

## Percepções de pessoas com baixa visão sobre seu retorno ao mercado de trabalho<sup>1</sup>

Zelia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt<sup>2</sup>

Ana Maria Ribeiro da Fonseca

*Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil*

**Resumo:** Este estudo objetivou investigar as características de pessoas com baixa visão afastadas do trabalho e encaminhadas pelo Instituto Nacional de Seguro Social para programa de reabilitação bem como identificar suas expectativas quanto ao possível retorno ao mercado de trabalho. O estudo descritivo transversal contou com entrevistas semiestruturadas. A amostra contou com 12 sujeitos em idade produtiva, sendo 11 do sexo masculino. Quanto à escolaridade, 7 dos sujeitos não completaram o ensino fundamental. O material obtido foi submetido à análise qualitativa de conteúdo, agrupado nas seguintes categorias: conhecimento da deficiência, reabilitação e acesso aos direitos sociais, retorno ao mercado de trabalho, planos para o futuro. Os entrevistados detinham pouco conhecimento sobre a deficiência visual e os direitos sociais da pessoa deficiente. Apesar das políticas afirmativas para pessoas deficientes, a desvantagem social é significativa quando se observam a baixa escolaridade e a pouca qualificação profissional, dificultando sua inclusão no mercado de trabalho.

**Palavras-chave:** deficiente visual, mercado de trabalho, reabilitação.

### The perceptions of low vision people about their return to the labor market

**Abstract:** This study aims investigate the characteristics of people with low vision, unable to work and conducted by the Instituto Nacional de Seguro Social to a rehabilitation program, and identify their expectations about the return to the labor market. In this cross-section descriptive study were conducted semi-structured interviews. The sample was formed of 12 low vision people, in productive age, 11 of which were male. Concerning to scholarship, 7 had not completed their basic education. The transcribed data underwent qualitative analysis by theme: knowledge of the visual disabilities, rehabilitation and the access of the social rights, return to the labor market and plans to the future. The interviewed showed a poor knowledge of the visual disabilities, the rehabilitation and the social rights. In spite of the affirmatives public policies to disable people in the labor market, the social disadvantage is very significant considering their low scholar level and poor professional qualification, bringing difficulties to his inclusion on the labor market.

**Keywords:** visually disabled, labor market, rehabilitation.

### Percepciones de personas con baja visión sobre el retorno al mercado de trabajo

**Resumen:** El objetivo del presente estudio fue investigar las características de personas con baja visión, apartadas del trabajo y encaminadas para rehabilitación desde el Instituto Nacional de Seguro Social y identificar sus expectativas cuanto al regreso al mercado de trabajo. El estudio descriptivo trasversal contó con el aplicación de cuestionario por medio de entrevista. La muestra arrolló 12 sujetos en edad productiva, siendo 11 del sexo masculino. Quanto a la escolaridad 7 de los sujetos no tenían el ensino fundamental. Para el análisis los datos fueran reunidos en temas: conocimiento de la discapacidad visual, rehabilitación y acceso a los derechos sociales, regreso al mercado de trabajo, planes para el futuro. Los entrevistados detienen poco conocimiento de la causa de sus discapacidades visuales y de los derechos sociales. Mientras las políticas afirmativas a los discapacitados visuales, el desventaja social es significativa cuando si observa la baja escolaridad y limitada calificación profesional, perjudicando la inclusión al mercado de trabajo.

**Palabras clave:** discapacidad visual, mercado de trabajo, rehabilitación.

Historicamente, o trabalho desempenha papel fundante na vida das pessoas (Antunes, 1999) e, na sociedade capitalista, se observam sua grande valorização e o conseqüente desprestígio da pessoa excluída do processo produtivo. O vínculo empregatício representa para o indivíduo a posse e o acesso a vários benefícios, enquanto o desemprego significa a exclusão e rupturas nos seus modos de viver e de trabalhar,

com repercussões nos padrões e estilos de vida (Castel, 1998). Dessa forma, uma pessoa com algum tipo de incapacidade, temporária ou permanente, afastada do mercado de trabalho, terá sua vida afetada, com sérios impactos em seu cotidiano. A inserção da deficiência nas políticas afirmativas está pautada no reconhecimento de valores, como a cidadania e o direito à diferença, além de outros reivindicados pelos vários movimentos sociais e organismos internacionais (Sasaki, 1997).

No Brasil, ao longo da história, a legislação referente à pessoa deficiente foi sofrendo várias modificações (Pinheiro, 1997), e a intensificação das lutas pelos seus direitos data da década de 1980 (Sasaki, 1997). Inicialmente, a legislação apresentava ares paternalistas e excludentes e pressupunha

<sup>1</sup> Este texto foi revisado seguindo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009.

<sup>2</sup> Endereço para correspondência:

Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt. Rua José Morano, 506. CEP 13.100-055. Campinas-SP, Brasil. E-mail: zeliz@fcm.unicamp.br

o confinamento e a normalização, buscando a adaptação e o enquadramento das pessoas deficientes na sociedade (Brumer, Pavei, & Mocelin, 2004). Nos anos 60 do século XX, o paradigma da institucionalização começa a ser reexaminado criticamente e sofre alterações gradativas, culminando com significativas mudanças, a partir da Constituição da República Federativa do Brasil (1988), quando novas leis foram propostas para promover, defender e garantir os direitos das pessoas deficientes, adotando-se a inclusão social como novo paradigma. Entre essas leis (Araújo, 1996), as que mais se destacaram foram a Lei nº. 7.853 (1989), o Decreto nº. 3.298 (1999) e a Lei nº. 10.098 (2000).

Um aspecto bastante oportuno, vivenciado pelo sistema educacional, tem sido a transição para a inclusão escolar das pessoas com necessidades educativas especiais no ensino regular, apoiada nas determinações da Declaração de Salamanca (Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência [CORDE], 1994; Santos, 2000). Este fato tem propiciado novos olhares não só à pessoa deficiente, mas ao seu entorno, vislumbrando novas possibilidades e atitudes sociais sobre a deficiência e a inclusão (Omote, Oliveira, Baleotti, & Martins, 2005). Entretanto, apesar desses avanços muitas são as dificuldades encontradas para a consolidação e implementação dessa visão mais inclusiva (Profeta, 2007).

No mundo do trabalho, as alterações ocorridas, nas últimas décadas do século passado, decorrentes do processo de globalização e do advento de novas tecnologias, demonstraram que, além da simplificação do processo, diminuiu também a necessidade de um grande número de trabalhadores, gerando alternativas precárias de trabalho, flexibilizando as relações e empurrando grande contingente para a economia informal (Antunes, 1999). O impacto dessas mudanças pode ser observado nas transformações das relações sociais tanto no âmbito do trabalho e emprego, quanto na estrutura das famílias, e tem contribuído para um cenário de desrespeito aos direitos sociais, conduzindo as pessoas à utilização de estratégias de sobrevivência via políticas sociais (Goldani, 2002).

Dentre os direitos constitucionais relativos às pessoas com deficiência, consta a possibilidade de inserção profissional, por meio de política de cotas que delimita percentual de vagas de acordo com o porte das empresas. Indivíduos deficientes, considerados habilitados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), depois de avaliadas as reais potencialidades laborais, são considerados passíveis de reingresso no mercado de trabalho, com a consequente suspensão de seus benefícios assistenciais ou previdenciários. A Constituição da República Federativa do Brasil (1988) no capítulo da Seguridade Social, que engloba a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social, prevê, dentro desta última, um seguro social, para pessoas que contribuíram durante sua vida laboral, que reconhece e concede direitos aos seus segurados. Os rendimentos transferidos pela Previdência Social são utilizados para substituir a renda do trabalhador contribuinte,

quando da perda da capacidade de trabalho, seja por doença, invalidez, idade avançada, morte, desemprego involuntário, ou mesmo a maternidade e a reclusão. Diversos fatores contribuem para dificultar o acesso da pessoa deficiente ao mercado de trabalho, especialmente os decorrentes da cultura do país como os preconceitos quanto à sua capacidade e a baixa escolarização da população (Néri, 2003a).

No Brasil, a perda visual representa um expressivo problema de saúde pública, agravado pela escassez de programas preventivos, por fatores socioeconômicos e culturais associados à pouca disponibilidade de recursos oftalmológicos qualificados para intervenções em saúde ocular (Temporini & Kara-José, 2004). Segundo esses autores, a magnitude dos problemas de perda visual é desconhecida, apresentando significativas variações nos vários estados brasileiros, aliados à dificuldade de acesso aos serviços e às condições psicossociais e culturais da população de uma dada região.

Dados da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization* [WHO], 2004) reportam que, no mundo, havia 161 milhões de pessoas com deficiência visual, sendo que 37 milhões eram cegos e 124 milhões tinham baixa visão. Segundo Néri (2003b), o Censo do ano 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constatou que, no Brasil, 24,5 milhões de brasileiros tinham algum tipo de deficiência, correspondendo a 14,5% da população nacional. Esses dados foram obtidos a partir de nova metodologia utilizada no Censo, atendendo a orientações da Organização Mundial da Saúde. Nessa metodologia, as pessoas puderam se autoavaliar, e em tais dados encontram-se incluídas não somente as pessoas deficientes, mas aquelas que reportaram possuir alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar, ouvir ou caminhar, tornando as incapacidades mais visíveis. Tal fato representou um aumento de pessoas com alguma deficiência em relação às pesquisas anteriores, incluindo grande número de pessoas idosas, visto que algumas dessas dificuldades fazem parte do processo de envelhecimento (Néri, 2003b).

De acordo com o Censo de 2000, as deficiências ou incapacidades encontram-se distribuídas como: deficiência mental (11,5%), tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia (0,44%), falta de um membro ou parte dele (5,32%), alguma dificuldade de enxergar (57,16%), alguma dificuldade de ouvir (19,0%), alguma dificuldade de caminhar (22,7%), grande dificuldade de enxergar (10,5%), grande dificuldade de ouvir (4,27%), grande dificuldade de caminhar (9,54%), incapacidade de ouvir (0,68%), incapacidade de caminhar (2,3%) e incapacidade de enxergar (0,6%). Estes dados apontam que as pessoas com alguma dificuldade de enxergar são a maioria (Néri, 2003b). Os problemas oculares podem ter causas congênitas ou adquiridas e, frequentemente, se encontram relacionados ao nível de desenvolvimento do país e, portanto, à estrutura e ao acesso aos serviços (Temporini & Kara-José, 2004).

Segundo a *World Health Organization* (Thylefors, Negrel, Pararajasegaram, & Dadzie, 1995), o termo Deficiência

Visual (DV) é adotado tanto em relação à cegueira quanto à visão subnormal. É também considerada visão subnormal, ou baixa visão, a perda visual que não pode ser corrigida por tratamento clínico ou cirúrgico, nem com óculos convencionais. A DV é classificada pela *International Society for Low Vision Research and Rehabilitation* (ISLVRR), tomando por base a acuidade visual normal que varia entre 0,8 e 1,6 e o campo visual com valores em torno de 60°, propondo os seguintes tipos de DV, segundo Colenbrander (1999): cegueira, visão residual, baixa visão (baixa visão moderada, severa e profunda) e visão quase normal. A baixa visão compreende acuidade visual entre 0,3 e 0,02.

A reabilitação representa uma das alternativas que podem contribuir para melhorar a qualidade de vida dos afetados (Bittencourt & Hoehne, 2006) e minimizar as várias implicações socioemocionais de deficientes visuais. É uma das ações previstas na política de saúde (Ministério da Saúde, 1993), incorporada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080 (1990) e consiste na recuperação parcial ou total das capacidades do indivíduo e na reintegração ao seu ambiente social e, dentro do possível, na atividade profissional. Tais programas devem voltar-se para além dos aspectos médicos, devendo constar de iniciativas que garantam o atendimento integral às necessidades específicas, subsidiando o cotidiano e elevando o aproveitamento do potencial visual (Aranha, 2000).

Profissionais que atuam na área da reabilitação e educação de pessoas com deficiência visual necessitam deter conhecimentos sobre as limitações desses indivíduos, pois dentro do possível, escola e reabilitação devem caminhar juntas para suprir as dificuldades e minimizar a problemática do portador de deficiência visual. Ao se dimensionar essa problemática, podem-se prover dados para o planejamento de ações curativas e preventivas da saúde ocular, subsidiando a formulação de políticas públicas (Montilha, Temporini, Nobre, Gasparetto, & Kara-José, 2009). As políticas públicas direcionadas à pessoa deficiente sinalizam formalmente alguns dos direitos que a sociedade deve garantir em condições apropriadas a essa população, como a acessibilidade, educação, transporte, lazer, saúde e trabalho (Gracia, 2006).

Apesar da formalização desses direitos já mencionados, inclusive com legislação específica de acesso ao mercado de trabalho (Lei No. 8.112, 1990; Lei No. 8.213, 1991), o número de pessoas com deficiência que acessam o mercado de trabalho ainda está aquém do previsto por tais leis (Tanaka & Manzini, 2005), e ações discriminatórias ainda ocorrem nos mais variados espaços, inclusive no mercado de trabalho (Pineiro, 1997). O indivíduo com visão subnormal, na maioria das vezes, quando não faz uso sistemático de recursos ópticos ou não ópticos, pode não apresentar sinais aparentes da deficiência, gerando questionamentos e mesmo dúvidas quanto à sua capacidade visual. Montilha e cols. (2009) apontam que a utilização desses aportes técnicos é indicada para potencializar o percentual visual preservado no desempenho

de atividades, conforme a necessidade individual. Esta face oculta da deficiência visual impede sua maior visibilidade na sociedade e, conseqüentemente, reforça a fragilidade no desenvolvimento de políticas de proteção social para este segmento populacional.

A falta de informações sobre a deficiência e sobre o conhecimento do potencial desses indivíduos, além da crença de que as pessoas com deficiência não irão corresponder aos resultados esperados pela empresa, dificulta a absorção dessa mão de obra. A existência de leis, por si só, não garante o acesso e permanência da pessoa deficiente no mercado de trabalho. Outros fatores, tais como o preparo profissional e social, além das condições estruturais, funcionais e sociais do ambiente de trabalho são significativos para que não se admita a pessoa deficiente somente como exigência legal (Araújo & Schmidt, 2006; Tanaka & Manzini, 2005).

Segundo Néri (2003a), as políticas existentes no sentido de inclusão da pessoa com deficiência contemplam as conseqüências e não as causas da sua exclusão social, como, por exemplo, a baixa escolaridade dessa população. Tornam-se necessárias, portanto, ações que causem impacto também na oferta de trabalho qualificado e que motivem as pessoas a avançar de maneira mais autônoma e independente.

O presente estudo objetivou investigar as características sociodemográficas de deficientes visuais com visão subnormal, encaminhados pelo INSS a programas de reabilitação, de uma cidade de grande porte do estado de São Paulo, e identificar suas percepções e expectativas quanto a seu retorno ao mercado de trabalho.

## Método

### *Participantes e contexto da investigação*

Os dados aqui apresentados são parte de um estudo exploratório e descritivo com delineamento transversal (Turato, 2003), realizado em um Centro de Reabilitação da Universidade Estadual de Campinas (CEPRE).

O CEPRE é referência na área da deficiência visual e atua com equipe multidisciplinar na reabilitação global de indivíduos cegos e com visão subnormal. O programa de reabilitação desenvolve, desde o ano de 2004, atividades grupais multidisciplinares semanais, com duração média de seis meses. No decorrer desse período, foram realizados 18 grupos de reabilitação dos quais 12 grupos eram de pessoas com baixa visão e seis grupos de pessoas cegas, totalizando 168 pacientes.

Foram sujeitos, desta investigação, pessoas com baixa visão, afastadas da atividade produtiva e encaminhadas pelo INSS, para programas de reabilitação, no decorrer do ano de 2008. A amostra, portanto, foi constituída por 12 sujeitos, sendo 11 homens e uma mulher que anteriormente exerciam algum tipo de atividade profissional regular, sendo excluídas as demais pessoas. A faixa etária dos entrevistados variou de 27 a 45 anos, mediana de 37 anos de idade.

### Instrumentos

Buscou-se estudar as percepções de pessoas deficientes visuais quanto ao seu retorno ao mercado de trabalho e para se identificar tais percepções, utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, uma entrevista semidirigida, com roteiro norteador, destacando alguns aspectos da vivência pessoal e profissional dos sujeitos.

A fim de se caracterizar a população, foram coletados dados de prontuários do Centro de Reabilitação, selecionando-se as variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, além de diagnóstico.

### Procedimento

#### Coleta de dados

As entrevistas individuais foram realizadas em uma das salas de atendimento da instituição, em dia e horário em que o participante comparecia aos atendimentos. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos sujeitos e, posteriormente, transcritas pelo pesquisador.

#### Análise dos dados

Após sucessivas leituras da transcrição do material coletado, foram estabelecidas quatro categorias, codificando-se as percepções dos entrevistados: Conhecimento da deficiência visual; Reabilitação e acesso aos direitos sociais; Perspectivas de retorno ao mercado de trabalho e Planos para o futuro. Sobre esse *corpus* realizou-se análise qualitativa de conteúdo (Bardin, 1977).

### Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (parecer nº 618/2008), e os aspectos éticos garantiram a integridade dos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme exigência da Resolução CNS nº 196/96.

## Resultados e Discussão

### Características da amostra

A amostra configurou-se por 12 indivíduos com baixa visão atendidos no ano de 2008, afastados do trabalho e encaminhados pelo INSS, sendo 11 homens e uma mulher. A faixa etária dos entrevistados variou de 27 a 45 anos, mediana de 37 anos de idade, sendo, portanto, pessoas jovens em fase economicamente ativa. Essa demanda originava-se de cidades da região metropolitana de Campinas.

A Tabela 1 apresenta as características da amostra a partir das variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade,

profissão e renda. Os sujeitos da pesquisa, antes da perda visual ou da piora da deficiência, se encontravam inseridos no mercado de trabalho, exercendo as mais variadas profissões e, no momento da investigação, tinham seu sustento provido exclusivamente por meio do benefício previdenciário (auxílio-doença), enquanto aguardavam parecer médico sobre sua condição de empregabilidade.

Tabela 1  
*Características sociodemográficas dos sujeitos entrevistados*

| Variável                | n               | %               |
|-------------------------|-----------------|-----------------|
| Gênero                  |                 |                 |
| Masculino               | 11              | 91,6            |
| Feminino                | 1               | 8,4             |
| Idade                   | De 27 a 45 anos | Média = 36 anos |
| Procedência             |                 |                 |
| Campinas                | 10              | 83,0            |
| Outras cidades          | 2               | 17,0            |
| Escolaridade            |                 |                 |
| Analfabeto              | 1               | 8,5             |
| Fundamental incompleto  | 3               | 25,0            |
| Ensino médio incompleto | 1               | 8,5             |
| Estado civil            |                 |                 |
| Solteiro                | 2               | 17,0            |
| Casado                  | 8               | 66,0            |
| Divorciado              | 2               | 17,0            |
| Profissões              |                 |                 |
| Doméstica               | 1               | 8,3             |
| Ajudante geral          | 4               | 33,6            |
| Estoquista              | 1               | 8,3             |
| Lombador frigor.        | 1               | 8,3             |
| Mecânico                | 1               | 8,3             |
| Forneiro                | 1               | 8,3             |
| Açougueiro              | 1               | 8,3             |
| Operador de máquina     | 1               | 8,3             |
| Motorista               | 1               | 8,3             |
| Diagnósticos            |                 |                 |
| Glaucoma                | 2               | 16,6            |
| Stargadt                | 2               | 16,6            |
| Coriorretinite macular  | 3               | 25,0            |
| Outras doenças          | 5               | 41,8            |

Na Tabela 2, são apresentados os diagnósticos e a condição da doença referida pelo entrevistado. Na amostra estudada, foi possível observar que a baixa visão foi adquirida no decorrer da vida, eventualmente pela exposição a fatores de risco físicos ou mesmo de ordem social. Observou-se que a coriorretinite por toxoplasmose foi prevalente nessa amostra ( $n = 3$ ), seguida pelo glaucoma ( $n = 2$ ), doença de Stargardt ( $n = 2$ ), o trauma ocular ( $n = 2$ ), degeneração macular ( $n = 2$ ) e neurite tubular ( $n = 1$ ).

Tabela 2  
Distribuição da amostra por diagnóstico e condições de baixa visão referidas

| Sujeitos | Diagnóstico            | Baixa visão |
|----------|------------------------|-------------|
| S1       | Coriorretinite macular | Adquirida   |
| S2       | Stargardt              | Congênita   |
| S3       | Trauma                 | Adquirida   |
| S4       | Degeneração macular    | Adquirida   |
| S5       | Degeneração macular    | Adquirida   |
| S6       | Coriorretinite macular | Congênita   |
| S7       | Stargardt              | Congênita   |
| S8       | Trauma                 | Adquirida   |
| S9       | Glaucoma               | Adquirida   |
| S10      | Degeneração macular    | Adquirida   |
| S11      | Glaucoma               | Adquirida   |
| S12      | Neurite tubular        | Adquirida   |

A deficiência visual atinge número significativo de pessoas em todo o mundo. Neste estudo os achados revelaram que as causas da deficiência visual estão, sobretudo, ligadas a doenças adquiridas e que poderiam ser evitadas. O perfil das pessoas com deficiência visual, quanto ao sexo, à idade, à posição no núcleo familiar e à escolaridade e renda, demonstrou prevalência do sexo masculino em idade adulta, chefes de família, com baixa escolaridade e baixa renda (Tabela 1).

No tocante aos rendimentos econômicos, dependiam exclusivamente dos benefícios previdenciários, o que os deixava vulneráveis devido às oscilações e incertezas das políticas públicas, convivendo, portanto, com o constante temor de terem seus benefícios cortados, ou ainda em caso de retorno ao trabalho anterior, enfrentarem a possibilidade de demissão. Apesar da condição de vulnerabilidade, as políticas públicas universais de proteção social cumprem papel decisivo em suas vidas. Essa demanda, portanto, corresponde a uma parcela específica da população, dependente do INSS, que se encontrava inserida no mercado de trabalho em determinados ramos de atividade, porém afastada de suas atividades devido ao acometimento visual.

### Conhecimento da deficiência visual

Os achados permitiram identificar que alguns entrevistados descreveram a deficiência visual como fato recente, iniciado repentinamente ou agravado ao longo dos anos, pressupondo, portanto, que ainda não assimilaram a nova realidade e buscam elementos para a reorganização da vida, caracterizando um período de luto.

Ao relacionar a perda visual à atividade profissional, os entrevistados denotavam pouco conhecimento sobre sua deficiência. Isso se comprova nos trechos dos depoimentos abaixo, embora, no segundo caso, se perceba que o indivíduo

relaciona sua doença a fatores ambientais e também a fatores genéticos.

*Eu mexia com carnes em câmara fria, descarregava carreta e caminhão, entrava e saía da câmara fria. Eu não sei se foi por isso, mas eu não senti nada, enxergava de agulha até formigas, até os 23 anos eu não sentia nada...estava trabalhando normal e de repente não vi mais nada (Sujeito 11, com diagnóstico de glaucoma). O meu problema é como o da minha mãe e de um irmão, e começou a se agravar em 2005 porque eu trabalhava à noite e a luz era muito forte (Sujeito 2, com diagnóstico de Stargardt).*

Neste estudo, a causa prevalente da deficiência visual foi a coriorretinite por toxoplasmose (Tabela 2). Esta patologia pode acometer uni ou bilateralmente, provocando perda visual com lesões oftalmológicas que, se não tratadas, podem levar à cegueira em estágios avançados da doença (Zajdenweber, Muccioli, & Belfort, 2005). Segundo um dos respondentes, a infecção não foi tratada adequadamente por residir em área de baixa cobertura de serviços de saúde.

*Aos 15 anos tive uma infecção, toxoplasmose, que não foi bem tratada pelo médico e tive perda total do olho esquerdo. Fez metástase e tive de novo a mesma infecção que atingiu o olho direito e perdi 90% da visão. Agora eu tenho 10% da visão de um olho só (Sujeito 4).*

O glaucoma se constitui uma das principais causas de cegueira no Brasil e no mundo, considerado problema de saúde pública (Urbano, Freitas, Arcieri, Urbano, & Costa, 2004). É uma neuropatia óptica de causa multifatorial, caracterizada pela lesão progressiva do nervo óptico, com consequente repercussão no campo visual e apresenta poucos sintomas em fases iniciais. Acredita-se que mais da metade dos casos não são diagnosticados. Segundo a OMS, a incidência do glaucoma no mundo é estimada em 2,4 milhões de casos por ano (Wilson & Martone, 1996).

*A minha doença é glaucoma e, durante três meses esperava que a minha visão voltasse, mas não voltou. Fiz três cirurgias no olho direito e duas no esquerdo (Sujeito 9).*

*Meu problema de miopia acho que é desde criança, porque para estudar sempre tive dificuldade. Agora esse negócio de glaucoma eu não conhecia não. Tive que fazer uns exames porque sentia minhas vistas arder muito e o médico falou que era pressão alta, glaucoma (Sujeito 11).*

*Mas para mim o glaucoma veio foi na firma, com o trabalho, mesmo que tenha vindo de família, o*

*ambiente, a carga de trabalho com produtos de petróleo fez com que isso acontecesse... (Sujeito 9).*

Nos dois primeiros depoimentos, observam-se ausência de conhecimento da doença por parte dos depoentes e uma possível relação entre a doença e a falta de tratamento médico adequado. No último, porém, o indivíduo faz a relação entre a doença, o trabalho e a carga genética, demonstrando desconhecimento daquilo que o acometeu. Parece fazer parte do imaginário de alguns sujeitos a noção de que a perda ou piora da capacidade visual deve-se à atividade profissional, remetendo à representação do trabalho como algo penoso, associado ao desgaste, à dor e ao sofrimento, com consequências que afetam a saúde do trabalhador. No entanto, as más condições de vida e trabalho a que estas pessoas estão submetidas, além do tratamento inadequado de saúde, constituem fatores de risco e contribuem para o surgimento ou agravamento do problema.

Stargardt é a distrofia macular hereditária mais comum. É doença de etiologia genética, bilateral, lenta e progressiva, de transmissão autossômica recessiva, causada por mutações no gene, caracterizada por redução da visão central. Gouveia e cols. (2006) apontam que seu diagnóstico geralmente é feito nas primeiras décadas de vida. No depoimento seguinte, o entrevistado demonstra conhecimento parcial da doença.

*Passei por várias consultas com oftalmologistas e todos diagnosticaram a mesma coisa: que tenho distrofia retiniana bilateral causada por uma doença chamada Stargardt. O meu problema é como o da minha mãe e de um irmão... mas, não corro o risco de perder a visão totalmente porque vai chegar um ponto que a perda vai estacionar (Sujeito 7).*

### **Reabilitação e acesso aos direitos sociais**

A reabilitação aparece nos discursos dos entrevistados como um direito pouco conhecido, em geral buscado após algum tempo do afastamento do trabalho. A percepção geral, ao serem encaminhados para a reabilitação, é que seja um período intermediário até a concessão da aposentadoria.

*Eu não conhecia a reabilitação e não tinha informação nenhuma, não tinha conhecimento dos meus direitos. Eu ia aos médicos e eles têm a obrigação de dar essa informação, mas só depois de mais de um ano que eu estava afastada, o INSS me encaminhou. Quando eu fui para a perícia, o médico passou o número daqui e eu mesma liguei e procurei (Sujeito 8).*

Apesar do incentivo à permanência no trabalho, após a constatação da deficiência visual, os entrevistados reafirmaram as dificuldades vivenciadas na execução da atividade profissional.

*A empresa demonstrou querer minha recolocação... A empresa até cumpre essas metas (cotas), mas não faz a reestruturação do espaço e o desconhecimento do meu problema levaria à minha demissão... e eu poderia ficar sem ter como pagar a pensão para os meus filhos (Sujeito 2).*

*Me mandaram para o médico, depois fizeram covardia comigo porque me mandaram embora. Pus a empresa na justiça e ganhei a causa contra a empresa... Mas acho que não pagaram o justo e não foi certo (Sujeito 11).*

O benefício previdenciário obtido pelo afastamento do trabalho corresponde para os entrevistados à proteção social temporária, enquanto aguardam a aposentadoria, ou seja, corresponde a um período de transição. A preservação dos rendimentos representa elemento central na sobrevivência desses deficientes e seus familiares. Quando não contam com o benefício, a responsabilidade econômica e de sustento recai sobre os familiares, os quais, pela morosidade no acesso às políticas sociais, assumem função de proteção social, especialmente em se tratando de pessoas deficientes, como pode ser observado nos depoimentos a seguir. Dessa forma, a família e a comunidade, segundo Goldani (2002), passam a assumir responsabilidades por serviços que o Estado deixa de oferecer.

*Nesse período, só por Deus...minha esposa não trabalhava e eu comprava na venda do meu primo e ele segurou as pontas para mim. Eu precisava de colírios e a farmácia segurou até eu receber. E aí nós recebíamos uma cesta básica da assistência social que ajudava bastante... (Sujeito 9).*

A reabilitação, como as demais ações do serviço público de saúde que promovem inclusão social (Santos, 2007), é de acesso universal e para os entrevistados atende a uma agenda do INSS. Os entrevistados questionam as perícias e as reais condições de trabalho para a incapacidade visual que apresentam:

*A gente vai à perícia e cada vez é um médico diferente, de uma área diferente que não entende do problema para julgar. Então, às vezes, eles concedem um tempo maior de benefício e, outras vezes, examinam rápido e dão só alguns meses. Na verdade, o ambiente é de dúvida, eles acham que não temos atitude para trabalhar e questionam se estamos enxergando. Nessa hora, falam de pessoas deficientes que labutam como se eu quisesse ficar afastado (Sujeito 10).*

No decorrer do afastamento do trabalho, a relativa garantia dos rendimentos, diante das sucessivas licenças médicas, atenua o sofrimento dos deficientes visuais. A situação,

no entanto, torna-se ambivalente, pois, de um lado, os esforços dos entrevistados são para obter seus benefícios e ter seus direitos respeitados e, de outro, a iniciativa dos empregadores em dispensar ao invés de reintegrar profissionalmente os empregados.

### **Expectativas de retorno ao mercado de trabalho**

Conforme Araújo e Schmidt (2006), o desemprego é um dos grandes problemas da sociedade capitalista que exige produtividade a baixos custos. Para tal, exigem-se trabalhadores mais capacitados e qualificados, quanto à escolarização e ao desempenho das funções técnicas. Tais fatores, no Brasil, ainda são extremamente complexos, devido às dificuldades em se universalizar a oferta de condições de preparo da população com educação, saúde, assistência social, etc., impedindo o acesso ao mercado de trabalho e promovendo a exclusão não apenas das pessoas com alguma deficiência.

A inclusão empregatícia dos deficientes pela política de cotas, implementada em 1999, ainda se mostra de baixa efetividade, sendo antes uma imposição legal que prática social (Néri, 2003a). A adesão das empresas a essa prática é variável: enquanto algumas contratam acima do percentual definido em legislação, outras não contratam esse público sob a alegação de que grupos específicos de deficientes não preenchem as pré-condições dos postos de trabalho. A própria distribuição dos postos de trabalho está condicionada às dificuldades do mercado em assegurar condições de trabalho e renda aos deficientes visuais. Dessa forma, a formulação da política de cotas e a inserção de dados nas estatísticas recentes e nos discursos do empresariado por si só não se descolam da tendência do mercado frente à deficiência. Isso leva os sujeitos a problematizarem com temor que o retorno ao mercado de trabalho se converta em desemprego.

*Fui encaminhado para a reabilitação aqui, antes eu fazia a reabilitação no INSS, comparecia toda semana no Posto de INSS. A firma protocolou no INSS com os advogados pedindo a minha aposentadoria dizendo que não tenho condições de trabalho... mas o INSS achou que sou muito novo e estou aguardando (Sujeito 7).*

*Fico constrangido porque sempre trabalhei, desde os 13 anos e imagine ficar em casa sem fazer nada... é horrível. Mas o que eu posso fazer é aguardar, estou nas mãos do INSS, eles que vão definir se vão me aposentar. Gostaria de estar apto a voltar a trabalhar, mas com as dificuldades que tenho hoje, acho difícil (Sujeito 11).*

A dificuldade de absorção das pessoas deficientes pelo mercado, a precariedade das possíveis ocupações para o deficiente visual, com pouca escolaridade, e a grande instabilidade do mercado de trabalho reiteram, na consciência dos entrevistados, o descumprimento da legislação vigente,

o que deveria criar condições favoráveis ao reingresso dos deficientes habilitados ao mercado de trabalho.

*A gente ouve nas rádios e conversa com pessoas mais experientes que as empresas devem empregar as pessoas com deficiência. Mas, quais são essas empresas nós não sabemos. Eles não podem colocar a gente para varrer a rua ou lavar banheiro. Na empresa que eu trabalhava, não tem nenhuma chance de retornar, eles foram categóricos e claros que nessas condições não dá (Sujeito 11).*

*Acho difícil... Que atividade a empresa pode passar para mim? Porque se for para ler ou escrever, eu vou ter dificuldade. Hoje, não vejo perspectiva nenhuma (Sujeito 3).*

*Eu acho difícil voltar ao trabalho e tenho muito medo de ficar desempregado porque tenho dois filhos adolescentes... e, em casa, tudo depende de mim, da minha renda. Eu não sei fazer nada, porque só trabalhei na roça e depois vim direto para a firma e lá trabalhei de 1995 até agora (Sujeito 11).*

### **Planos para o futuro**

A dificuldade visual associada a outros aspectos, como oscilações de rendimentos, conforma o planejamento futuro traçado pelos entrevistados. Os planos de retorno à atividade exercida antes da perda visual são, por vezes, convertidos em descrença nas garantias enfatizadas em lei. A escolaridade requerida pelas empresas para retomar a qualificação profissional é uma iniciativa isolada que, neste momento da vida, vai exigir esforço da visão já comprometida, estimando, portanto, um lento processo de aprendizagem. Alguns dos entrevistados vislumbram retornar ao mercado de trabalho para atividades incompatíveis com a atual condição visual, o que os fazem reticentes sobre a penosa retomada ao trabalho.

*Não tenho plano de nada, não. Tenho medo de ficar cego, de ficar velho e cego, não poder mais andar, porque tenho parentes que isso aconteceu (Sujeito 12).*

*Então, penso no trabalho para o futuro e é para isso que estou estudando. Na verdade, o INSS exigiu e cobrou que eu estude... o meu desenvolvimento é muito lento pela dificuldade visual, vai demorar um tempo, mas não vou desistir (Sujeito 1).*

*Tenho muitos planos. Penso em ir embora para o Nordeste porque o custo de vida aqui é muito caro. Tenho dois filhos, e minha esposa espera o terceiro... Meu plano é voltar para junto da família, que me dá muito apoio, da minha esposa, que me dá força (Sujeito 11).*

## Considerações finais

O presente estudo evidenciou, por meio das categorias de análise que identificaram as percepções dos entrevistados, que a pessoa deficiente visual apresenta desvantagem frente aos demais cidadãos, não somente pela condição da deficiência, como também pelo preconceito da sociedade e pela falta de informações quanto às suas potencialidades. Apesar da política de cotas no mercado de trabalho, a desvantagem social torna-se significativa quando se observam a baixa escolaridade e a pouca qualificação profissional dos entrevistados, conforme atestam os dados sociodemográficos. A legislação que orienta práticas de empregabilidade de pessoas deficientes, visando à inclusão e maior participação dessa mão de obra no mercado de trabalho, ainda encontra obstáculos (Néri, 2003a). As empresas alegam a baixa qualificação e escolaridade como maior impedimento das pessoas deficientes, além da dificuldade de recursos para implantação de procedimentos de supervisão e ajudas técnicas facilitadores do acesso aos deficientes.

Segundo Néri (2003a), as políticas existentes, referentes à inclusão de pessoas com deficiência, atingem as consequências e não as causas da exclusão social, como a baixa escolaridade observada nesse grupo estudado. As mudanças ocorridas no âmbito das políticas públicas de proteção social ainda apresentam fragilidades na oferta de redes de serviços e programas de apoio à capacitação profissional que contemplem o desenvolvimento e o aperfeiçoamento da pessoa deficiente. A baixa qualidade dos serviços de educação, geradores de déficits na escolaridade, leva à frágil situação dos indivíduos que constituíram a amostra desta pesquisa.

## Referências

- Antunes, R. (1999). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho* (6a ed.). São Paulo: Cortez Editora.
- Aranha, M. S. F. (2000). O processo de mobilização social na construção de um contexto comunitário inclusivo. In M. L. W. Oliveira (Org.), *Inclusão e cidadania* (pp. 32-38). Niterói, RJ: Nota Bene.
- Araújo, J. P., & Schmidt, A. (2006). A inclusão de pessoas com necessidades especiais no trabalho: A visão de empresas e de instituições educacionais especiais na cidade de Curitiba. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 12(2), 241-254.
- Araújo, L. A. D. (1996). *A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência* (2a ed.). Brasília, DF: CORDE.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bittencourt, Z. Z. L. C., & Hoehne, E. L. (2006). Qualidade de vida de deficientes visuais. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(2), 260-264.
- Brumer, A., Pavei, K., & Mocelin, D. G. (2004). Saindo da escuridão: Perspectivas da inclusão social, econômica, cultural e política dos portadores de deficiência visual em Porto Alegre. *Sociologias*, 6(11), 300-327.
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Colenbrander, A. (1999). *Guide for the evaluation of visual impairment of International Society for Low Vision Research and Rehabilitation*. San Francisco, CA: ISLVRR.
- Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988, 5 de outubro). Recuperado em 11 de agosto 2009, de <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>
- Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. (1994). *Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais*. Brasília, DF: CORDE.
- Decreto No. 3.298*. (1999, 20 de dezembro). Regulamenta a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.
- Goldani, A. M. (2002). Família, gênero e políticas: Famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 19(1), 29-48.
- Gouveia, E. B., Morales, M. S. A., Allemann, N., Matte, G., Berezovsky, A., & Sallum, J. M. F. (2006). Aspectos da tomografia de coerência óptica na doença de Stargardt: Relato de caso. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 69(4), 589-592.
- Gracia, F. A. (2006). *Deficiência com eficiência: Dos direitos da pessoa portadora de deficiência*. São Paulo: Ed. OAB-SP.
- Lei No. 7.853, de 24 de outubro de 1989. (1989, 25 de outubro). Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 20 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Lei No. 8.112, de 11 de novembro de 1990. (1990, 12 de novembro). Dispõe sobre o regime jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Lei No. 8.213, de 24 de julho de 1991. (1991, 25 de julho de 1991). Lei de cotas para Deficientes e Pessoas com Deficiência. Dispõe sobre a contratação de portadores de necessidades especiais nas Empresas. *Diário Oficial da União, seção 1*.

- Lei No. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. (2000, 24 de dezembro). Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programas de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. (1993). *Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: Planejamento e organização de serviços*. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde.
- Montilha, R. C. I., Temporini, E. R., Nobre, M. I. R. S., Gasparetto, M. E. R. F., & Kara-José, N. K. (2009). Percepções de escolares com deficiência visual em relação ao seu processo de escolarização. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19(44), 333-339.
- Néri, M. (2003a, setembro). As empresas e as cotas para pessoas com deficiências. *Conjuntura Econômica*, pp. 58-61.
- Néri, M. (2003b). *Diversidade: Retratos da deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV/IBRE/CPAS.
- Omote, S., Oliveira, A. A. S., Baleotti, L. R., & Martins, S. E. S. O. (2005). Mudança de atitudes sociais em relação à inclusão. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 15(32), 387-398.
- Pinheiro, H. L. (1997). Os direitos humanos e pessoas portadoras de deficiência. In Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, *Relatório Azul: Garantias e violações dos direitos humanos no RS* (pp. 144-155). Porto Alegre: Assembléia Legislativa.
- Profeta, M. S. (2007). A inclusão do aluno com deficiência visual no ensino regular. In E. F. S. Masini (Org.), *A pessoa com deficiência visual: Um livro para educadores* (pp. 209-236). São Paulo: Vetor.
- Santos, M. P. (2000). Educação inclusiva e a Declaração de Salamanca: Consequências ao sistema educacional brasileiro. *Revista Integração*, 10(22), 34-40.
- Santos, N. R. (2007). Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para a visualização dos rumos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 429-435.
- Sasaki, R. K. (1997). *Inclusão: Construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA.
- Tanaka, E. D. O., & Manzini, J. E. (2005). O que os empregadores pensam sobre o trabalho da pessoa com deficiência? *Revista Brasileira de Educação Especial*, 11(2), 273-294.
- Temporini, E. R., & Kara-José, N. (2004). A perda da visão: Estratégias de prevenção. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 67(4), 597-601.
- Thylefors, B., Négrel, A. D., Pararajasegaram, R., & Dadzie, K. (1995). Global data on blindness. *Bulletin of the World Health Organization*, 73(1), 115-121.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Urbano, A. P., Freitas, T. G., Arcieri, E. S., Urbano, A. P., & Costa, V. P. (2003). Avaliação dos tipos de glaucoma no serviço de oftalmologia da UNICAMP. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 66(1), 61-65.
- Wilson M. R., & Martone, J. F. (1996). Epidemiology of chronic open angle glaucoma. In R. Ritch, M. B. Shields, & T. Krupin (Eds.), *The glaucomas* (pp. 407-445). St Louis, MO: Mosby.
- World Health Organization. (2004). *Magnitude and causes of visual impairment*. Geneva: WHO.
- Zajdenweber, M., Muccioli, C., & Belfort, R., Jr. (2005). Acometimento ocular em pacientes com AIDS e toxoplasmose do sistema nervoso central – antes e depois do HAART. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 68(6), 773-775.

Zelia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt é Professora Doutora da Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Desenvolvimento Humano e Reabilitação, da Universidade Estadual de Campinas.  
Ana Maria Ribeiro da Fonseca é assistente social do Programa de Aprimoramento Profissional da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Recebido: 18/03/2010  
1ª revisão: 24/09/2010  
2ª revisão: 29/11/2010  
Aceite final: 09/12/2010