Men With Erectile Dysfunction after Prostatectomy. *UROLOGIC NURSING*, v. 30, n. 1, jan./fev. 2010.
- ALMEIDA, L.A.D.; CARVALHO-FREITAS, M. N.; MARQUES, A. L. Inserção no Mercado Formal de Trabalho: satisfação e condições de trabalho sob olhar das pessoas com deficiência. In: CARVALHO-FREITAS, M.N., MARQUES, A. L. (Orgs.). *Trabalho e pessoas com deficiência: pesquisas, práticas e instrumentos de diagnóstico*. Curitiba: Juruá, 2008. p. 89-105.
- ALVAREZ, A. G.; BERNAL, A. O. Feedback Laboral y Satisfaccion {online}. *Revista Electrónica Iberoamericana de Psicología Social*, v.1. n. 0. out. 1998. Disponível em: <http://www.uniovi.es/user_htm1/benero/REIPS/vln0/articulo3.html>. Acesso 30/abril/2012.
- ALVES, E. F. Qualidade de Vida no Trabalho: indicadores e instrumentos de medidas. *Diálogos & Saberes*, Mandaguari, v. 6, n. 1, p. 77-87, 2010.
- AMIRALIAN, M. L. T. et al. Conceituando deficiência. *Rev. Saúde Pública* [online], v.34, n.1, p. 97-103, 2000.
- AMARAL, L. A. Mercado de trabalho e deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v.1, p. 127-136, 1994.
- ANDERSON, J.; FERRANS, C. The quality of life of persons with chronic fatigue syndrome. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v. 186, n. 6, p. 359-67, 1997.
- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 12. ed. Campinas, SP: Unicamp, 2007.
- ARAUJO, J. P.; SCHMIDT, A. A inclusão de pessoas com necessidades especiais no trabalho: A visão de empresas e de instituições especiais na cidade de Curitiba. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 12, n. 2, p 241-254, 2006.
- ARDILA, R. *Psicología Del Trabajo*. 2. ed. Chile: Editorial Universitária, 1986.
- BAHIA, P. H. N. *O estresse como indicador de qualidade de vida em professores do curso de fisioterapia*. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). 2002. 105f. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2002.
- BATISTA, C. A. M. et al. *Educação profissional e colocação no trabalho: uma nova proposta de trabalho junto à pessoa portadora de deficiência*. Brasília: Federação Nacional das APAEs, 1997. v. 1. 101p.

Sergio Martins Lopes

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição: República Federativa do Brasil 1988*. Disponível em: <<http://www.presidência.gov.br/legislação>>. Acesso em: 19/fev./2012.

_____. *Lei no 8.213*, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://www.presidência.gov.br/legislação>>. Acesso em: 19/fev./2012.

_____. *Decreto no 3.298*, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n 7.853, consolida as normas de proteção e dá outras providências. República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://www.presidência.gov.br/legislação>>. Acesso em: 19/fev./2012.

_____. Ministério da Justiça. *1 Relatório Nacional da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Brasília, DF, 2008. Promovida pela SEDH/CONADE e CORDE, Brasília, 2008. Disponível em: <www.Portal.mj.gov.br/.../conferencia/.../subsídios_para_o_Conferencista.doc>. Acesso em: 13/abr./2012.

_____. Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP). *Mulheres nas instituições de segurança pública: estudo técnico nacional*. Secretaria Nacional de Segurança Pública. (SENASP) – Brasília: Ministério da Justiça, 2013. 184p. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?ViewID=%7BCF2BAE97%2D81BC%2D448%2D95B9%2D983F1CC404DA%7D¶ms=itemID=%7BD6879A43%2DEA3%2D4F16%2D91D2%2DCAF1C9DDB19%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C%21C72%2D4347%2DBE11%2DA26F70F4CB26%7D>>. Acesso em 27/abr./2013.

BLILEY,A.V.; FERRANS,C.E. Quality of life after coronary angioplasty. *Heart Lung*, v. 22, n. 3, p. 193-9, 1993.

BEATON, D. E. et al. Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE*, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/76484991/Guidelines-for-the-Process-of-Cross-Cultural-Adaptation-of-Self-Report-Measures>. Acesso em: 24/mar./2012.

BERGSON, H. *Dicionário de ciências sociais*. Rio de Janeiro: FGV, 1986. p. 1248- 9.

BERGAMO JUNIOR, A. *O trabalho de pessoas com deficiência em empresas privadas*. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2009.

BERNAL, A. O.; ALONSO, J. A. F.; ALVAREZ, A. I. G. Satisfacción laboral en empresas: un estudio comparativo [online]. *Revista Electrónica Iberoamericana de Psicología Social*. v. 1. n. 0. out. 1998.

Disponível em:<http://www.uniovi.es/user_htm1/benero/REIPS/vIn0/articulo8.html>. Acesso em: 30/abr./2012.

BITENCOURT, C. et. al. Gestão contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais. Porto Alegre: Bookman, 2004. BORGES, L. O.; YAMAMOTO O. H. O mundo do trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Orgs). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. São Paulo: Artmed, 2004.

BOTTOMORE, T. *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001 (Obra de Referência).

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Abordagens e mensuração da qualidade de vida no trabalho de enfermagem: produção científica. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 15, n.4, p. 584-589, out./dez. 2007.

Sergio Martins Lopes

CAMPOS, M. P. A. (im)possibilidade das pessoas com deficiência – uma discussão acerca das terminologias e dos conceitos. *UNIrevista*. v. 1, n. 2, abr. 2006.

CAMPOS, R. M. *Satisfação da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) no ambiente de trabalho*. 2005. 127p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2005.

CARLLOTO, S. M.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do questionário de Satisfação no Trabalho (20/23). *PsicoUSF*, Itatiba, v. 13, n.2, dez. 2008.

CARVALHO-FREITAS, M. N. *A Inserção de pessoas com deficiência em empresas brasileiras. Um estudo sobre as relações entre concepções de deficiência, condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho*. 2007. 314 f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

_____. Análise da Inserção e Gestão do Trabalho de Pessoas com Deficiência: um Estudo de Caso. Encontro Anual da associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 31, 2007, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos*. Rio de Janeiro: EnANPAD, 2007b.

CARVALHO-FREITAS, M.N.; SUZANO, J.C.; ALMEIDA, L.A.D. Atitudes dos gestores no setor de serviços frente à inserção de pessoas com deficiência como clientes potenciais. XXXII. ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO. *Anais...* Rio de Janeiro, 2008.

CARVALHO-FREITAS, M. N.; MARQUES, A. L.; ALMEIDA, L. A. D. Pessoas com Deficiência: Comprometimento Organizacional, Condições de Trabalho e Qualidade de Vida no Trabalho. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 2, n. 2, jul/dez. 2009. p. 92 – 105.

Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/search/advancedResults>>. Acesso em: 27/abr./2013.

CARVALHO-FREITAS, M. N.; MARQUES, A. L. Satisfação das pessoas com deficiência no trabalho. In: CARVALHO-FREITAS, M. N.; MARQUES, A. L. (Org.). *O trabalho e as pessoas com deficiência: Pesquisas, Práticas e Instrumentos de Diagnóstico*. 1. ed. (ano 2008), 2ª reimpr., Curitiba: Juriá, 2010.

CARVALHO-FREITAS, M. N.; SILVA, L. M.; FARIAS, S.P.M.; GOMES, R. P. Satisfação no trabalho e comprometimento organizacional: um estudo comparativo entre pessoas com e sem deficiência. In: 16º Encontro Nacional da ABRAPSO, 2011, Recife. *Anais do 16º Encontro Nacional da ABRAPSO*. Recife: ABRAPSO, 2011. v. 16. p. 1-16.

CARVALHO, K. M. Os desafios da inclusão da pessoa com deficiência no ambiente de trabalho. In: CARVALHO-FREITAS, M. N.; MARQUES, A. L. (Org.). *O trabalho e as pessoas com deficiência: Pesquisas, Práticas e Instrumentos de Diagnóstico*. 1. ed. (ano 2008), 2ª reimpr., Curitiba: Juriá, 2010.

CICONELLI, R. M. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36- item Short-form Health Survey (SF-36)*. 1997. Tese [Doutorado] – Universidade Federal de São Paulo, EPM, São Paulo, 1997.

CONSTANTINO, M. A. C. *Avaliação da qualidade de vida: desenvolvimento e validação de um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à Comunidade da Universidade*

Sergio Martins Lopes

de São Paulo - USP. 2008. Tese (Doutorado em Nutrição Humana Aplicada) - Nutrição Humana Aplicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/89/89131/tde-13052008-154058/>>. Acesso em: 24/mar./2012.

CORREIA, A.C. Um instante de reflexão sobre o homem e o trabalho. *Caderno de Pesquisa em Administração*, São Paulo, v. 1, n. 1, 2000.

COWAN, M.; YOUNG-GRAHAM, K.; COCHRANE, B. Comparison of a theory of quality of life between myocardial infarction and malignant melanoma: a pilot study. *Prog. Cardiovasc. Nurs.*, v. 7, n. 1, p. 18-28, 1992.

CURA, M. L. A. D.; RODRIGUES, A. R. F. Satisfação profissional do enfermeiro. *Revista latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 21-28, out. 1999.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisa sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas de São Paulo. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 523-8, jul./ago. 2003.

DRUCKER, F. P. Introdução a administração. 3. ed. , São Paulo: Pioneira, 1998.

DESCANIO, D.; LUNARDELLI, M. C. Saúde e qualidade de vida na empresa familiar. *Rev. Psicol. Organ. Trab.*, Florianópolis, v. 7, n. 1, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198466572007000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25/mar. / 2012.

DI LASCIO, C. M. D. S. Satisfação no desempenho profissional da enfermeira: estudo sobre necessidades psicossociais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 209-348, dez. 1980.

DUNN, S. A.; LEWIS, S. L.; BONNER, P. N.; MEIZE-GROCHOWSKI, R. Quality of life for spouses of CAPD patients. *ANNA J*, v. 21, n. 5, p. 237-46, 1994.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J. Adv. Nurs.*, v. 22, p. 502-8, 1995.

FERRANS, C. E. Quality of life: conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, v. 6, p. 248-254, 1990.

FERRANS, C. E. Development of a conceptual model of quality of life. *Schol Inquiry Nurs. Pract.* v. 10, n. 3, p. 293-304, 1996.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Quality of Life Index: development and psychometric properties. *Adv. Nurs. Sci.*, v. 8, n. 1, p. 15-24, 1985.

FERRANS, C.; POWERS, M. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res. Nurs. Health.* v. 15, n. 1, p. 29-38, 1992.

FERREIRA, D. B.; STEFANO, S. R. Qualidade de vida no trabalho (qvt dos profissionais de recursos humanos em empresas de grande porte na região de Guarapuava. *Revista Eletrônica Lato Sensu*, UNICENTRO, v. 5, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento e avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira e Psiquiatria*. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 2, jun./mar. 1999.

FONSECA, R. T. M. *O trabalho protegido do portador de deficiência (histórico)*. Advocacia

Sergio Martins Lopes

pública e sociedade. São Paulo, v.1, n. 1, Max Limonad, 1997. Publicação Oficial do Instituto Brasileiro de Advocacia Pública, p. 135-139, 1997.

FUNG-KAM, L. Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, London, v. 27, p. 355-363, 1998.

GRUTSCH, J. F. et al. The association of quality of life with potentially remediable disruptions of circadian sleep/activity rhythms in patients with advanced lung cancer. *BMC Cancer*, v. 11, 2011.

GLAT, R. Refletindo sobre o papel do psicólogo no atendimento ao deficiente mental: além do diagnóstico. *Revista de Psicologia Social e Institucional*, UEL, v. 1, n. 1, jan. 1999. Disponível em: <<http://www.2.ccb/psicologia/revista/refletindo.html>>. Acesso em: 11/abr./2012.

GIANINI, P. E. S.; CHAMLIAN, T. R.; ARAKAKI, J. C. Dor no ombro em pacientes com lesão medular. *Acta Ortopédica Brasileira*, v. 14, n. 1, p. 44-47, 2006.

GOLDFARB, C. L. *Pessoas Portadoras de Deficiência e a Relação de Emprego: o Sistema de Cotas no Brasil*. Curitiba: Juruá, 2007.

GOLIN, A. F. *O trabalhador portador de deficiência visual: um estudo de caso*. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Rio Grande do Sul, 2003.

GOMES, E. C. V. V. *Qualidade de vida profissional em assistentes sociais da cidade Campo Grande*. 2007. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2007.

GORZ, A. *Metamorfoses do Trabalho: Crítica da razão econômica*. Tradução de Ana Montoia. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2007. 247p

GOULART, I. B.; SAMPAIO, J. R. Qualidade de Vida no Trabalho: Uma Análise de Experiência de Empresas Brasileiras. In: SAMPAIO, J. R. (Org.). *Qualidade de Vida no Trabalho e Psicologia Social*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GOULART, I.B.; COIMBRA,C.E.P. Inserção de Pessoas com Deficiência numa Empresa da Reflorestamento: um estudo de caso. Rio de Janeiro/RJ. *EnANPAD*, 2008.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, v. 24, n. 2, 1995. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/pdfplus/10.3109/03009749509099285>>. Acesso em: 24/mar./2012.

HACKER, E. D. et al. Fatigue and Physical Activity in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant. *CONCOLOGY NURSING FORUM*, v. 33, n. 3, 2006.

HALABI J. O. Psychometric properties of the Arabic version of Quality of Life Index. *Journal of Advanced Nursing*, v. 55, n. 5, p. 604–611, 2006.

HANDY, J. R.; ASAPH, J. W.; SKOKAN, L.; REED, C. E.; KOH, S.; BROOKS, G.; DOUVILLE, E. C.; TSEN, A. C.; OTT, G. Y.; SILVESTRI, G. A. What happens to patients undergoing lung cancer surgery? *Chest*, v. 122, n. 1, p. 21-30, 2002.

HAIR, J. F. Jr. *Multivariate data analysis*. 5th edition. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, 1998.

HEINSKI, R. M. M. S. Um estudo sobre a inclusão da pessoa portadora de deficiência no

Sergio Martins Lopes

mercado de trabalho. XXVIII ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO. 2004. Curitiba. *Anais...* Curitiba, 2004.

HERNANDEZ, J. A. E.; MELO, F. M. The organizational climate and the employees satisfactions in an Integrated Medical Center. *Rev. Psicol. Organ. Trab.*, Florianópolis, v. 3, n. 1, jun. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198466572003000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11/mai./2012.

HUGHES, K. K. Psychosocial and functional status of breast cancer patients. *Cancer Nurs.* v. 16, n. 3, p. 222-9, 1993.

IGLESIAS, R. B. *Qualidade de vida de alunos trabalhadores que cursam a graduação em enfermagem*. 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2000*. Sistema IBGE de Recuperação Automática – Sidra. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05/mar./2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Sistema IBGE de Recuperação Automática – Sidra. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>>. Acesso em: 29/jul./2012.

INSTITUTO ETHOS. *Perfil social, racial e de gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas ações afirmativas: Pesquisa 2010*. São Paulo: Ethos e Ibope, 2010.

_____. *O que as Empresas podem fazer pela Inclusão das Pessoas com Deficiência*. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.ethos.org.br>>. Acesso em: 11/abr./2012.

IMRIE, R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociol. Health Illness.*, v. 23, n. 3, p. 287-305, 2004.

KAWAKAME, P. M. G. *Validação do Quality of Life Index de Ferrans e Powers para estudantes de graduação em enfermagem*. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2001.

KAWAKAME, P.M.G.; MIYADAHIRA, A.M. K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. *Rev. Esc. Enferm.*, USP, v. 39, n. 92, p. 164-72, 2005.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida – Aspectos conceituais. *Revista Salus*, Guarapuava-PR. v.1, n. 1, jan./jun. 2007.

KIMURA, M. *Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”, de Ferrans e Powers*. 1999. Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1999.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. Índice de Qualidade de Vida de ferrans e Powers. *Rev Esc. Enferm. USP*, v. 43, (Esp), p. 1098-104, 2009.

KING, R. Quality of life Stroke. *Stroke*, v. 27, n. 9, p. 1468-72, 1996.

LEVASSEUR, M.; DESROSIERS, J.; NOREAU, L. Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disabil Rehabil*, v. 26 n.20, p. 1206-1213, 2004.

LEVASSEUR, M.; DESROSIERS, J.; ST-CYR TRIBBLE, D. Subjective Quality-of-Life

Sergio Martins Lopes

Predictors for Older Adults with Physical Disabilities. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 87(10):830-841, October 2008.

LEVIN, R. D.; DAEHLER, M. A.; GRUTSCH, J. F.; QUITON, J.; LIS, C. G.; PETERSON, C.; GUPTA, D.; WATSON, K.; LAYER, D.; HUFF-ADAMS, S.; DESAI, B.; SHARMA, P.; WALLAM, M.; DELIOUKINA, M.; BALL, P.; ASHFORD, M.; COPELAND, D.; OHMORI, M.; WOOD, P.A.; HRUSHESKY, W. J. M. Circadian function in patients with advanced non-small-cell lung cancer. *British Journal of Cancer*, v. 93, n. 11, p.1202-1208, 2005.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. *Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial*. São Paulo: Atlas, 2004.

LINO, M. M. *Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva*. 2004. Tese [Doutorado em Saúde do Adulto] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17112004-151221/>>. Acesso em: 24/mar./2012.

LIPP, M. N. *Stress, Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida: Um guia de tratamento para o hipertenso*. Campinas: Papyrus, 1994.

LOCKE, E. A. The nature and causes of job satisfaction. In: DUNNETTE, M. D., (Editors). *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally, 1976. p. 1297-349.

LOCKE, E. A. Job satisfaction. In: GRUNEBERG, M.; WALL, T. (Eds.). *Social psychology and organizational behavior*. Londres: John Wileyand Sons, 1984. p. 93-117.

MACHADO, R. C. B. R. *Validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers para a população geral do município de Londrina*. 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2000.

MAIA, A. C. B. A importância das relações familiares para a sexualidade e a autoestima de pessoas com deficiência física; *Psicologia.com.pt* - O Portal dos Psicólogos. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>>, 2009. Acesso em 31/mar./2013.

MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T.; LANCMAN, S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v.19, n. 2, ago. 2008. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141591042008000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07/abr. /2012.

MARTINS, M. C. F. *Satisfação no trabalho: elaboração de instrumento e variáveis que afetam a satisfação*. 1985. 204p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 1985.

MARTINS, M. C. F.; SANTOS, G. E. Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. *Psico-USF (Impr.)*, Itatiba, v. 11, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712006000200008&ng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21/ abr. /2012.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. psicol. soc. trab.*, São Paulo, v.6, dez. 2003.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B.; LATORRE, M. R. D. O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev. Saúde Pública*, v.38, n.1, p.55-61,

Sergio Martins Lopes

fev. 2004.

MARUCCO, M.; GIL-MONTE, P. R. Satisfacción laboral en pediatras del conurbano bonaerense, Región Sur. *Rev. chil. pediatr.*, Santiago, v. 78, n. 5, oct. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062007000500006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11/ mai./2012. doi:10.4067/S0370-41062007000500006

MARQUES, L. F. Qualidade de Vida, uma aproximação conceitual. *Psico.*, Porto Alegre, v.27, n.2, p. 49-62, 1996.

MARX, K. *O capital: crítica da economia política*, livro primeiro: o processo de produção do capital, volume I e II. 27. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010. 2 v.

MATSUDA, L. M. ;ÉVORA, Y. D. M. Satisfação profissional em uma UTI adulto: subsídios para a gestão da equipe de enfermagem. *Revista Nursing*, v. 56, n.6, jan. 2003.

MAY, L. A.; WARREN, S. Measuring quality of life of persons with spinal cord injury: external and structural validity. *Spinal Cord*, v. 40, p. 341-350, 2002.

MAZZOTTA, M. J. S. *Fundamentos de educação especial*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

_____. Reflexões sobre a inclusão com responsabilidade. Simpósio Internacional sobre Deficiência Visual – América Latina e Inclusão Social: Avanços e Desafios Futuros, São Paulo, 28 set. 2005, promovido por ASSOCIAÇÃO LARAMARA. *Revista @ambienteeducação*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 165-168, ago./dez. 2008.

MELIÁ, J. L. Y.; PEIRÓ, J. M. El Cuestionario de Satisfacción S10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, v. 4, n. 11, p. 179-187, 1989.

MELIÁ, J. L.; PEIRÓ, J. M. Y.; CALATAYUD, C. El Cuestionario General de Satisfacción em Organizaciones Laborales: Estudios factoriales, fiabilidad y validez (Presentación del Cuestionario S4/82). *Millars*, v. 11, p. 43-77, 1986.

MENEGUIN, S. *Qualidade de vida de pacientes com cardiopatias valvares*. 2001. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2001.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho* 2. ed. Brasília: MTE, Secretaria de Inspeção do Trabalho - SIT, 2007.

MORAES, L. F. R.; PEREIRA, L. Z. ; LOPES, H. E. G.; ROCHA, D. B.; FERREIRA, S. A. A. Estresse e qualidade de vida no trabalho na Polícia Militar do Estado de Minas Gerais. *Anais... do 24 ENANPAD*. 2001.

MUNRO B. H, PAGE E. B. *Statistical methods for health care research*. 2^a ed. Philadelphia (PA): Lippincott; 1993.

NASCIMENTO, E. S.; MIRANDA, T. G. O trabalho e a profissionalização das pessoas com deficiência. *R. Faced.*, Salvador, n. 12, p. 169 – 184, jun/dez. 2007.

NERI, M. et al. *Retratos da Deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2003.188 p.

Sergio Martins Lopes

NOCE, F.; SIMIM, M.A.M.; MELLO, M.T. A percepção de Qualidade de Vida de pessoas portadoras de deficiência física pode ser influenciada pela prática de atividade física. *Rev. Bras. Med. Esporte*. V. 15, n. 3. Mai/Jun, 2009.

NOGUEIRA, E. J. *Rede de relações sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários*. Campinas, SP: 2001. Tese. (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, UNICAMP, 2001.

OLIVEIRA, A.A.S. O conceito de deficiência em discussão: representações sociais de professores especializados. Marília: *Rev Bras Ed Esp*, v. 10, n. 1, p. 43-58, jan.-abr. 2004.

OMENTE, S. Perspectivas para conceituação de deficiências. *Revista Brasileira de Educação Especial*. Marília, v.2, n. 4, p.127-135, 1996.

OMS/OPAS *Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde, CIF*. São Paulo: EDUSP, 2003.

ONU - Organização das Nações Unidas. *Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*: aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 13 de dezembro de 2006. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-com-deficiencia/>>. Acesso em: 05/04/2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. *Gestão de questões relativas à deficiência no local de trabalho: repertório de recomendações práticas*. 2. ed. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/info/downloadfile.php?fileId=255>>. Acesso em: 05/04/2012.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO.

Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/spanish/sitemap.htm>>. Acesso em: 03/03/2012.

PAPADANTONAKI, A.; STOTTS, N.; PAUL, S. Comparison of quality of life before and after coronary artery bypass surgery and percutaneous transluminal angioplasty. *Heart Lung*, v. 23, n. 1, p. 45-52, 1994.

PASTORE, J. *Oportunidades de trabalho para portadores de deficiência*. São Paulo: LTr, 2000.

PAZINI M. H.; STEFANO, S. R. Qualidade de Vida no Trabalho e Satisfação: um estudo multi-casos com os funcionários das empresas do sistema “S”. Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho, II, 2009, Curitiba. *Anais...* Curitiba: EnGPR, 2009.

PEDRO, N.; PEIXOTO, F. Satisfação profissional e auto-estima em professores dos 2 e 3 ciclos do ensino básico. *Análise Psicológica*. Lisboa, v. 24, n. 2, p. 247-262, abr. 2006.

PEREIRA, C. S.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Qual o significado do trabalho para as pessoas com e sem deficiência física? *Psico-USP*, v. 13, n. 1, p. 105-114, jan./jun. 2008.

PONTE, T. M. *Satisfação profissional: perfil dos cirurgiões dentistas que exercem suas atividades em empresa do setor privado*. 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, 2009.

PORTUGAL. Secretariado Nacional de Reabilitação. *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps): Um manual de classificação das consequências das doenças (CIDID)*. Lisboa: SNR/OMS, 1989.

RABELO D.F.; NERI A.L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente a

Sergio Martins Lopes

incapacidade funcional na velhice. *Psicol Estud*, v.10, p.403, 2005

RANNESTAD, T.; SKJELDESTAD, F. E. Pain and quality of life among long-term gynecological cancer survivors: a population-based case-control study. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. v. 86, p. 1510-1516, 2007.

RANNESTAD, T. et al. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. v. 80, p. 46–51, 2001.

_____. Quality of life among long-term gynaecological cancer survivors. *Scand J Caring. Sci*, v. 22, p. 472–477, 2008.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, v.41, n. 2, p. 244-250, abr. 2007.

REIS NETO, M. T.; MARQUES, A. L. A satisfação dos profissionais de informática com os fatores motivacionais: um estudo sobre expectativas e percepções. Disponível em: <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/rn/article/viewFile/301/288>>. Acesso em: 02/mar./2012.

REGO, A. Percepções de justiça: estudos de dimensionalização com professores do ensino superior. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 17, n. 2, ago. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722001000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25/mai./2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S010237722001000200004>.

RESENDE, M. C. *Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física*. 129 p. Campinas, SP: 2006. Tese (Doutorado em Educação - Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação), Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 2006.

RESENDE, M. C.; CUNHA, C. P. B.; SILVA, A. P.; SOUZA, S. J. Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. *Ciências & Cognição*, v.10, p. 164-177, 2007.

ROBBINS, S. P. *Comportamento organizacional*. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

RODRIGUES, M. V. C. *Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. 9. ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes, 2002.

ROPER, N.; LOGAN, W.W.; TIERNEY, A.J. *Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney*. 1ªed. Portugal: Climepsi editores, 2001. 198p.

ROSS, P. R. *A categoria do trabalho como Pressuposto Histórico-Social do Homem Não-Visual*. 1993. Dissertação. (Mestrado em Educação) – Curso de Pós- Graduação em Educação, UFPR, Curitiba, 1993.

RUSTOEN, T.; WIKLUND, I.; HANESTAD, B.; BURCKHARDT, C. Validity and reliability of the Norwegian version of the Ferrans and Powers Quality of Life Index. *Scandinavian Journal of Caring Science*, v. 13, n. 2, p. 96-101, 1999.

SAANE, N. V. et al. Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction – a systematic review. *Occupational Medicine*, v. 53, n. 3, p. 191-200, 2003.

SAETA, B. R. P. Gestão educacional e alunos com necessidades especiais: novos desafios. In: PEREIRA, B. R; NASCIMENTO, M. L. B. P. (Org.) *Inclusão e exclusão: múltiplos contornos da educação brasileira*. 2. ed., São Paulo: Expressão e Arte, 2008.

Sergio Martins Lopes

SAMMARCO, A.; KONECNY, L. M. Quality of Life, Social Support, and Uncertainty Among Latina Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, v. 35, n. 5, 2008.

_____. Quality of Life, Social Support, and Uncertainty Among Latina and Caucasian Breast Cancer Survivors: A Comparative Study. *Oncology Nursing Forum*, v. 37, n. 1, Jan. 2010.

SANTOS V. L. C. G.; CHAVES, E. C.; KIMURA, M. Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* v. 33, n. 5, p. 503-9.2006

Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nxtActon=lnk&base=MEDLINE&exprSearch=17133138&indexSearch=UI&lang=i>>. Acesso em: 26/mar./2012.

SANTOS, P. R. Relação do sexo e idade com o nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.32, p 356-9.2006.

SASSAKI, R. K. *Inclusão: Construindo uma sociedade para todos*. 7. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2007.

_____. Inclusão implica em transformação. São Paulo: *Revista Nacional de Reabilitação*, ano IX, n. 43, p. 9-10, mar./abr. 2005.

_____. Vida independente: história, movimento, liderança, conceito, reabilitação, emprego e terminologia. *Revista Nacional de Reabilitação*, São Paulo, p. 12-36, 2003.

SCHMIDT, D. R. C. *Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico*. 2004. 185 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30/Mar./2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>.

STEFANO, S. R.; GATTAI, M. C. P.; ROSSINI, V. B. et. al. *Satisfação da qualidade devida no trabalho com relação aos biopsicossociais e organizacionais: um estudo comparativo entre docentes de uma universidade pública e uma universidade privada*. SEMEAD, 2005.

SIGNORINI, M. *Qualidade de vida no trabalho e as dimensões da satisfação, do saber e do sagrado no trabalho significativo*. Rio de Janeiro Taba Cultural, 2000.

SIGSTAD, H. M. H.; STRAY-PEDERSEN, A.; FROLAND, S. S. Coping, quality of life, and hope in adults with primary antibody deficiencies. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 3, n. 31, 2005.

SIQUEIRA, M. M. *Satisfação no trabalho*. 1978. 81p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 1978.

SIQUEIRA, V. T. A. *Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de Recursos Humanos em Enfermagem*. 2010. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SILVA, G. P. *O significado do trabalho para o deficiente visual*. 2007. 107f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

SILVA JÚNIOR, N. A. *Satisfação no trabalho: um estudo entre funcionários dos hotéis de*

Sergio Martins Lopes

João Pessoa. *Psico-USF*, v.6, n.1, p.47-57, jan./jun. 2001.

SILVA, P. L. *Qualidade de vida de crianças e adolescentes com paralisia cerebral*. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2012.

SILVEIRA NETO, R. M.; MENEZES, T. A.. Preferência revelada e arbitragem espacial: determinando um ranking de qualidade de vida para as regiões metropolitanas do Brasil. *RBE*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. 361–380, out./dez. 2008.

SINGER, M.A.; HOPMAN, W.M.; MACKENZIE, T.A. Physical functioning and mental health in patients with chronic medical conditions. *Qual Life Res.* v. 8, p. 687-91.1999.

SKJELDESTAD, F. E.; RANNESTAD, T. Urinary incontinence and quality of life in long-term gynecological cancer survivors: A population-based cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica.* v. 88, p. 192-199, 2009.

SOARES, B. M.; MUSUMECI, L. *Mulheres policiais: presença feminina na Polícia Militar do Rio de Janeiro*. v. 1. Rio de Janeiro. Editora Record, 2005. 307 p.

SORIANO, J. B.; WINTERSTEIN, P. J. Satisfação no trabalho do professor de educação física. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 145-59, jul./dez. 1998.

SOUZA, P. V. *A colocação da pessoa com deficiência no mercado de trabalho*. 1999. Tese [Doutorado em Educação] – UNICAMP, Campinas, 1999.

STUIFBERGEN, A. Health – promoting behaviors and quality of life among individuals with multiple sclerosis. *Sch. Inq. Nurs. Pract.* , v. 9, n. 1, p. 31-50, 1995.

SUAID, H. J.; ROCHA, J. N.; MARTINS, A. C. P.; COLOGNA, A. J.; SUAID, C. A.; RIBEIRO, A. G. B.; SALZEDAS, P. L. Abordagem pelo urologista da sexualidade no lesado raquimedular. *Acta Cirúrgica Brasileira.* v. 17, p. 41-3, 2002. Suplemento 3.

TEIXEIRA, A. M.; GUIMARAES, L. Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva. *Rev. Mal-Estar Subj.*, Fortaleza, v. 6, n. 1, mar. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482006000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07/abr. /2012.

TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. A. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev. Bras. Med. Esporte*, Niterói, v. 15 n. 3, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151786922009000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26/ Mar. /2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922009000300001>.

VASH, C. L. *Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação*. São Paulo: Pioneira. 1988. p. 101-123.

WAGNER, J. A.; HOLLENBECK, J. R. *Comportamento organizacional: criando vantagem competitiva*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. 496 p.

WEREBE, M. J. G. Corpo e sexo: imagem corporal e identidade sexual. In: D'AVILA NETO, M. I. *A negação da deficiência: a instituição da diversidade*. Rio de Janeiro: Achiamé/Socii, 1984. p.43-55.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva, 1993.

Sergio Martins Lopes

YAMADA, B. F. A. *Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas*. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2001.

_____. *Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers: construção e validação da versão feridas*. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-18052009-105008/>>. Acesso em: 2012-05-19.

YAKAMOTO, K. Mercado de trabalho: para quem tem visão. *Revista 20/20*, São Paulo, jul. 2006. Disponível em: <http://www.2020brasil.com.br/publisher/preview.php?edicao=0706&id_mat=1383>. Acesso em: 12/ abr. /2012.

ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. *J. Adv. Nurs.* v. 17, p. 795-800, 1992.

APÊNDICES



APÊNDICE A**Dados pessoais**

1. Sexo:

 Masculino Feminino

2. Faixa Etária:

 Abaixo de 20 anos 20-25 anos 26-30 anos 31-35 anos Acima de 35 anos

3. Estado Civil:

 Solteiro (a) Casado (a) Desquitado (a) Divorciado (a) Viúvo (a) Outro _____.

4. Indique o seu grau de escolaridade mais elevado:

 Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto Ensino Médio completo Superior Médio incompleto – Curso _____. Superior Médio completo – Curso _____. Especialização – Curso _____. Mestrado – Curso _____. Doutorado – Curso _____.

5. Tipo de deficiência física:

 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 posterior) Monoparesia Perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior) 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. Tri paresia 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) Amputação Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro. Outro Qual

Sergio Martins Lopes

6. Você utiliza algum equipamento devido a sua deficiência física ?

- () Sim assinale abaixo: () Não
- () Cadeira de rodas
 () Muletas
 () Andador
 () Bengala
 () Próteses/órteses
 () Outros: _____.

Dados ocupacionais

7. Há quanto tempo você trabalha nesta empresa/instituição?

- () Menos de 1 ano
 () De 1 a 5 anos
 () De 5 a 10 anos
 () De 10 a 15 anos
 () De 15 a 20 anos
 () Mais de 20 anos

8. Área em que trabalha: _____.

9. Cargo que ocupa: _____.

10. Por favor, indique o faixa salarial total:

- () Até 1 salário-mínimo
 () De 2 a 4 salários-mínimos
 () De 4 a 7 salários-mínimos
 () De 8 a 10 salários-mínimos
 () De 11 a 15 salários-mínimos
 () De 16 a 20 salários-mínimos
 () Acima de 20 salários-mínimos

11. Assinale a quantidade de itens que você tem em sua residência.

Posse de itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Videocassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

12. Qual grau de instrução do chefe de família?

- () Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau
 () Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau
 () Fundamental completo/ 1º. Grau completo
 () Médio completo/ 2º. Grau completo
 () Superior completo

***Aqui terminamos o nosso questionário. Por favor, verifique se não deixou algum item ou página sem resposta.
 Queremos agradecer novamente a contribuição dada a nossa pesquisa, a receptividade e o tempo despendido por você.***

APÊNDICE B

Estudos publicados em diversos países utilizando o Quality of Life Index (QLI).

ANO	TÍTULO	PUBLICAÇÃO	AUTORES
2010	Impact of Penile Injections on Men With Erectile Dysfunction after Prostatectomy	Society of Urologic Nurses and Associates Urologic Nursing,	Albaugh, J A.; Ferrans, C. E.
2007	The reliability and validity study of the Turkish version of Ferrans and Power's Quality of Life Index for dialysis patients.	Archives of Neuropsychiatry.	Korkut, Y.
2006	Analyse du concept qualité de vie dans le contexte des personnes âgées avec incapacités physiques. Canadian Journal of Occupational Therapy	Canadian Journal of Occupational Therapy	Levasseur, M., St-Cyr Tribble, D. & Desrosiers, J.
2006	Validity and reliability of the Turkish version of the Ferrans and Powers quality of life index diabetes version	Saudi Medical Journal	Ozer, Z.C., & Efe, E.
2006	Fatigue and physical activity in patients receiving hematopoietic stem cell transplantation.	Oncology Nursing Forum	Hacker, E., Ferrans, C., Verlen, E., Ravandi, F., van Besien, K., Gelms, J., Dieterle, N.
2005	Circadian function in patients with advanced non-small-cell lung cancer.	British Journal of Cancer	Levin, R.D., Daehler, et al.
2005	Coping, quality of life, and hope in adults with primary antibody deficiencies.	Health and Quality of Life Outcomes	Sigstad, H.M.H., Stray-Pedersen, A., & Frøland, S.S.
2005	Quality of life in implanted cardioverter defibrillator recipients: The impact of a device shock.	Heart & Lung	Carroll, D.L., Hamilton, G.A., & Norway, O.
2005	Polysomnographic measures of nocturnal sleep in patients on chronic, intermittent daytime haemodialysis vs. those with chronic kidney disease.	Nephrology Dialysis Transplantation	Parker, K.P., Bliwise, D.L., Bailey, J.L., & Rye, D.B.
2005	Long-term quality of life and uncertainty in patients living with an implantable cardioverter defibrillator.	Heart and Lung	Flemme I, Edvardsson N, Hinic H, Jinhage B-M, Dalman M, Fridlund B.
2005	Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction.	Journal of Advanced Nursing	Kristofferzon, M.L., Löfmark, R., & Carlsson, M.
2005	Quality of life in atrial fibrillation: The atrial fibrillation follow-up investigation of rhythm	American Heart Journal	AFFIRM Investigators
2005	Dementia from the inside: how people with early-stage dementia evaluate their quality of life.	Ageing & Society	Katsuno, T.
2005	Using the Ferrans and Powers Quality of Life Index of Dialysis: A comparison of quality of life in older and younger African Americans	Topics in Geriatric Rehabilitation	Greene, R.A.
2005	The effects of short-term and long-term pulmonary rehabilitation on functional capacity, perceived dyspnea, and quality of life	Chest	Verrill, D., Barton, C., Beasley, W., & Lippard, W.M.
2005	Quality of life in women following coronary artery bypass graft surgery.	Nursing Science Quarterly	Penckofer, S., Ferrans, C.E., Fink, N., Barrett, M.L., & Holm, K.
2005	Secondary conditions and life satisfaction among polio survivors.	Rehabilitation Nursing	Stuifbergen, A.K.
2005	An explanatory model of health promotion and quality of life for persons with post-polio syndrome.	Social Science & Medicine	Stuifbergen, A.K., Seraphine, A., Harrison, T., & Adachi, E.

Continua

Sergio Martins Lopes

Continuação

2005	ATRIAL FIBRILLATION AND QUALITY OF LIFE: CLARITY OR EVIDENCE-BASED	AMERICAN HEART JOURNAL	NEWMAN, D.
2005	Quality of life of individuals with chronic venous ulcers.	Wounds	Yamada, B.F.A., Santos, V.L.C.de G.
2004	Preliminary psychometric testing of the Fox Simple quality of life scale	Journal of Neuroscience Nursing	Fox, S.
2004)	Huang, S.M., Lee, C.H., Chien, L.Y., Liu, H.E., & Tai, C.J.	Postoperative quality of life among patients with thyroid cancer.	Journal of Advanced Nursing
2004	The effects of age on quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients.	Journal of Clinical Nursing	Hamilton, G.A., & Carroll, D.L.
2004	Predictors of patient satisfaction with in patient hospital nursing care.	Research in Nursing & Health	Larrabee, J.H., Ostrow, C.L., Withrow, M.L., Janney, M.A., Hobbs Jr. G.R., & Burant, C.
2004	Urban form and older residents' service use, walking, driving, quality of life, and neighborhood satisfaction.	American Journal of Health Promotion	Patterson, P.K., & Chapman, N.J.
2004	Comparing perceived quality of life in nursing homes and assisted living facilities.	Journal of Gerontological Social Work	Franks, J.S.
2004	Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer.	Oncology Nursing Forum	Schreier, A.M., & Williams, S.A.
2004	Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation.	Oncology Nursing Forum	Gaston-Johansson, F., Lachica, E.M., Fall-Dickson, J.M., & Kennedy, M.J.
2004	Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities?	Disability and Rehabilitation	Levasseur, M., Desrosiers, J. & Noreau, L.
2004	Quality of life and symptom severity for individuals with chronic fatigue syndrome: findings from a randomized clinical trial.	American Journal of Occupational Therapy	Taylor, R. R.
2004	The effects of nursing interventions to enhance mental health and quality of life among individuals with heart failure.	Applied Nursing Research	Scott, L.D., Setter-Kline, K., & Britton, A.S.
2004	Relationships between environment and quality of life of older adults with physical disabilities.	Physical & Occupational Therapy in Geriatrics	Levasseur, M., Desrosiers, J., & Noreau, L.
2004	Relationships between environment and quality of life of older adults with physical disabilities.	Physical & Occupational Therapy in Geriatrics	Levasseur, M., Desrosiers, J., & Noreau, L.
2004	Autogenic training reduces anxiety after coronary angioplasty: A	American Heart Journal	Kanji, N., White, A.R., & Ernst, E.
2003	Nursing intervention for the quality of life of diabetic adults.	Clinical Effectiveness in Nursing	DeSouza, M.S., & Nairy, K.S
2003	Predictors of quality of life in women 1 year after myocardial infarction.	Progress in Cardiovascular Nursing	Rankin S.H., & Fukuoka, T.
2003	Living with achondroplasia in an average-sized world: An assessment of quality of life.	American Journal of Medical Genetics	Gollust, S.E., Thompson, R.E., Gooding, H.C., & Biesecker, B.B.
2003	Rate control versus rhythm control for the management of atrial fibrillation: the verdict of the AFFIRM trial.	Expert Opinion on Investigational Drugs	Salam, A.M.
2003	Genetic and gestational surrogate mothers experience of surrogacy.	Journal of Reproductive and infant psychology	Van Den Akker, O
2003	Quality of life and related factors for people living with HIV/AIDS in northern Taiwan.	Journal of Nursing Research	Yang, M.H., Chen, Y.M., Kuo, B.I.T., Wang, K.Y.

Continua

Sergio Martins Lopes

Continuação

2003	Quality of life among older survivors of breast cancer.	Cancer Nursing	Sammarco, A.
2003	Uncertainty and quality of life of older men who undergo watchful waiting for prostate cancer.	Oncology Nursing Forum	Wallace, M
2003	The coronary artery bypass experience: gender differences.	Heart & Lung	Keresztes, P.A., Merritt, S.L., Holm, K., Penckofer, S., & Patel, M.
2003	Personal spirituality of persons with early-stage	Dementia	Katsuno, T.
2003	Quality of life immediately after peripheral blood stem cell transplantation.	Cancer Nursing	Hacker, E.D., & Ferrans, C.E.
2003	Familial hypercholesterolaemia and quality of life in family members.	Preventive Medicine	Hollman, G., Olsson, A.G., & Ek, A.
2003	Clinical trial of interactive and videotaped educational interventions reduce infection, reactive depression, and rehospitalizations for sepsis in patients on home parenteral nutrition.	Journal of Parenteral and Enteral Nutrition	Smith, C.E, Curtas, S., Kleinbeck, S.V.M., Werkowitch, M., Mosier M., Seidner, D.L., & Steiger, E.
2003	Six-minute walk performance and quality of life comparisons in North Carolina cardiac rehabilitation programs.	Heart & Lung	Verrill, D.E., Barton, C., Beasley, W., Lippard, M., & King, C.N.
2003	The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women.	Journal of Transcultural Nursing	Martinez- Schallmoser, L., Telleen, S., & MacMullen , N.J.
2003	In the wake of the AFFIRM trial: What we still don't know about the management of atrial	Cardiac Electrophysiology Review	Wyse, D.G.
2002	Quality of life among mastectomy patients	Contemporary Nurse	Xiaokun, L.
2002	Predictors of quality of life at 1 month after implantation of a left ventricular assist device.	American Journal of Critical Care,	Grady, K.L., Meyer, P., Mattea, A., Dressler, D., Ormaza, S., White Williams, C., Chillcott, S., Kaan, A., Todd, B., Loo, A., Klemme, A.L., Piccione, W., & Costanzo, M. R
2002	Measuring quality of life of persons with spinal cord injury: external and structural validity.	Spinal Cord	May, L.A., & Warren, S.
2002	Psychometric testing of the NEECHAM confusion scale among patients with hip fracture.	Research in Nursing & Health	Johansson, I.S., Hamrin, E.K.F., & Larsson, G.
2002	Quality of life of elderly patients after treatment in the ICU.	Research in Nursing & Health	Kleinpell, R.M., & Ferrans, C.E.
2002	Changes in health status, psychological distress, and quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients between 6 months and 1 year after implantation.	European Journal of Cardiovascular Nursing	Carroll, D.L., Hamilton, G.A., & Kenney, B.J.
2002	Life situation related to the ICD implantation; self-reported uncertainty and satisfaction in Swedish and US samples.	European Journal of Cardiovascular Nursing,	Bolse, K., Flemme, I., Ivarsson, A., Jinhage, B.M., Carroll, D., Evardsson, N., Hamilton, G.A., Fridlund, B.
2002	Effects of enhanced external counterpulsation on health-related quality of life continue 12 months after treatment: A substudy of the multicenter study of enhanced external counterpulsation.	Journal of Investigative Medicine	Arora, R.R., Chou, T.M., Jain, D., Fleishman, B., Crawford, L., McKiernan, T., Nesto, R., Ferrans, C.E., & Keller, S.
2002	Measurement properties of the Calgary sleep apnea quality of life index.	American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine	Flemons, W.W., & Reimer, M.A.
2002	Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan	International Journal of Nursing Studies	Tsay, S.L., & Healstead, M.

Continua

Sergio Martins Lopes

Continuação

2002	Atrial fibrillation following investigation of rhythm management: AFFIRM trial outcomes. What might be their implication for arrhythmia control?	Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics	Singh, B.N.
2002	What happens to patients undergoing lung cancer surgery?	Chest	Handy, J.R., Asaph, J.W., Skokan, L., Reed, C.E., Koh, S., Brooks, G., Douville, E.C., Tsen, A.C., Ott, G.Y., & Silvestri, G.A.
2002	Quality of life in the antiarrhythmics versus implantable defibrillators trial.	Circulation	Schron, E.B., et al.
2002	Home parenteral nutrition: Does affiliation with a national support and educational organization improve patient outcomes?	Journal of Parenteral and Enteral Nutrition	Smith, C.E., Curtas, S., Werkowitch, M., Kleinbeck, S.V.M., & Howard, L.
2002	Quality of life instruments for caregivers of patients with cancer.	Cancer Nursing	Edwards, B., & Ung, L.
2002	Quality of life in patients with familial hypercholesterolaemia.	Journal of Internal Medicine	Hollman, G., Gullberg, M., Ek, A. C., Eriksson, M., & Olsson, A.G.
2001	Life situation of patients with an implantable cardioverter defibrillator a descriptive longitudinal study.	Journal of Clinical Nursing	Flemme I, Bolse K, Ivarsson A, Jinhage B-M, Sandstedt B, Edvardsson N, et al.
2001	Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors.	Cancer Nursing	Sammarco, A.
2001	Quality of life and patterns of nontraditional therapy use by patients with cancer.	Oncology Nursing Forum	Jordan, M., & Delunas, L.
2001	Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in southern Taiwan .	Public Health Nursing	Tseng, S.Z., & Wang, R.H.
2001	Quality of life measures and gender comparisons in North Carolina cardiac rehabilitation programs.	Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation	Verrill, D., Barton, C., Beasley, W., Brennan, M., Lippard, M., King, C.
2001	Measuring quality of life of persons with spinal cord injury: Substantive and structural	Quality of Life Research	May, L.A., & Warren, S.
2000	Quality of life and locus of control of migraineurs.	Clinical Excellence for Nurse Practitioners	Allen, L., Haririfar, M., Cohen, J., Henderson, M.
2000	Topical capsaicin in the management of HIV-associated peripheral neuropathy.	Journal of Pain and Symptom Management	Paice, J.A., Ferrans, C.E., Lashley, F.R., Shott, S., Vizgirda, V., & Pitrak, D.
2000	Social support in cyberspace for women with	Rehabilitation Nursing	Weinert, C.
2000	Changes in the importance of quality of life domains after cancer diagnosis.	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Rustøen, T., Wahl, A., & Burchardt, C.
2000	Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke.	Archives of Physical Medicine and Rehabilitation	Robinson-Smith, G., Johnston, M.V., & Allen, J.
2000	Quality of life comparisons: Gender and population differences in cardiopulmonary	Heart and Lung	McEntee, D.J., & Badenhop, D.T.
2000	Quality of life, pain, and psychological well-being in women suffering from gynecological disorders.	Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine	Rannestad, T., Eikeland, O.J., Helland, H., & Qvarnström, U.
2000	Caregiving and care receiving among a technologically dependent heart failure	Advances in Nursing Science	Scott, L.D.,
2000	The AFFIRM trial: Main trial and substudies-what can we expect?	Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology	Wyse, D.G.
2000	Quality of life and the high-dependency unit.	Intensive Critical Care Nursing	Brooks, N.
2000	Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life.	Research in Nursing and Health	Nesbitt, B. & Heidrich, S.

Continua

Sergio Martins Lopes

Continuação

2000	Nutritional status and its relationship to quality of life in a sample of chronic hemodialysis	Journal of Renal Nutrition	Laws, R., Tapsell, L., & Kelly, J.
2000	Depression post parto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia.	Colombia Medica	Canaval, G.E., Gonzalez, M.C., Martinez-Schallmoser, L., Tovar, M.C., Valencia, C.
1999	Adaptation after treatment for heart disease: Preliminary examination within a stress	Heart and Lung	Delunas, L. & Potempa K.
1999	Health status and health-related quality of life in long-term adult survivors of pediatric solid tumors.	International Journal of Cancer	Crom, D., Chathaway, D., Tolley, E., Mulhern, R., Hudson, M.
1999	Quality of life in newly diagnosed cancer patients.	Journal of Advanced Nursing	Rustoen, T., Moum, T., Wiklund, I., Hanestad, B.
1999	Validity and reliability of the Norwegian version of the Ferrans and Powers Quality of Life Index	Scandinavian Journal of Caring Science	Rustoen, T., Wiklund, I., Hanestad, B., Burckhardt, C.
1999	Quality of life comparisons after coronary angioplasty and coronary artery bypass graft	Heart and Lung	Skaggs, B. & Yates, B.
1999	Changes in health status and quality of life and the impact of uncertainty in patients who survive life-threatening arrhythmias.	Heart & Lung	Carroll, D., Hamilton, G., & McGovern, B.
1999	Caregiving effectiveness in families managing complex technology at home: replication of a	Nursing Research	Smith, C.E.
1999	Quality of life of stroke survivors.	Quality of Life Research	Kim, P., Warren, S., Madill, H., Hadley, M.,
1999	Helping others helps oneself: response shift effects in peer support.	Social Science and Medicine	Schwartz, C & Sendor, M.
1999	Preoperative psychosocial predictors of hospital length of stay after heart transplantation.	Journal of Cardiovascular Nursing	Grady, K., Jalowiec, A., White-Williams, C.
1998	Results of the multicenter enhanced external counterpulsation (MUST-EECP) outcomes study: quality of life benefits sustained six	Circulation	Aurora, R., Chou, T., Jain, D., Nesto, R., et al
1998	Comparison of stressors and quality of life of CAPD and hemodialysis patients.	American Nephrology Nurses Association Journal	Bihl, M., Ferrans C. & Powers, M.
1998	Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36.	Quality of Life Research	Schlenk, E., Erlen, J., Dunbar-Jacob, J., McDowell, D., Engberg, S., Sereika, S., Rohay, J., & Bernier, M.
1998	Factors associated with quality of life among patients on hemodialysis.	Nursing Research (China)	Chen, M. & Ku, N.
1998	Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients.	Cancer Nursing	Rustoen, T., Wiklund, I., Hanestad, B, Moum, T.
1998	Quality of life of patients with prostate cancer treated with surgery or radiation therapy.	Oncology Nursing Forum	Yarbro, C. & Ferrans, C.
1998	Comparison of three quality of life instruments in stable angina pectoris: Seattle Angina Questionnaire, Short Form Health Survey (SF-36), and Quality of Life Index - Cardiac Version	Journal of Clinical Epidemiology	Dougherty, C., Dewhurst, T., Nichol, P., & Spertus, J.
1998	Racial and gender differences in quality of life following kidney transplantation	Image: Journal of Nursing Scholarship	Johnson, C., Wicks, MK., Milstead, J., Hartwig, M., and Hathaway, D
1998	Quality of life: Effect of reduced spasticity from intrathecal baclofen.	Journal of Neuroscience Nursing	Gianino, J., York, M., Paice, J., Shott, S.

Continua

Sergio Martins Lopes

Continuação

1998	Correlates of satisfaction with social support at 3 months after heart transplantation.	Circulation,	Grady, K., Jalowiec, A., White-Williams, C.
1998	Quality of life 6 months after heart transplantation compared with indicators of illness severity before transplantation.	American Journal of Critical Care,	Grady, K., Jalowiec, A., White-Williams, C.
1998	Continuous positive airway pressure: patients and caregivers' learning needs and barriers to	Heart and Lung	Smith, C., Mayer, L., Metsker, C., Voelker, M.,
1998	Health resource utilization and quality of life outcomes of low-risk coronary artery bypass	Canadian Journal of Cardiovascular Nursing	Porter, H.
1997	Factors associated with quality of life among people with adult acute leukemia.	Nursing Research (Chinese)	Chow, S., Ku, N., Liu, H., Pai, L
1997	The quality of life of persons with chronic fatigue syndrome.	Journal of Nervous and Mental Disease	Anderson, J. & Ferrans, C.
1997	Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of	The American journal of psychiatry	Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H.,
1997	Quality of life in patients enrolled in the antiarrhythmics versus implantable defibrillators (AVID) trial.	Circulation	Jenkins, L., Steinberg, J., Kutalek, S., Cook, J., et al.
1997	Quality of life, hope, and uncertainty of cardiac patients and their spouses before coronary	Journal of Cardiovascular Nursing	Staples, P. & Jeffrey, J.
1997	Quality of life and breast cancer survivors: Psychosocial and treatment issues.	Cancer Practice	Lee, C.O.
1997	Impact of liver transplantation on quality of life: a longitudinal perspective.	Applied Nursing Research	LoBiondo-Wood, G., Williams, L., Wood, R., Shaw, B.
1997	HIV, self-transcendence, and quality of life.	Journal of the Association of Nurses in AIDS Care	Mellors, M.P., Riley, T., Erlen, J.
1996	Factors related to quality of life of adults after heart transplantation.	Nursing Research	Haug, K., Ku, N., Liu, H., Ho, H., Wei, J.
1996	Quality of life post-ablation/pacemaker implantation in patients with symptomatic atrial fibrillation.	Circulation	Jenkins, L., Ellenbogen, K., Kay, N., Guidici, M., et al
1996	Quality of life after stroke.	Stroke	King, R.
1996	The quality of life of renal patients: Trying to find the missing measurement.	International Journal of Nursing Studies	Killingworth, A., van den Akker, O.
1996	An exploration of quality of life and related factors for patients with colorectal cancer.	Nursing Research	Lin, C., Liu, H., Wang, J.
1996	Measuring quality of life in culturally diverse populations.	Journal of the National Cancer Institute Monographs	Warnecke, R., Ferrans, C., Johnson, T., et al.
1996	Quality of life in patients with atrial fibrillation.	Cardiology Clinics	Jenkins, L. & Bubien, R.
1996	Psychological correlates of quality of life across the autologous bone marrow transplant experience.	Cancer Nursing	Gaston- Johansson, F., Foxall, M.
1996	Psychosocial functioning and quality of life in patients with primary brain tumors.	Journal of Neurosurgery	Weitzner, M., Meyers, C., & Byrne, K
1995	The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Scale: Development of a brain subscale and revalidation of the general version in patients with primary brain tumors.	Cancer	Weitzner, M., Meyers, C., Gelke, C., Byrne, K., Cella, D., & Levin, V.
1995	The quality of life of patients with life-threatening arrhythmias.	Archives of Internal Medicine	Arteaga, W. & Windle, J.
1995	Gender differences in perceptions of quality of life in cardiac rehabilitation patients.	Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation	Deshotels, A., Planchock, N., Dech, Z., Prevost, S.
1995	Antiarrhythmics versus implantable defibrillators (AVID): Rationale, Design, and	American Journal of Cardiology	AVID Investigators
1995	Cognitive impairment and perceptions of quality of life among individuals with multiple sclerosis.	Nursing Research	Stuifbergen, A.

Continua

Sergio Martins Lopes

Continuação

1995	Health-promoting behaviors and quality of life among individuals with multiple sclerosis.	Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An	Stuifbergen, A.
1995	Quality of life in patients with symptomatic atrial fibrillation.	Circulation	Jenkins, L., Ellenbogen, K., Kay, N., Guidici, M., et al
1995	Quality of life for women after a myocardial infarction.	Heart & Lung	Wingate, S.
1995	Predictors of quality of life in patients at 1-year after heart transplantation.	Circulation	Grady, K., Jalowiec, A., Fazekas, S., White-Williams, C., Blood, M.
1995	Quality of life in cardiac transplant recipients 60 years of age and older.	Journal of Heart and Lung Transplantation	Scheinin, S., Abou-Awdi, N., Samuels, G., Jonsyn, G., Powers, B., et al.
1995	Perceived quality of life before and after implantation of an internal cardioverter	American Journal of Critical C	Bainger, E. & Fernsler, J.
1995	Social support, quality of life, immune function, and health in persons living with HIV.	Journal of Holistic Nursing	Nunes, J., Raymond, S., Nicholas, P., Leuner, J., Webster, A.
1994	Pregnancy after breast-conserving surgery and radiation therapy for breast cancer.	Journal of the National Cancer Institute	Dow, K.H., Harris, J., Roy, C.
1994	Quality of life for spouses of CAPD patients	ANNA Journal	Dunn, S., Bonner, P., Lewis, S., & Meize- Grochowski, R.
1994	Ethnic identity, role integration, quality of life, and depression in Korean-American women.	Archives of Psychiatric Nursing	Kim, S. & Rew, L.
1994	A prospective study of changes in quality of life reported by diabetic recipients of kidney-only and pancreas-kidney allografts.	Journal of Transplant Coordination	Hathaway, D., Hartwig, M., Milstead, J., Elmer, D., Evans, S., Gaber, A.
1994	Functional status, mood disturbance, and quality of life in patients with heart failure.	Progress in Cardiovascular Nursing	Hawthorne, M. & Hixon, M.
1994	Improvement in quality of life reported by diabetic recipients of kidney-only and pancreas-kidney allografts.	Transplantation Proceedings	Hathaway, D., Hartwig, M., Milstead, J., Elmer, D., Evans, S., Gaber, A.
1994	Comparison of quality of life before and after coronary artery bypass surgery and percutaneous transluminal angioplasty.	Heart and Lung	Papadantonaki, A., Stotts, N., & Paul, S.
1994	Stressors in patients awaiting a heart transplant.	Behavioral Medicine	Jalowiec, A., Grady, K., & White-Williams, C.
1994	Framing treatment options: a method to enhance informed consent. addressing quality of life issues that are important to the client.	Clinical Nursing Specialist	Plank, D.
1994	Uncertainty and quality of life of adults hospitalized with life- threatening ventricular	Canadian Journal of Cardiovascular Nursing	Searle, C. & Jeffrey, J.
1994	An evaluation of the quality of life for post-PD survivors at home using an index of patient satisfaction.	Journal of Japanese Society of Cancer Nursing	Sanada, H., Tsuchimoto, Ck., Nagakawa, T., Yamamoto, H., Sanae, T., Yamagami, K.
1994	Respite for caregivers: an evaluation study.	Journal of Community Health Nursing	Theis, S., Moss, J., Pearson, M.
1994	The effects of a pulmonary education program on quality of life in patients with chronic	Nursing Research	Scherer, Y., Janelli, L. & Schmieder, L.
1994	Decision support for patients with breast cancer.	Innovations in Oncology Nursing	Hughes, K. K., Elstein, A., Chapman, G.
1994	A pilot study of patient quality of life during radiation therapy treatment	Quality of Life Research	Johnson, D., Casey, L. & Noriega, B.
1994	A model of caregiving effectiveness for technologically dependent adults residing at	Advances in Nursing Science	Smith, C.

Continua

Sergio Martins Lopes

Continuação

1994	Framing treatment options: a method to enhance informed consent addressing quality of life issues	Clinical Nursing Specialist	Plank, D.
1994	Quality of life and coping in patients with gynecologic cancer and their spouses.	Oncology Nursing Forum	Zacharias, D., Gilg, C., & Foxall, M.
1994	Quality of life in brain cancer patients: a comparison of two instruments.	Proceedings of ASCO	Weitzner, M., Meyers, C., Saleeba, A., & Byrne, K.
1993	Psychosocial and functional status of breast cancer patients.	Cancer Nursing	Hughes, K. K
1993	Quality of life after angioplasty.	Heart & Lung	Bliley, A.V. & Ferrans, C
1993	Quality of life of hemodialysis patients	ANNA Journal	Ferrans, C. & Powers, M.
1993	A comparison of life satisfaction before and after heart transplantation.	Journal of Heart and Lung Transplantation	Grady, K., Jalowiec, A., Hetfleisch, M.
1993	An exploration of the psychometrics of the Quality of Life Index with Chinese families	Nursing Research	Liu, H.
1993	Heart transplant candidates perception of helpfulness of health care provider interventions.	Cardiovascular Nursing	Grady, K., Jalowiec, A., White-Williams, C., Hetfleisch, M., Penicook, J., Blood, M.
1993	An exploration of the influencing factors of the quality of life of renal transplant patients.	Nursing Research	Lin, C., Liu, H. & Liao, J.
1993	Quality of life in long term total parenteral nutrition patients and their family caregivers.	Journal of Parenteral and Enteral Nutrition,	Smith, C.
1993	Life satisfaction of the home care client.	Caring	Parsons, C.
1992	Quality of life at one year after heart transplantation.	Circulation	Grady, K., Jalowiec, A., White-Williams, C., Pifarre, R., Costanzo-Nordin, M., Kirklin, J., Bourge, R.
1992	Factors related to spouses quality of life 1 year after coronary artery bypass graft surgery.	Cardiovascular Nursing	Artinian, N.T., & Hayes, M.G.
1992	Quality of life: Perceptions of long-term survivors of bone marrow transplantation. Oncology	Nursing Forum	Belec, R.
1992	Comparison of a theory of quality of life between myocardial infarction and malignant melanoma: A pilot study.	Progress in Cardiovascular Nursing	Cowan, M., Young-Graham, K., & Cochrane, B.
1992	Effects of cardiac rehabilitation on psychosocial functioning and life satisfaction of coronary artery disease clients.	Rehabilitation Nursing,	Daumer, R. & Miller, P.
1992	Quality of life of persons with narcolepsy.	Grief, Loss, and Care	Ferrans, C., Cohen, F. & Smith, K.
1992	Quality of life of persons with narcolepsy.	Psychosocial aspects of narcolepsy	Ferrans, C.E., Cohen, F. & Smith, K. In M.Goswami, C. Pollack, F. Cohen, M. Thorpy, & N. Kavey
1992	Predictors of quality of life in heart transplant candidates.	Journal of Heart and Lung Transplantation	Grady, K., Jalowiec, A., Hetfliesch, M.
1992	Psychometric assessment of the Quality of Life Index.	Research in Nursing and Health	Ferrans, C. & Powers, M.
1992	Marital quality and quality of life among cancer patients and their spouses.	Journal of Psychosocial Oncology,	Fuller, S. & Swenson, C.
1992	Quality of life 6-12 months after renal transplant.	ANNA Journal	Hathaway, D., Hartwig, M., Winsett, R., Gaber, A
1992	Quality of life after liver transplantation	Research in Nursing and Health	Hicks, F., Larson, J. & Ferrans
1992	Perceived quality of life before and after percutaneous balloon valvuloplasty.	Heart and Lung	Hixon, M.

Continua


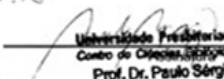
Sergio Martins Lopes

Continuação

1992	Nutritional alterations in persons with HIV infections.	Image,	Keithley, J., Zeller, J., Szeluga, D. & Urbanski, P.
1991	Health care provider interventions for heart transplant candidates.	Circulation	Grady, K., Jalowiec, A., White-Williams, C., Grusk, B., Blood, M.
1991	Quality of life of patients with sarcoma postchemotherapy.	Oncology Nursing Forum	Arzouman, J., Dudas, S., Ferrans, C., Holm, K.
1991	The impact of granulocyte colony-stimulating factor on quality of life in patients with severe chronic neutropenia.	Oncology Nursing Forum	Fazio, M., Glaspy, J.
1990	The effect of percutaneous transluminal coronary angioplasty on quality of life.	Progress in Cardiovascular Nursing	Faris, J. & Stotts, N.
1990	Development of a quality of life index for patients with cancer.	Oncology Nursing Forum	Ferrans, C.

APÊNDICE C

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE PRESBITERIANA
MACKENZIE**

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP		FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	
1. Projeto de Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO NO TRABALHO: PERCEPÇÕES DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INCLUSAS NO MERCADO DE TRABALHO		2. CAAE:	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Elizeu Coutinho de Macedo			
6. CPF: 093.240.918-08	7. Endereço (Rua, n.º): DOUTOR HOMEM DE MELO 189 PERDIZES 102 SAO PAULO SAO PAULO 05007000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRA	9. Telefone: (11) 8269-7979	10. Outro Telefone:	11. Email: elizeumacedo@uol.com.br
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>24 / 06 / 2012</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Presbiteriana Mackenzie		14. CNPJ: 60.967.551/0001-50	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (11) 2114-8144	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>PAULO SÉRGIO BOGGIO</u>		CPF: <u>251748218-70</u>	
Cargo/Função: <u>COORDENADOR DE PESQUISA - CCEB</u> <u>UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE</u>			
Data: <u>24 / 06 / 2012</u>		 Universidade Presbiteriana Mackenzie Centro de Orientação, Pesquisa e Pós-Graduação Prof. Dr. Paulo Sérgio Boggio Coordenador de Pesquisa - CCEB	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

APÊNDICE C**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
INSTITUIÇÃO**

Gostaríamos de convidá-lo a participar do projeto de pesquisa Qualidade de Vida e Satisfação no Trabalho: percepções das pessoas com deficiência inclusas no mercado de trabalho, que se propõe a avaliar o nível de qualidade de vida e satisfação no trabalho: percepções das pessoas com deficiência inclusas no mercado de trabalho. As informações para o estudo serão coletadas a partir da aplicação de questionários que implicam em riscos mínimos aos participantes.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao Pesquisador Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terão o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes (apenas o Pesquisador Responsável terá acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados.

Caso o participante tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie - Rua da Consolação, 896 - Ed. João Calvino - 1º andar.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pelo Pesquisador Responsável. Estou ciente que a participação da Instituição e dos Sujeitos de Pesquisa é voluntária, e que, a qualquer momento ambos tem o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar-se da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Nome do Representante Legal da Instituição: _____.

Assinatura Representante Legal da Instituição: _____.

Declaro que expliquei ao Responsável pela Instituição e para os sujeitos da pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

São Paulo, ____ de _____ de 20__.

Pesquisador Responsável: Sergio Martins Lopes
E-mail: smlopes65@gmail.com
Endereço: Rua Caio Prado, 340- Consolação
Telefone: (11) 3151-6094/ (11) 9578-1225

Orientador: Prof.Dr. Elizeu Coutinho de Macedo
E-mail: elizeu.macedo@mackenzie.br

APÊNDICE D**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
SUJEITO DE PESQUISA**

Gostaríamos de convidá-lo a participar do projeto de pesquisa Qualidade de Vida e Satisfação no Trabalho: percepções das pessoas com deficiência inclusas no mercado de trabalho, que se propõe a avaliar o nível de qualidade de vida e satisfação no trabalho: percepções das pessoas com deficiência inclusas no mercado de trabalho. As informações para o estudo serão coletadas a partir da aplicação de questionários que implicam em riscos mínimos aos participantes.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao Pesquisador Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terão o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes (apenas o Pesquisador Responsável terá acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados.

Caso o participante tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie - Rua da Consolação, 896 - Ed. João Calvino - 1º andar.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pelo Pesquisador Responsável. Estou ciente que a participação da Instituição e dos Sujeitos de Pesquisa é voluntária, e que, a qualquer momento ambos tem o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar-se da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Nome do participante: _____.

Assinatura do participante: _____.

Declaro que expliquei ao Responsável pela Instituição e para os sujeitos da pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

São Paulo, ____ de _____ de 20__.

Pesquisador Responsável: Sergio Martins Lopes
E-mail: smlopes65@gmail.com
Endereço: Rua Caio Prado, 340- Consolação
Telefone: (11) 3151-6094/ (11) 9578-1225

Orientador: Prof.Dr. Elizeu Coutinho de Macedo
E-mail: elizeu.macedo@mackenzie.br

Anexos



ANEXO I

Índice de Qualidade de Vida Ferrans e Powers®

Versão Genérica III

PARTE I – Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o **quanto satisfeito (a)** você está com aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

Quanto você esta Satisfeito (a) com:	Muito insatisfeito (a)	Moderadamente insatisfeito (a)	Pouco insatisfeito (a)	Muito satisfeito (a)	Moderadamente satisfeito (a)	Pouco satisfeito (a)
1-Sua Saúde?	1	2	3	4	5	6
2- O cuidado que você tem com a sua Saúde?	1	2	3	4	5	6
3- A intensidade de dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
4- A energia que você tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5- Sua capacidade para cuidar de si mesmo (a) sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
6- O controle que você tem sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
7- Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
8- A Saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
9- Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10- A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
11- Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12- Seu (sua) esposo (a), namorado (a) ou companheiro (a)?	1	2	3	4	5	6
13- Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14- O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
15 O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
16- Sua capacidade para cuidar das responsabilidades da família?	1	2	3	4	5	6
17- O quanto você é útil para os outros?	1	2	3	4	5	6
18- A quantidade e preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
19- Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20- Sua casa, seu apartamento ou com o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
21- Seu Trabalho (se tiver algum trabalho, com ou sem remuneração)?	1	2	3	4	5	6
22- Seu nível de escolaridade?	1	2	3	4	5	6
23- A maneira como você administra o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
24- As suas atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
25- Suas possibilidades de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
26- Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
27- Sua Fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
28- A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
29- Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
30- Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
31- Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
32- Você mesmo (a) de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Sergio Martins Lopes

PARTE II - Para cada uma das perguntas a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve o **quanto importante** é para você aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
1-Sua Saúde?	1	2	3	4	5	6
2- O cuidado que você tem com a sua Saúde?	1	2	3	4	5	6
3- Não ter dor?	1	2	3	4	5	6
4- Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5- Cuidar de si mesmo (a) sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
6- Ter controle sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
7- Viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
8- A Saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
9- Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10- A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
11- Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12- Seu (sua) esposo (a), namorado (a) ou companheiro (a)?	1	2	3	4	5	6
13- Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14- O apoio emocional que você recebe de sua família?	1	2	3	4	5	6
15- O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
16- Cuidar das responsabilidades da família?	1	2	3	4	5	6
17- Ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
18- Não ter preocupações?	1	2	3	4	5	6
19- Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20- Sua casa, seu apartamento ou lugar onde você mora?	1	2	3	4	5	6
21- Seu Trabalho (se tiver algum trabalho, com ou sem remuneração)?	1	2	3	4	5	6
22- Seu nível de escolaridade?	1	2	3	4	5	6
23- Ser capaz de administrar o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
24- Ter atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
25- Ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
26- Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
27- Sua Fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
28- Realizar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
29- Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
30- Estar satisfeito (a) com a vida?	1	2	3	4	5	6
31- Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
32- Ser você mesmo (a)?	1	2	3	4	5	6

Sergio Martins Lopes

ANEXO II**Questionário S20/23 - Satisfação no Trabalho**

Classifique, de acordo com a escala abaixo, o grau de **satisfação** e **insatisfação** que o seu trabalho lhe proporciona, circulando o número que corresponda a sua opinião.

1	2	3	4	5
Totalmente Insatisfeito	Parcialmente Insatisfeito	Indiferente	Parcialmente Satisfeito	Totalmente Satisfeito

01. Você está: 1...2...3...4...5 com o trabalho enquanto fator de realização.
02. Você está: 1...2...3...4...5 com as oportunidades que o trabalho lhe oferece para fazer coisas e se destacar.
03. Você está: 1...2...3...4...5 com as oportunidades que o trabalho lhe oferece de fazer coisas de que gosta.
04. Você está: 1...2...3...4...5 com os objetivos e metas que deve alcançar.
05. Você está: 1...2...3...4...5 com a higiene e a salubridade de seu local de trabalho.
06. Você está: 1...2...3...4...5 com o ambiente e espaço físico de seu local de trabalho.
07. Você está: 1...2...3...4...5 com a iluminação de seu local de trabalho.
08. Você está: 1...2...3...4...5 com a ventilação de seu local de trabalho.
09. Você está: 1...2...3...4...5 com a climatização de seu local de trabalho.
10. Você está: 1...2...3...4...5 com as relações pessoais com as instâncias de poder.
11. Você está: 1...2...3...4...5 com a supervisão sobre o trabalho que realiza.
12. Você está: 1...2...3...4...5 com a periodicidade das inspeções realizadas.
13. Você está: 1...2...3...4...5 com a forma como avaliam e julgam seu trabalho.
14. Você está: 1...2...3...4...5 com a igualdade de tratamento e sentido de justiça.
15. Você está: 1...2...3...4...5 com o apoio recebido das instâncias superiores.
16. Você está: 1...2...3...4...5 com a possibilidade de decidir com autonomia sobre o próprio trabalho.
17. Você está: 1...2...3...4...5 com a sua participação nas decisões na organização ou na sua área de trabalho.
18. Você está: 1...2...3...4...5 com a possibilidade que lhe dão em participar nas decisões da área de trabalho a que pertence sobre assuntos relacionados a organização.
19. Você está: 1...2...3...4...5 com o modo como são cumpridas as normas legais e os acordos coletivos de trabalho
20. Você está: 1...2...3...4...5 com a forma como se processam as negociações sobre a contratação de benefícios.

