

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e
Aprendizagem**

Daniele Stevanato

**INDICADORES DE ESTRESSE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA SEM VÍNCULO DE TRABALHO**

**BAURU
2019**

Daniele Stevanato

**INDICADORES DE ESTRESSE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA SEM VÍNCULO DE TRABALHO**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção de título de Mestre à Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem – área de concentração: Aprendizagem e Ensino, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Lúcia Pereira Leite e Co-orientação da Prof.^a Dr.^a Marianne Ramos Feijó.

**BAURU
2019**

S843i Stevanato, Daniele
Indicadores de estresse, depressão e qualidade de vida em
pessoas com deficiência sem vínculo de trabalho / Daniele
Stevanato. -- Bauru, 2019
71 f. : il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
(Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru
Orientadora: Lucia Pereira Leite
Coorientadora: Marianne Ramos Feijó

1. Estresse. 2. Depressão. 3. Qualidade de vida. 4. Mercado
de trabalho. 5. Pessoa com deficiência. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da
Faculdade de Ciências, Bauru. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE DANIELE STEVANATO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 26 dias do mês de agosto do ano de 2019, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-graduação da Faculdade de Ciências (Unesp/Câmpus de Bauru), reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. LUCIA PEREIRA LEITE - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia e Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem / Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru, Prof. Dr. NILSON ROGÉRIO DA SILVA do(a) Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Programa de Pós-Graduação em Educação / Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília, Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de DANIELE STEVANATO, intitulada **Indicadores de estresse, depressão e qualidade de vida em pessoas com deficiência sem vínculo de trabalho**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. LUCIA PEREIRA LEITE

Prof. Dr. NILSON ROGÉRIO DA SILVA

Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS

Dedico este trabalho especialmente aos beneficiários do benefício de Prestação
Continuada (BPC) que me receberam em suas residências para responder as
questões da pesquisa aqui descrita.
A vocês, todo respeito e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento principal a Deus e a Nossa Senhora, que representam minha fé e devoção pelo que eu sinto e não consigo explicar.

À orientadora, Prof.^a Dr.^a Lúcia Pereira Leite, pelo acolhimento, conhecimento, dedicação e compreensão em todo o meu processo de amadurecimento profissional e pessoal.

À Prof.^a Dr.^a Marianne Ramos Feijó que se dispôs prontamente a contribuir com o andamento da pesquisa.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Deficiência e Inclusão - GEPDI, que além de debater assuntos sobre a inclusão e proporcionar conhecimentos, elucida a cada momento que a inclusão é necessária e possível.

À banca examinadora, composta pela Prof.^a Dr.^a Sandra Calais e Prof. Dr. Nilson Rogério, pela contribuição e disponibilidade com o enriquecimento deste trabalho.

À minha família, que sempre me apoiou incondicionalmente em todos os momentos e me ensinaram os valores imprescindíveis como igualdade, equidade, respeito, solidariedade e empatia.

Às minhas queridas amigas Claudia Zanandrea, Magna Viganó e Grazielle Stevanato que representam importante e fortalecedora rede de apoio.

Ao meu esposo Jaison que contribuiu com dicas valiosas no processo de conhecimento e amadurecimentos de ideias.

Aos amigos conquistados ao longo do mestrado e em especial ao profissional e psicólogo João Pletti pelo apoio e acompanhamento durante as entrevistas.

Ao querido professor e amigo que atua na luta incansável e diária pelos direitos humanos, Clodoaldo Meneguello Cardoso.

STEVANATO, D. **Indicadores de estresse, depressão e qualidade de vida em pessoas com deficiência sem vínculo de trabalho**. 2019. 71f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru.

RESUMO

A inserção de pessoas com deficiência (PCD) no mercado de trabalho foi ampliada após a promulgação da Lei de Cotas e, atualmente, a PCD que inicia um trabalho pode ter o BPC (Benefício de Prestação Continuada) suspenso até que seja interrompido o vínculo empregatício. No entanto, ainda são muitos os desafios e obstáculos para a garantia de direito ao trabalho da referida população, cuja saúde e qualidade de vida podem ser prejudicadas pela exclusão do trabalho ou pela falta de equidade na inserção laboral. Este estudo objetivou investigar estresse, depressão e qualidade de vida em PCD que recebem o BPC, bem como verificar o interesse na inserção no mercado de trabalho formal. Participaram da pesquisa 16 beneficiários do BPC de ambos os sexos, com idade entre 19 a 35 anos. Foram utilizados quatro instrumentos na coleta de dados: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL), Escala Baptista de Depressão – Versão Adulto (EBADEP – A), Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF), além de questionário sociodemográfico. Os resultados da pesquisa apontaram que 75% dos entrevistados apresentavam estresse em algum nível, e sintomatologia para depressão leve ou moderada em 37,5% dos indivíduos. A avaliação de qualidade de vida indicou que o índice global apresentou pontuação regular. Em relação ao tipo de deficiência, as PCD visual apresentaram piores índices de qualidade de vida para os domínios meio ambiente, físico e relações sociais; as PCD auditiva apresentaram boa pontuação para todos os domínios da escala, e as PCD intelectual apresentaram índices ruins no domínio psicológico e relações sociais. Os resultados indicam necessidade de intervenção junto às PCD e suas famílias, com ampliação de políticas públicas voltadas ao cuidado das famílias e inclusão das PCD. Essa intervenção se faz necessária para busca de melhorias das condições apontadas, inclusive por meio da informação e do estímulo à inclusão no mercado trabalho, tendo em vista que 68,75% da amostra pesquisada apresentou interesse laboral. Há que se considerar ainda o receio da família quanto à perda do benefício, que muitas vezes é a única renda recebida, e de que as PCD sejam vítimas de preconceitos sociais comuns a essa realidade.

Palavras-chave: Estresse. Depressão. Qualidade de Vida. Mercado de Trabalho. Pessoa com Deficiência.

STEVANATO, D. **Indicators of stress, depression and quality of life in people with disabilities without work relationship**. 2019. 71f. Dissertation (Master in Developmental Psychology and Learning) - UNESP, Faculty of Sciences, Bauru.

ABSTRACT

The insertion of people with disabilities (PCD) in the labor market was expanded after the enactment of the Quota Law and, currently, the PCD that initiates a job may have the BPC (Continued Benefit Benefit) suspended until the employment relationship is interrupted. . However, there are still many challenges and obstacles to guaranteeing the right to work of this population, whose health and quality of life may be impaired by exclusion from work or lack of equity in labor insertion. This study aimed to investigate stress, depression and quality of life in PCD who receive the BPC, as well as to verify the interest in entering the formal job market. Sixteen BPC beneficiaries of both genders, aged 19 to 35 years participated in the research. Four instruments were used for data collection: LIPP Adult Stress Symptom Inventory (ISSL), Baptist Depression Scale - Adult Version (EBADEP - A), Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), and sociodemographic questionnaire. The survey results showed that 75% of respondents had stress at some level, and symptomatology for mild or moderate depression in 37.5% of individuals. The quality of life assessment indicated that the global index had a regular score. Regarding the type of disability, the visual PCD presented worse quality of life indices for the environment, physical and social relations domains; auditory PCDs scored well for all domains of the scale, and intellectual PCDs had poor scores in the psychological domain and social relationships. The results indicate the need for intervention with the PCD and their families, with the expansion of public policies focused on family care and inclusion of the PCD. This intervention is necessary to seek improvements in the conditions mentioned, including by informing and encouraging inclusion in the labor market, considering that 68.75% of the surveyed sample had a working interest. It is also necessary to consider the family's fear about loss of benefit, which is often the only income received, and that the PWD are victims of social prejudice common to this reality.

Keywords: Stress. Depression. Quality of life. Job market. Person with disabilities.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Visão geral dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) com idade entre 19 a 35 anos e seus representantes.....	27
TABELA 2: Visitas realizadas.....	30
TABELA 3: Dados sociodemográficos correspondendo aos participantes que responderam os questionários. (n=16)	31
TABELA 4: Frequência de PCD que apresentam sintomatologia para estresse de acordo com sexo e escolaridade.....	34
TABELA 5: Distribuição da amostra por estado civil, idade e deficiência.....	35
TABELA 6: Distribuição de estresse de acordo com a composição familiar.....	36
TABELA 7: Distribuição da presença de estresse de acordo com autonomia para realização de atividades, anterior inserção no mercado de trabalho e apoio da família.....	36
TABELA 8: Sintomatologia de depressão para amostra de PCD estudada, classificação por sexo e por faixa etária.....	37
TABELA 9: Depressão segundo o grau de escolaridade.....	38
TABELA 10: Distribuição da amostra com depressão segundo o estado civil, deficiência e composição familiar.....	38
TABELA 11: Sintomas depressivos de acordo com autonomia para realização de atividades, anterior inserção no mercado de trabalho e apoio da família para inserção no trabalho.....	40
TABELA 12: Distribuição da amostra estudada e relação com o interesse no mercado de trabalho.....	41
TABELA 13: Qualidade de vida.....	42
TABELA 14: Qualidade de Vida por deficiência.....	43
TABELA 15: Dados qualitativos obtidos durante a coleta dos dados sociodemográfico	44
TABELA 16: Dados sociodemográficos correspondendo aos participantes que responderam os questionários	48

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Definição de deficiência	12
1.2. Lei de Cotas e a Inserção de deficientes no mercado de trabalho.....	13
1.3. Indicadores de Estresse, Depressão e Qualidade de Vida.....	17
2 OBJETIVOS	22
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS E PERCURSOS DA ANÁLISE	23
3.1. Delineamento	23
3.2. Participantes	23
3.3. Instrumentos de coleta de dados	23
3.3.1 Questionário sociodemográfico	23
3.3.2 Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) (LIPP, 1994).....	24
3.3.3 Escala Baptista de depressão – versão adulto (EBADEP –A). (BAPTISTA, 2012)..	25
3.3.4 WHOQOL-bref	25
3.4. Percurso amostral	26
3.5. Procedimentos de coleta de dados	27
4 ANÁLISE DE DADOS	29
4.1. Procedimentos de análise de dados	29
5 RESULTADOS	30
6 DISCUSSÃO	48
6.1. Dados sociodemográficos	48
6.2. Estresse	50
6.3. Depressão.....	51
6.4. Qualidade de Vida.....	52
6.5. Avaliação da tríade estresse, depressão e qualidade de vida e interesse em inserção no mercado de trabalho	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	65

APÊNDICE 1 - Entrevista de Avaliação com a PCD.....	66
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	67
ANEXOS	69
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	70

APRESENTAÇÃO

Minha experiência profissional no campo da assistência social, como psicóloga, e a atuação, desde 2007, na capacitação profissional e encaminhamento ao mercado de trabalho de pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade, muito contribuiu para o interesse na presente pesquisa.

Em 2012, o município de Bauru foi contemplado com cursos gratuitos do PRONATEC (Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego), voltados para a população em situação de vulnerabilidade e com vagas prioritárias para Pessoas com Deficiência (PCD). Concomitante, o Programa de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho (ACESSUAS TRABALHO) e o Programa Viver Sem Limites atuavam na busca de autonomia das famílias usuárias da política de Assistência Social, sendo um dos objetivos a inclusão e promoção da cidadania da PCD. Por estar vinculada ao PRONATEC na época, foi possível acompanhar o crescente interesse de PCD por cursos em Bauru e posteriormente apresentar os dados exitosos em outros municípios, como o de Belo Horizonte, em 2014, relatando sobre a implantação de tal política pública de inclusão social.

Além de priorizar a participação das PCD e criar estratégias para a participação efetiva nos cursos, em Bauru, havia ações voltadas ao Benefício de Prestação Continuada – BPC Trabalho, buscando o estímulo à inserção no mercado de trabalho. O benefício recebido pela PCD, caso houvesse interesse pela inserção, não seria cancelado, mas apenas suspenso para que a PCD pudesse experimentar os benefícios do trabalho e caso não se sentisse preparada ou não continuasse, voltaria a receber o benefício. Uma das ações realizadas como estímulo era a realização de visitas nas residências dos beneficiários para oferecer o curso de capacitação e realizar levantamento de interesse pela inserção no mercado de trabalho. Observamos, no entanto, que muitas vezes, o interesse se dava para a questão de capacitação e profissionalização e quando apresentado o BPC Trabalho, o interesse nem sempre era mantido, o que sugere uma dificuldade em tal processo de inserção e receios, inclusive de perda do BPC.

Diante de tal demanda e da necessidade de algumas organizações de trabalho de contratarem PCD, despertou-se o interesse na pesquisa em questão. Partindo do pressuposto de que o trabalho é significativo no processo de inclusão social na vida adulta, no bem-estar e na saúde das pessoas, inclusive a maioria das PCD, objetivou-se estudar prioritariamente o estresse, a depressão e a qualidade de vida desse público. Gerar maior visibilidade da situação das PCD, compreensão de suas dificuldades e das necessidades de seus familiares relacionadas à sua inserção no trabalho, foi compreendido como possível objetivo secundário da pesquisa, na medida em que a mesma pudesse ampliar a articulação de políticas públicas e de ações que potencializem o acesso de um grupo maior de PCD às oportunidades de trabalho existentes, bem como de formação profissional. O estímulo e a informação às PCD e seus familiares podem ser facilitados pela apropriação dos resultados de pesquisa.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Definição de deficiência

De acordo com o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Decreto 5.296/04, a deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que resulte em incapacidade ou altere o desempenho de atividades em geral (BRASIL, 2004).

No Brasil, há duas normas internacionais devidamente ratificadas que se referem ao tema, a Convenção nº 159/83 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas com deficiência, também conhecida como Convenção da Guatemala (promulgada pelo Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001). (BRASIL, 2001). As referidas normas conceituam deficiência como uma limitação física, mental, sensorial ou múltipla, que pode ser incapacitante para a atividade de vida diária e em função disso, pode dificultar a inserção social de pessoas com deficiência. Tais documentos representam uma proteção legal para pessoas com deficiência. (BRASIL, 2015a).

Com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2008), a deficiência passou a ter um foco social, e não apenas ser vista como condição médica. A PCD passou a ser vista como gestora de sua própria condição, mesmo com as limitações causadas pela deficiência. Assim, a PCD assumiu uma condição de mais autonomia na sociedade, modificando a sua condição de indivíduo negligenciado pelo poder público. Desta forma, a alguém que frequentemente tem seus direitos humanos básicos negados, muitas vezes por puro preconceito e ignorância, muda-se o paradigma da necessidade da dependência familiar, de instituições ou de assistência do Estado. Sabe-se que a PCD participa ativamente das mudanças da sociedade, e esta interferência no meio sociocultural depende das oportunidades que lhe são dadas, favoravelmente ou não ao seu desenvolvimento biopsicossocial (BRASIL, 2008). Em 2015 a deficiência é definida como:

Impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, as quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015a).

O Relatório Mundial sobre a Deficiência pontua que:

A deficiência faz parte da condição humana. Quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas. Na maioria das famílias, há pelo menos um familiar deficiente, e muitas pessoas não deficientes assumem a responsabilidade de prover suporte e cuidar de parentes e amigos com deficiências. Todos os períodos históricos enfrentaram a questão moral e política de como melhor incluir e apoiar as pessoas com deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE WORLD BANK 2012, p.3).

Segundo Camargo e Feijó (2017) as pessoas que são vistas como diferentes sofrem preconceito e discriminação, acarretando prejuízos para a efetiva participação social e no mundo do trabalho. Para Nambu (2003) e Carvalho-Freitas (2009), a deficiência não deve ser um impedimento para acesso ao trabalho e inclusão. Acreditam ainda que a inclusão deve ser discutida nas empresas com vistas a não segregação de grupos de PCD.

1.2. Lei de Cotas e a Inserção de deficientes no mercado de trabalho

Em 1988, quando a Constituição da República do Brasil foi promulgada, o trabalho já era considerado um direito social para PCD (GUGEL, 2003). A Constituição Brasileira, em seu Artigo 7º, proíbe a discriminação na remuneração e nos critérios de admissão dos trabalhadores com deficiência. Em seu artigo 37, garante a reserva de vagas na administração pública para PCD. A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência assegura às PCD as mesmas condições de acesso em comparação às pessoas que não apresentam deficiência.

Em 1991, houve a regulamentação da Lei de Cotas (BRASIL, 1991) que possibilitou a ampliação do acesso aos direitos por meio da inserção no mercado de trabalho para pessoa com deficiência. Trata-se da Lei nº 8.213/91 que estabelece, em seu *art.* 93, obrigatoriedade de que empresas com 100 ou mais empregados preencham uma parcela de seus cargos com PCD. A reserva legal de cargos ficou conhecida como Lei de Cotas. A cota depende do número geral de empregados que a empresa tem no seu quadro de contratação, obedecendo a proporção de acordo com o número geral de funcionários. Assim, se a empresa tiver de 100 a 200 empregados, a obrigatoriedade é de contratar 2% de pessoas com deficiência, de 201 a 500 funcionários, 3%, de 501 a 1.000 a contratação será de 4%, e, de mais de mil, contratação de 5% (BRASIL, 1991)

A partir desse marco referencial, objetivou-se excluir critérios assistencialistas e de caridade ao se tratar PCD, buscando possibilitar-lhes a inclusão e tornando- as inseridas em políticas de assistência social. As PCD passaram então a serem vistas

como sujeitos do próprio destino. (BRASIL, 2007). Portanto, criam-se possibilidades de inclusão de PCD no mercado de trabalho e a PCD passa a ser vista como um sujeito de direitos e digno de oportunidades de emprego.

De acordo a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013 (BRASIL, 2015b) há 200,6 milhões de brasileiros residentes em domicílios particulares no Brasil e, estima-se que 6,2% da população apresente algum tipo de deficiência. A maior ocorrência é de deficiência visual, com declaração de 3,6% da população. Em seguida aparece a deficiência física, declarada por 1,3% da população, 1,1% da população declarou deficiência auditiva, e 0,8% da população declarou possuir deficiência intelectual.

De acordo com dados obtidos na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) houve expansão de 22,8 mil empregos formais para pessoas com deficiência em relação a 2016. O número de pessoas com deficiência (PCD) empregadas totalizava 441,3 mil vínculos empregatícios, equivalente a 1,0%. Quanto ao tipo de deficiência, a Deficiência Física foi a que apresentou o maior número de contratação (212,9 mil empregos, ou 48,2% de PCD empregados), para Deficiência Auditiva houve 83,2 mil empregos (18,9%), para Deficiência Visual (62,1 mil vínculos, 14,1%), para Reabilitados (38,8 mil empregos, 8,8%), para Deficiência Intelectual 36,7 mil vínculos (8,3%) e por último, Deficiência Múltipla, com 7,7 mil postos (1,7%) (BRASIL, 2017a).

Nota-se que o número de PCD contratadas apesar de ter aumentado em relação ao ano anterior ainda é pequeno, ou seja, apenas 1% do total de contratações. Sendo assim, as empresas deveriam cumprir a lei em questão, buscando implementação de programas de formação profissional e inserção das PCD em igualdade de oportunidades (BRASIL, 2007).

As PCD têm assegurados seus direitos por meio da Constituição da República Federativa do Brasil (1988), em seus Artigos 6º e 7º, que lhes dão direito ao trabalho, com vista à melhoria de sua condição social, e que proíbe qualquer discriminação no tocante a salários e critérios de admissão. É de responsabilidade do Estado a criação de programas de prevenção e de atendimento especializado às pessoas com deficiências de qualquer natureza, bem como capacitação para o trabalho, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, como a diminuição do preconceito e obstáculos arquitetônicos (BRASIL, [2016]).

A PCD tem direito ao trabalho de sua livre escolha e aceitação. O ambiente deve ser inclusivo e com acessibilidade garantindo igualdade de oportunidade com as demais pessoas, de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Lei Nº 13.146 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) (BRASIL, 2015a).

Predominam, porém, nas organizações, alguns contrapontos como dificuldades na acessibilidade condições físicas no trabalho, assim como restrição de atividades a tarefas fáceis e repetitivas, dificultando a ascensão profissional. Também frequentemente há discriminação da PCD nas empresas, ao não perceber que sua atividade laboral é fator de melhoria na sua qualidade de vida, e a contratação delas muitas vezes só visa o marketing ou obediência à Lei de Cotas (ABREU; MORAES, 2012).

Considerando a determinação de obrigatoriedade da contratação de PCD e mediante a realidade empresarial, surge a necessidade de um olhar para as demandas que esta população apresenta no processo de inserção ao trabalho para que possa ocorrer de fato a inclusão. A contratação não deve ser vista apenas como acesso da PCD ao mercado de trabalho. É necessário viabilizar a integração, a efetiva participação, o desenvolvimento e a avaliação adequada, o que provavelmente trará ganhos no bem estar e na qualidade de vida da PCD (CAMARGO; FEIJÓ, 2017; CARMARGO; GOULART; LEITE, 2017).

De acordo com a cartilha de orientações técnicas do ACESSUAS TRABALHO, as PCD além da situação de vulnerabilidade econômica e social, também apresentam maiores dificuldades de acesso a informações sobre leis, direitos sociais e políticas públicas em função de barreiras atitudinais, culturais e físicas, encontrando obstáculos para o acesso às políticas de educação, saúde, assistência social, tecnologias assistivas e demais bens e serviços públicos. Portanto, pensar em qualificação profissional e inserção no mercado de trabalho torna-se difícil, e muitas dessas PCD, buscam uma renda por meio do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) (BRASIL, 2017b). Considerando tais dificuldades de empregabilidade ocasionadas pela deficiência e decorrente de impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, as PCD que comprovem não ter como manter seu sustento nem tê-lo provido pela família, têm garantido o Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo, intrasferível, não vitalício e não contributivo (BRASIL, 2017b).

Para a PCD ter direito ao BPC, a renda mensal familiar deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo além de passar por avaliação médica e social realizadas por profissionais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (BRASIL, 1993).

Barbosa e Silva e Silva (2009) pontuam que o BPC apresenta aspecto positivo quando relacionado a uma renda fixa recebida mensalmente pelos seus beneficiários, inserindo-os em uma sociedade de consumo. Como aspecto negativo, os autores pontuam que o BPC é discriminatório, sendo marcador da precária situação econômica e condição física do indivíduo. Para Garrido, Del-Masso e Silva (2017) muitas vezes, a família não apoia a PCD na inserção no mercado de trabalho, preferindo continuidade no recebimento do benefício, sendo esse um aspecto negativo que não favorece a inserção.

Com a possibilidade da inserção no mercado de trabalho, que se inicia com maior abrangência com a Lei de Cotas, os PCD que recebem o BPC têm a possibilidade de inserção no mercado de trabalho. Desde 2011, com a Lei nº 12.470/11, o benefício não é cancelado quando a PCD consegue inserção no mundo de trabalho, ficando apenas suspenso enquanto mantiver o período de trabalho (BRASIL, 2011). Desta forma, o BPC promove a participação efetiva da PCD na sociedade, fortalecendo a sua autonomia e acesso à rede socioassistencial, facilitando a superação de barreiras na qualificação profissional e mercado do trabalho (BRASIL, 2017).

A inserção no mercado de trabalho não contempla apenas o benefício econômico a PCD, pois promove a transformação da sua realidade enquanto sujeito e possibilita crescimento. De acordo com Sadir, Bignotto e Lipp (2010) na visão positiva do trabalho, o indivíduo pode se autorrealizar, exercer sua capacidade criativa e estabelecer relacionamentos interpessoais gratificantes. Considerando aspectos negativos, o trabalho pode também ser fonte de adoecimento quando, por exemplo, contém fatores de risco para a saúde e o trabalhador não dispõe de estratégias para se proteger destes riscos.

Podemos citar a depressão e o estresse que podem estar associados a outras formas de adoecimento, com diversas manifestações e prejuízos físicos, psíquicos e sociais. Quando a inserção no mercado de trabalho ocorre de forma desigual e em contextos inadequados, pode ocorrer o aumento da vulnerabilidade e o risco de desenvolvimento de doenças.

A interrupção ou a falta de acesso às atividades laborais e à convivência extrafamiliar e institucional regulares afetam a rede social pessoal, o senso de pertencimento e, conseqüentemente, a autoestima e a saúde daquele que perde contatos e constância em relações e em atividades, das quais depende o seu bem-estar (LEVATTI et al., 2015, p. 70).

No entanto, fatores como estresse e a depressão também podem ocasionar dificuldades de acesso ao trabalho, tal como com aqueles inseridos de forma inadequada. Pressupõe-se que o indivíduo que receba o BPC possa apresentar depressão e estresse, interferindo na qualidade de vida e conseqüentemente dificultando o interesse no mercado de trabalho, sendo essa a temática a ser discutida neste contexto. Diante disso, compreender as dificuldades para a inclusão da PCD por meio do trabalho se torna de grande relevância, podendo ser ampliado o conhecimento na área, com planejamento de intervenções assertivas junto às PCD.

Com essa demanda, torna-se necessário analisar a situação de estresse, depressão e qualidade de vida das PCD que recebam o Benefício de Prestação Continuada (BPC) além de identificar seu interesse pelo mercado de trabalho, favorecendo a construção de políticas públicas voltadas para esse público.

1.3. Indicadores de estresse, depressão e qualidade de vida

Podemos pontuar que o estresse, a baixa qualidade de vida e a depressão são fatores de risco à saúde e que podem ser minimizados com a inclusão de adultos no trabalho, desde que garantidas as boas condições laborais. As várias formas do estresse podem representar um impedimento para a vida profissional produtiva de um indivíduo. De acordo com pesquisa realizada por Barros e Oliveira (2009), a falta de inserção no mercado de trabalho está associado à saúde mental do trabalhador sem vínculo empregatício, podendo ser considerado causador de baixa autoestima, estado de ânimo e humor reduzidos, estresse, ansiedade, sentimentos de vergonha, humilhação e distúrbios do sono. A situação se torna um fator agravante para o sofrimento psíquico e estado de saúde geral das pessoas.

Considerando o sofrimento psíquico como causador de agravamentos à saúde, citamos o estresse. Para Lipp (1999), o estresse é uma reação complexa e global do organismo, que envolve não apenas componentes físicos, mas também psicológicos e hormonais, que se desenvolvem em etapas ou fases. Portanto, estresse representa um alerta do corpo para o período entre a saúde e a doença.

O estresse ocorre quando o organismo apresenta uma sobrecarga de adaptações a diferentes situações. Quando se chega ao limite o estresse aparece, podendo interferir na saúde, na qualidade de vida e na sensação de bem-estar como um todo. Os prejuízos podem ser físicos, emocionais e sociais e afetam o indivíduo frente à sociedade (LIPP, 2001). Alguns sintomas são observados como desmotivação, irritação e impaciência. As relações interpessoais são afetadas, relações afetivas conturbadas, podendo inclusive representar causas de divórcios, além de doenças físicas variadas, depressão, ansiedade e infelicidade na esfera pessoal. No trabalho, algumas práticas como licenças médicas, absenteísmo e queda de produtividade podem ocorrer com mais frequência (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010).

O processo de estresse se desenvolve a partir de quatro fases, de acordo com Lipp (2001, 2003) na Fase de Alerta há uma quebra na homeostase e o indivíduo precisa produzir mais força e energia e vários processos neuroquímicos são acionados. Essa fase se inicia quando o indivíduo se confronta com o agente estressor. O esforço é necessário para lidar com a situação ameaçadora que causa o estresse. A Fase de Resistência apresenta um estressor de longa duração. Ocorre um aumento na capacidade de resistência, acabando por sobrecarregar ainda mais o sistema endócrino, hormonal, neurológico e outros. Nessa fase há um desgaste maior para restabelecer o equilíbrio interno e buscar restabelecer a homeostase. Na Fase de Quase-Exaustão o organismo começa a oscilar entre momentos de bem-estar e tranquilidade e momentos de desconforto, cansaço e ansiedade e pode aparecer algumas doenças. Na Fase de Exaustão ocorre um aumento das estruturas linfáticas, esgotamento psicológico em forma de depressão e fragilidade física, na forma de doenças, podendo ocasionar a morte como resultado final.

Tal como o estresse, que em sua fase da resistência, quase-exaustão e exaustão podem representar um impeditivo ao trabalho, podendo afetar a produtividade e a qualidade de vida do ser humano (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010). A depressão, de acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (2018) é considerada uma doença incapacitante e que está frequentemente associada com incapacitação funcional e comprometimento da saúde física.

A depressão é um transtorno mental comum que atinge mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a principal causa de incapacidade, o que contribui para a carga global de doenças (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE

SAÚDE, 2018). A depressão é uma condição relativamente comum, de curso crônico e recorrente. Os pacientes deprimidos apresentam limitação da sua atividade e bem estar (FLECK et al., 2009).

Segundo Baptista (2012) pode-se considerar a depressão como um grupo de sintomas psicológicos e fisiológicos. Estes sintomas podem apresentar um caráter episódico ou contínuo, variando sua intensidade entre leve e severa. Os indivíduos costumam a ter diminuição das atividades diárias, pois estando nas condições citadas, podem apresentar uma diminuição em sua qualidade de vida, chegando a ocasionar inclusive morbidades, e mesmo mortalidade.

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento - CID-10 (1993), o episódio de depressão maior pode ser leve, moderado ou grave. Há presença de anedonia e perda de energia concomitante com os seguintes sintomas: 1. Redução da concentração, 2. Autoestima e autoconfiança diminuída, 3. Ideias de culpa ou inutilidade, 4. Visões desoladas e pessimistas do futuro, 5. Ideação suicida e ideias e atos autolesivos, 6. Sono perturbado e 7. Apetite diminuído. O período de episódios pode ser de duas semanas, no mínimo, mas devem ser observados inícios repentinos dos sintomas. Para o episódio de depressão leve são considerados dois sintomas descritos acima acrescidos de dois sintomas mais evidenciados, como humor deprimido, perda de interesse ou prazer, ou fadigabilidade. Para diagnóstico do episódio moderado, são necessários três ou quatro dos sintomas numerados acima mais humor deprimido, perda de interesse ou prazer ou fadigabilidade. Para episódio grave, além dos sintomas acima, são necessários mais de quatro dos numerados. Importante ressaltar que há incapacidade em realizar atividades diárias tanto quanto pessoais, sociais e laborais (BAPTISTA, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Em sua publicação mais recente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (2013), inclui nos Transtornos depressivos: o transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substâncias/medicamentos, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. O transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos e por esse motivo, consideram-se, nesta dissertação, os critérios para

esse diagnóstico. Para obter diagnóstico de depressão, dentre os nove critérios, pelo menos cinco devem estar presentes com pelo menos duas semanas de duração, e que representem uma alteração em relação ao funcionamento anterior e que um deles seja obrigatoriamente humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. Os nove sintomas apontados na DSM-5 são: 1. Humor deprimido, 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em atividades que antes despertava prazer, 3. Perda ou ganho significativo de peso, 4. Insônia ou hipersonia, 5. Agitação ou retardo psicomotor, 6. Fadiga ou perda de energia, 7. Sentimento de inutilidade ou culpa, 8. Capacidade diminuída de concentração ou 9. Pensamento recorrente de morte, ideação suicida, tentativa ou plano suicida. Todos os itens devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias. No Transtorno Depressivo Maior estão presente um ou mais episódios com ausência de mania ou hipomania. Podem estar presentes características psicóticas, melancólicas ou atípicas, além do curso com grau de remissão, característica do primeiro episódio e cronicidade. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

De acordo com Baptista (2012) a depressão pode ser classificada em episódio depressivo leve, moderado, grave sem sintomas psicóticos ou com presença de sintomas psicóticos, classificação mantida na DSM-5 (2014). O estresse e a depressão estão associados à qualidade de vida dos indivíduos. O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde conceitua qualidade de vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al, 2000).

Os conceitos mais aceitos de qualidade de vida priorizam uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas. O principal exemplo que pode ser citado é o conceito preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com essa abordagem, a definição de qualidade de vida está na percepção dos indivíduos acerca de suas necessidades, se estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (DEVELOPMENT..., 1998).

Qualidade de vida relacionada à saúde "*Health-related quality of life*" e Estado subjetivo de saúde "*Subjective health status*" são conceitos afins centrados na avaliação subjetiva do indivíduo, e que estão intrinsecamente relacionados ao estado

de saúde e a capacidade do indivíduo viver plenamente. Qualidade de vida refere-se a uma terminologia abrangente de fatores que inclui uma variedade potencial de aspectos e podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados a sua rotina e sua vida, considerando à sua condição de saúde e às intervenções médicas. (FLECK et al. 1999; THE WHOQUOL GROUP, 1995).

A qualidade de vida afeta a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo (KAPLAN; RIES, 2009).

Devido à necessidade em se avaliar a qualidade de vida, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu o WHOQOL-100, um instrumento de fácil aplicação e que poderia ser utilizado para a população de forma geral. No entanto, no instrumento constavam 100 questões, o que tornava a aplicação morosa. Uma versão breve foi disponibilizada objetivando facilitar a aplicação, trata-se do WHOQOL-*brief*, com 26 questões que avaliam quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000).

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Investigar o estresse, depressão e qualidade de vida em pessoas com deficiência que recebam o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Objetivos específicos

- Investigar o estresse, depressão e qualidade de vida de pessoas com deficiência que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC).
- Verificar a associação na tríade estresse, depressão e qualidade de vida com variáveis sociodemográficas.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS E PERCURSOS DA ANÁLISE

3.1. Delineamento

O presente projeto trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa e qualitativa, do tipo descritivo, em que foi realizado um levantamento por meio de instrumentos aplicados na amostra definida após análise das características dos beneficiários do BPC/Deficiente. A abordagem quantitativa se caracteriza pela utilização de instrumentos, tais como: escalas, questionários ou testes, a abordagem qualitativa se expressa em termos não numéricos (COZBY, 2012).

3.2. Participantes

Participaram 16 beneficiários do BPC que foram selecionados a partir de uma amostra de 494 beneficiários do BPC, cadastrados no programa de transferência de renda do município. A amostra incluía PCD de ambos os sexos, com idade entre 19 a 35 anos. Foram considerados para essa pesquisa pessoas alfabetizados ou não alfabetizados, que atendessem os critérios para a contratação mediante a Lei de Cotas, ou seja, que apresentassem deficiência física, ou intelectual, ou visual, ou auditiva ou múltiplas.

Como critério de inclusão foram considerados aptos para a pesquisa as PCD que apresentassem deficiência física, visual, intelectual, auditiva, ou múltiplas; e que se enquadrassem nos critérios estabelecidos para a contratação de PCD mediante a Lei de Cotas.

3.3. Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados quatro instrumentos:

3.3.1 Questionário sociodemográfico

A coleta de dados foi realizada com a aplicação do questionário sociodemográfico e teve o objetivo caracterizar a amostra. Consta na caracterização: idade, sexo, estado civil, tipo de deficiência, escolaridade, com quem reside, autonomia para realização das atividades, inserção no mercado de trabalho, interesse em inserção no mercado de trabalho e apoio da família para inserção (APÊNDICE 1).

3.3.2 Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) (LIPP, 1994)

O inventário de sintomas de estresse para adultos de LIPP foi validado em 1994 no Brasil e Lipp foi sua precursora. Em 1956, Selye, estudava o modelo que identificava três fases do estresse: alerta, resistência e exaustão. No decorrer da padronização do inventário, Lipp propôs o modelo quadrifásico do instrumento propondo, além das três fases descritas por Selye, a fase de quase-exaustão. O inventário tem sido utilizado para pesquisas e trabalhos clínicos na área de estresse por permitir a realização de um diagnóstico, além de determinar a fase do estresse que a pessoa se encontra e o tipo de sintoma existente (físico ou psicológico), fornecendo uma medida objetiva da sintomatologia do estresse em jovens acima de 15 anos e adultos. Sua aplicação é de aproximadamente 10 minutos e pode ser realizada individualmente ou em grupos de até 20 pessoas. Não é necessário o indivíduo ser alfabetizado, pois os itens podem ser lidos para ele (LIPP, 2000, 2001).

O ISSL é formado por três quadros, referentes às quatro fases do estresse. O primeiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e três psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas. O segundo, composto de 10 sintomas físicos e 5 psicológicos, está relacionado aos sintomas experimentados na última semana. E o terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, refere-se a sintomas experimentados no último mês. Alguns dos sintomas que aparecem no quadro 1 voltam a aparecer no quadro 3, mas com intensidade diferente. As fases do estresse estão definidas como: alerta, que é considerada a fase positiva e descrita como a fase de produção de adrenalina, sendo que a sobrevivência é preservada e a sensação de plenitude alcançada. A segunda fase é a resistência, na qual o indivíduo busca lidar com os fatores que causam o estresse, caso apresente dificuldades nesse processo, passa à fase de quase-exaustão. Essa fase é caracterizada pelo início do processo de adoecimento e se o estressor não for afastado ou criadas estratégias para lidar com a situação, a fase final é a exaustão. Nessa fase, o indivíduo pode ser acometido por doenças graves, podendo causar danos a órgãos mais vulneráveis. No total, o ISSL apresenta 37 itens de natureza física e 19 de natureza psicológica, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade e gravidade. A fase 3 (quase exaustão) é diagnosticada na base da frequência dos itens assinalados na fase de resistência. (LIPP, 2000, 2001).

3.3.3 Escala Baptista de depressão – versão adulto (EBADEP –A). (BAPTISTA, 2012)

Trata-se de um instrumento construído no Brasil, autoaplicativo, que contém 45 itens com 26 descritores de sintomatologia depressiva com o objetivo de avaliar a intensidade de depressão em adolescentes e adultos entre 17 a 81 anos de idade. A escala apresenta somatória total de 0 a 135 pontos sendo quanto maior a pontuação, mais sintomas o indivíduo apresenta. Assim, de 0 a 59 pontos é considerada sintomatologia depressiva mínima, de 60 a 76 pontos considerado sintomatologia depressiva leve, de 77 a 110 pontos sintomatologia depressiva moderada e de 111 a 135 sintomatologia depressiva severa. A aplicação pode ser individual ou coletiva, sendo que o processo completo de aplicação pode variar de 10 a 20 minutos, não havendo tempo limite para completar a escala. A aplicação assistida pode ser efetuada para pessoas com dificuldades visuais, de leitura e de compreensão (BAPTISTA, 2012).

3.3.4 WHOQOL-bref

É um questionário desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que avalia qualidade de vida. O instrumento é composto por 26 questões. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral, e a segunda à satisfação com a própria saúde. As outras 24 questões estão divididas nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O WHOQOL-bref pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas. As respostas seguem a escala Likert “muito ruim a muito bom, “muito insatisfeito a muito satisfeito”, “nada a extremamente”, “nada a completamente” e “nunca a sempre”. Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam de um a cinco. O escore médio em cada domínio indica a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada aspecto em sua vida, relacionando-se com sua qualidade de vida. Quanto maior a pontuação, melhor essa percepção. O instrumento em questão, além do caráter transcultural, valoriza a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações (FLECK *et al.*, 1999; FLECK *et al.*, 2000).

Para o cálculo dos escores e estatísticas do instrumento foi utilizada a ferramenta do Microsoft Excel proposta por Pedroso e cols (2010).

3.4. Percurso amostral

Por meio de ofício solicitante, foi fornecida pela Secretaria de Assistência Social (SEBES) e pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), a identificação das PCD com Benefício de Prestação Continuada (BPC) no município de Bauru, bem como o endereço, bairro e deficiência. A base de dados utilizada foi SUASWEB/MDS (plataforma de dados utilizada pelo Sistema Único de Assistência Social – SUAS e Ministério do Desenvolvimento Social - MDS) com consulta realizada em maio de 2017.

A listagem dos beneficiários do BPC com idade entre 19 a 35 anos foi fornecida pela Secretaria de Assistência Social e pelo Ministério do Desenvolvimento Social. As listas foram agrupadas e chegou-se ao total de 494 pessoas. Foram excluídas da pesquisa PCD com curador, administrador provisório, as que possuíam tutor com termo de guarda, procurador ou que possuíam tutor nato. Considerou-se para a pesquisa 207 PCD com tutor inexistente. A partir dessa listagem foram selecionadas as PCD com características e deficiências que se enquadrassem no mercado de trabalho para a contratação por meio da Lei de Cotas, ou seja, deficiência física, visual, auditiva, intelectual e deficiências múltiplas. Excluiu-se da amostra pessoas com diabetes, epilepsia, HIV, hepatite, leishmaniose, esquizofrenia, anemia, transtornos de humor, entre outras. Após o filtro realizado, chegou-se a uma amostra de 43 beneficiários para a realização das visitas e entrevistas.

Segue Tabela 1 com a visão geral dos 494 beneficiários do BPC com idade entre 19 a 35 anos.

Tabela 1 – Visão geral dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) com idade entre 19 a 35 anos e seus representantes.

Representante	Beneficiários
Inexistente	207
Tutor nato	165
Curador	91
Administrador provisório	12
Tutor	11
Procurador	04
Termo de guarda	04
Total	494

Fonte: SUASWEB/MDS - Com referência na base de dados disponibilizada em 05/2017

Ao analisar a Tabela 1, pode-se perceber que 207 beneficiários do BPC apresentaram representante inexistente, 165 mantiveram tutor nato, ou seja, eram representados por pai ou mãe por não serem civilmente capazes, 91 eram representados por curador que possuíam o termo emitido por decisão judicial para cuidar dos interesses dos beneficiários que não podem administrá-los, 12 possuíam administrador provisório (representante de entidade de atendimento ou herdeiro que representa o beneficiário provisoriamente até finalização do processo judicial de tutela ou curatela), 11 eram representados por tutor, designado por decisão judicial pelo fato do beneficiário ter pais falecidos ou serem ausentes, quatro eram representados por procurador e quatro por termo de guarda, também emitidos por decisão judicial.

3.5. Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu na residência dos beneficiários, onde os mesmos foram informados que a participação seria de caráter voluntário, garantido anonimato e acesso aos resultados da pesquisa, caso apresentassem interesse nestes. Apesar dos riscos não se mostrarem elevados, todos os participantes foram orientados a contatar a equipe de pesquisa caso tivessem dúvidas ou desconforto.

Após o aceite em participação na pesquisa, foi preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos foram lidos pela pesquisadora e preenchidos junto aos participantes. Cada entrevista durou de 60 a 120 minutos e foram realizadas de fevereiro a junho de 2018. Não houve

necessidade de intérprete ou leitor para as entrevistas. Para a coleta de dados, optou-se por um auxiliar de pesquisa mestrando em psicologia e que recebeu treinamento e orientações para não comprometer a coleta de dados.

As PCD não encontradas na residência após a terceira tentativa de visita (manhã, tarde e noite) e não sendo possível contato telefônico, foram desconsideradas para a coleta de dados.

Todos os procedimentos para coleta de dados seguiram os preceitos éticos, segundo as normativas presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aconteceram após a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista (UNESP) Bauru, SP aprovado sob nº 2.491.755 e **parecer substanciado do CEP CAEE: 80167317.0.0000.5398.**

4 ANÁLISE DE DADOS

4.1. Procedimentos de análise de dados

Os dados coletados por meio do INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL) e ESCALA BAPTISTA DE DEPRESSÃO – VERSÃO ADULTO (EBADEP–A) foram analisados de acordo com as escalas e atribuições de pontos descritas em cada método. O *WHOQOL-bref* foi analisado a partir de uma ferramenta para cálculos disponibilizada em um software Microsoft Excel proposta por Pedroso et al (2010). As respostas ao questionário foram organizadas em forma de tabela a fim de compreensão e comparação das variáveis.

5 RESULTADOS

Os resultados foram organizados por categorias: visão geral dos beneficiários do BPC no município de Bauru, dados sociodemográficos da amostra estudada, estresse, depressão e qualidade de vida e apresentados em forma de tabelas.

A amostra foi de 16 participantes. Houve visitas domiciliares a 43 beneficiários do BPC e que apresentaram-se dentro dos critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa. O endereço dos beneficiários foi fornecido pelo órgão gestor do programa. Segue informações referentes às visitas na Tabela 2.

Tabela 2 - Visitas realizadas

Situação encontrada	Número de beneficiários
Responderam a pesquisa	16
Recusaram responder	2
Não localizadas no endereço fornecido pelo órgão gestor/ Mudança de endereço	15
Não apresentaram condições em responder os questionários	3
Não estão recebendo o BPC	2
Medo de perder o BPC	2
Por motivo de trabalho, se recusaram responder	2
Morador de rua (usuário de drogas)	1
Total de visitas realizadas	43

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

Conforme apresentado na Tabela 2, foram realizadas 43 visitas: 16 beneficiários responderam os instrumentos propostos para a pesquisa, dois beneficiários se recusaram responder sem justificar, 15 beneficiários não foram encontrados na residência ou mudaram de endereço previamente fornecido pelo órgão gestor, duas pessoas não estavam mais recebendo o benefício, duas alegaram medo de perder o benefício após responderem aos questionários, duas pessoas não responderam por estarem trabalhando e, por esse motivo, se recusaram responder, e um beneficiário é morador de rua e usuário de drogas.

Dos 43 beneficiários visitados, 16 responderam os instrumentos, portanto o n=16.

A tabela a seguir apresenta o perfil sociodemográfico das PCD entrevistadas.

Tabela 3 - Dados sociodemográficos correspondendo aos participantes que responderam os questionários. (n=16)

Variáveis	Número de participantes	%
Idade		
19 a 25	8	50%
26 a 30 anos	3	19%
31 a 35 anos	5	31%
Sexo		
Feminino	6	37,50%
Masculino	10	62,50%
Estado Civil		
Solteiro (a)	14	87,50%
União estável	2	12,50%
Deficiência		
Deficiência Intelectual	9	56%
Deficiência Visual	3	19%
Deficiência Auditiva	3	19%
Deficiência Física	1	6%
Adquirida	4	25%
Congênita	12	75%
Escolaridade		
Superior incompleto	1	6,25%
Ensino médio completo	3	18,75%
Ensino médio incompleto	1	6,25%
Ensino fundamental completo	4	25%
Ensino fundamental incompleto	4	25%
Analfabeto	3	18,75%
Composição familiar		
Mãe e pai/mãe/pai, mãe, irmãos/mãe e irmãos	7	43,75%
Esposo e filhos	2	12,50%
Tia, tio e padrasto, avós, primos ou sozinhos.	7	43,75%
Autonomia para realização das atividades diárias		
Sim	14	87,50%
Não	2	12,50%
Já foi inserido no mercado de trabalho		
Sim	5	31,25%
Não	11	68,75%
Apoio da família para trabalho formal		

Sim	8	50%
Não	7	43,75%
Não sabe informar	1	6,25%
Motivos para não apoiar		
Teme bullying	1	12,50%
Medo que a deficiência atrapalhe a rotina	4	50%
Para não perder o BPC	2	25%
Médico perito não libera	1	12,50%
Interesse em inserção no mercado de trabalho		
Sim	11	68,75%
Não	2	12,50%
Às vezes ou não soube responder	3	18,75%

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

Conforme apresentado na Tabela 3, observa-se que a faixa etária estudada de 19 a 35 anos foi agrupada por idades de 19 a 25 anos com oito participantes, correspondendo a 50% da amostra. De 26 a 30 anos foram três participantes, correspondendo a 19% da amostra e 31% representando cinco entrevistados com a idade entre 31 a 35 anos. A amostra pesquisada corresponde a 62,5% do sexo masculino (10 entrevistados) e 37,50% do sexo feminino (seis entrevistadas). Quanto ao estado civil, 14 entrevistados se declararam solteiros (87,50%) e dois relataram união estável (12,50%). Dos entrevistados, nove possuem Deficiência Intelectual (56%), três Deficiência Visual (19%), três Deficiência Auditiva (19%) e um Deficiência Física (6%). Dos entrevistados, 12 relataram deficiência congênita (75%) e quatro adquirida (25%).

No item escolaridade, quatro dos entrevistados relataram possuir Ensino Fundamental Completo (25%), quatro possuem Ensino Fundamental Incompleto (25%), três possuem Ensino Médio Completo (18,75%), três são analfabetos (18,75%), um possui Ensino Médio incompleto (6,25%) e um declarou cursar o Ensino Superior (6,25%). Portanto, quanto ao grau de instrução dos participantes, pode-se considerar baixo.

A variável correspondente à composição familiar mostra que sete pessoas moram com a mãe e pai, irmãos, mãe ou mãe e irmãos (43,75%), dois moram com esposo (a) e filhos (12,50%) e o restante da amostra que corresponde a sete pessoas (43,75%) apresenta variação nesse item, morando com tios, tias, padrasto, avós, primos ou sozinho.

Da amostra pesquisada, observa-se na Tabela 3 que 14 PCD (87,5%) declaram autonomia para realizar atividades diárias. Destas, dois (12,5%) declararam que não têm autonomia para realização de atividades diárias. Apesar de 87,5% das PCD apresentarem autonomia para a realização de suas atividades, houve relatos de atividades para as quais há necessidade de ajuda.

Em relação às PCD intelectual, das nove PCD participantes da pesquisa, cinco declararam dificuldades para o uso de celular, lavar roupas, uso de medicamentos, preparo de alimentos, uso de transporte público, higiene pessoal, se servir (alimentação), escolher roupas, leitura e escrita. Das PCD com deficiência visual, o total da amostra, ou seja, três pessoas relataram dificuldades para o preparo de alimentos, uso de transporte público, compras de mercado, limpeza, uso de interruptores (tomada) e sair sozinho. Não houve relatos de dificuldades para realização de atividades nos participantes com deficiência física e auditiva.

Quanto à inserção no mercado de trabalho, cinco (31,25%) relatam terem sido inseridos e 11 (68,75%) nunca tiveram inserção. Em relação ao apoio da família, oito entrevistados (50%) relatam receber apoio para inserção, sete (43,75%) não apoiam e um (6,25%) não soube responder. Desses 43,7% que não apoiam, quatro (50%) tem medo da PCD ser inserida devido às dificuldades causadas pela deficiência, um (12,50%) não aprova por medo de bullying, dois (25%) para não perder o benefício, um (12,50%) por não ter liberação médica para o trabalho. Em relação ao interesse da PCD em ser inserida, 11 (68,75%) demonstram interesse, dois (12,50%) não apresentam interesse e três (18,75%) relatam que às vezes têm interesse ou não souberam informar.

Estresse

Com a aplicação do ISSL, avaliou-se a presença ou ausência de estresse e em que fase se encontra, bem como os sintomas predominantes (físicos ou psicológicos). Na Tabela 4 são apresentadas as frequências de PCD que apresentam estresse classificadas por sexo e escolaridade.

Tabela 4 – Frequência de PCD que apresentam sintomatologia para estresse de acordo com sexo e escolaridade.

Fases do estresse	Alerta		Resistência		Quase-exaustão		Exaustão		Ausência de estresse	
	Freq	%	Freq.	%	Freq	%	Freq.	%	Freq.	%
Classificação geral	1	6,25%	6	37,5%	1	6,25%	4	25%	4	25%
Sexo	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	-	1	3	3	1	-	3	1	3	1
		6,25%	18,75%	18,75%	6,25%		18,75%	6,25%	18,75%	6,25%
Escolaridade	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	ESI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EMC	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
EMI	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
EFC	-	-	-	1	-	-	2	-	2	-
EFI	-	-	1	1	-	-	-	1	1	-
Analfabeto	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

Verificou-se que quatro PCD, correspondente a 25% da amostra, não apresentam sintomas de estresse e 12 PCD correspondente a 75% apresentam estresse nas seguintes fases: uma (6,25%) na fase de alerta, seis (37,50%) na fase da resistência, um (6,25%) na fase de quase-exaustão e quatro (25%) na fase de exaustão.

De acordo com a amostra estudada, pode-se observar que três homens não apresentaram sintomas de estresse, correspondendo a 18,75% da amostra total. Houve uma mulher (6,25%) que não apresentou sintomas de estresse. Na fase de alerta não foi encontrada amostra do sexo masculino e uma mulher apresentou estresse na fase de alerta (6,25%). Na fase da resistência, encontramos três homens (18,75%) e três mulheres (18,75%). Apenas um homem apresentou sintomatologia na fase de quase-exaustão. Na fase da exaustão, três homens (18,75%) e uma mulher (6,25%).

Pode-se examinar que a predominância dos sintomas de estresse são encontrados na área psicológica, sendo a incidência de 83,30% e nos sintomas físicos 16,70%. A predominância dos sintomas psicológicos foi tanto para o sexo masculino como para o feminino.

Observa-se que quanto à escolaridade, 34% da amostra com presença de estresse possuem Ensino Fundamental Completo, seguindo de 25% da amostra com Ensino Médio Completo e 25% que são analfabetos. Porcentagens menores foram observadas em Ensino Médio incompleto representando 8% da amostra e Ensino Fundamental Incompleto (8%). Não se observou estresse relacionado com a escolaridade na amostra estudada.

Na Tabela 5 apresentou-se a distribuição da amostra em relação segundo o estado civil, idade e deficiência.

Tabela 5 – Distribuição da amostra por estado civil, idade e deficiência.

	Total N=16	Estresse		Sem estresse	
		Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
União estável (a)	2	1	6,25%	1	6,25%
Solteiro (a)	14	11	68,75%	3	18,75%
19 a 25	8	5	31,25%	3	18,75%
26 a 30 anos	3	3	18,75%	-	-
31 a 35 anos	5	4	25%	1	6,25%
Deficiência Intelectual	9	9	56,25%	-	-
Deficiência Visual	3	2	12,5%	1	6,25%
Deficiência Auditiva	3	1	6,25%	2	12,5%
Deficiência Física	1	-	-	1	6,25%

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

Como mostra a Tabela 5, a maior concentração de estresse está entre os solteiros, no entanto a maior parte da amostra é formada por esse grupo, não sendo possível estabelecer relação entre estresse e estado civil na amostra estudada. A distribuição por faixa etária mostra que todos os grupos de idade apresentam presença de estresse. Quanto à deficiência, a amostra foi composta por sua maioria de deficiência intelectual, sendo que nesse grupo, todos apresentaram sintomas para estresse.

Tabela 6 – Distribuição de estresse de acordo número de pessoas na casa.

	Total N=16	Estresse		Sem estresse	
		Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Mãe e pai/mãe/pai, mãe, irmãos/mãe e irmãos	7	6	37,50%	1	6,25%
Esposo e filhos	2	1	6,25%	1	6,25%
Tia, tio e padraсто, avós, primos ou sozinho.	7	5	31,25%	2	12,50%

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

Observa-se a presença de estresse em 37,50% da amostra da pesquisa que relatam residir com mãe e pai/mãe/pai, mãe, irmãos/mãe e irmãos. Os entrevistados que declararam residir com esposas e filhos representam 6,25 com a presença de estresse e o restante da amostra encontra-se distribuída com outros membros na composição familiar e apresentam alto índice de estresse (31,25%), podendo indicar maior estresse em famílias compostas por diferentes núcleos familiares, tal como residir com pai/mãe/pai, mãe, irmãos/mãe e irmãos.

Tabela 7 – Distribuição da presença de estresse de acordo com autonomia para realização de atividades, anterior inserção no mercado de trabalho e apoio da família.

	N=16	Estresse		Sem estresse	
		Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Autonomia para realização de atividades					
Sim	14	12	75%	2	12,50%
Não	2	2	12,50%	-	-
Inserção no mercado de trabalho					
Já inserido	5	3	18,75%	2	12,50%
Não inserido	11	9	56,25%	2	12,50%
Apoio da família para o trabalho formal					
Recebe apoio	8	5	31,25%	3	18,75%
Não recebe apoio	7	6	37,50%	1	6,25%
Não soube informar	1	1	6,25%	-	-

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

Os resultados obtidos com a Tabela 7 mostram que 75% dos que apresentam autonomia para a realização de atividades, apresentam estresse. Apenas 12,50% com autonomia não apresentam estresse e 12,50% que não possuem autonomia apresentam estresse.

Em relação à inserção no mercado de trabalho, 18,75% dos que já foram inseridos apresentaram estresse e 12,50% dos inseridos não apresentaram. Dos que não foram inseridos, 56,25% apresentam sintomas de estresse e 12,50% não inseridos, não apresentam estresse.

A frequência indicativa de apoio da família mostra que não houve diferença significativa em relação ao estresse. Dos que recebem apoio para inserção no mercado de trabalho, 31,25% apresentam indicativos de estresse e 37,50% que não recebem apoio apresentam estresse. Dos que recebem apoio e não apresentaram estresse foi de 18,75%.

Depressão

Com a aplicação da Escala Baptista de Depressão (EBADEPA), avaliou-se descritores de sintomatologia depressiva. Segue Tabela 8 com a escala de sintomatologia para a amostra estudada.

Tabela 8 – Sintomatologia de depressão para amostra de PCD estudada, classificação por sexo e por faixa etária.

Escala EBADEP-A	Sintomatologia Depressiva Mínima (sem sintomatologia)		Sintomatologia Depressiva Leve		Sintomatologia Depressiva Moderada		Sintomatologia Depressiva Severa		
N=16									
Participantes por sintomatologia	10 participantes 62,50		04 participantes 25%		02 participantes 12,5%		-		
Sexo	M	F	M	F	M	F	M	F	
	FREQ.	10	-	2	2	1	1	-	-
	%	62,5%	-	12,50%	12,50%	6,25%	6,25%	-	-
Faixa etária	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
19 a 25 anos	6	37,50%	2	12,50%	1	6,25%	-	-	
26 a 30 anos	1	6,25%	1	6,25%	-	-	-	-	
31 a 35 anos	3	18,75%	1	6,25%	1	6,25%	-	-	

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

A Tabela 8 indica que na amostra estudada, 62,5% dos participantes apresentam sintomatologia mínima para depressão na escala EBADEP-A e desses todos são do sexo masculino, 37,50% da amostra estudada apresentam sintomas de depressão, sendo que 25% sintomatologia depressiva leve (12,50% do sexo masculino e 12,50 do sexo feminino) e 12,50% sintomatologia depressiva moderada

(6,25% do sexo masculino e 6,25% do sexo feminino). Todas as mulheres da amostra apresentaram sintomas de depressão na escala EBADEP-A. Não houve incidência de sintomatologia depressiva severa na amostra estudada.

Tabela 9 – Depressão segundo o grau de escolaridade.

Escala EBADEP-A	Superior Incompleto		EMC		EMI		EFC		EFI		Analfabeto	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sintomatologia Depressiva Mínima (sem sintomatologia)	1	6,25%	2	12,5%	1	6,25%	1	6,25%	2	12,5%	3	18,75%
Sintomatologia Depressiva Leve	-	-	1	6,25%	-	-	2	12,50%	1	6,25%	-	-
Sintomatologia Depressiva Moderada	-	-	-	-	-	-	1	6,25%	1	6,25%	-	-
Depressiva Severa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

Em relação à escolaridade, a amostra que apresenta sintomatologia para depressão leve ou moderada apresenta Ensino Fundamental Completo (18,75%), Ensino Fundamental Incompleto (12,50%) e Ensino Médio Completo (6,25%), ou seja, 31,25% da amostra apresenta baixo nível de escolaridade.

Tabela 10 - Distribuição da amostra com depressão segundo o estado civil, deficiência e composição familiar.

Estado civil	Sintomatologia Depressiva Mínima (sem sintomatologia)		Sintomatologia Depressiva Leve		Sintomatologia Depressiva Moderada		Depressiva Severa	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
União estável	-	-	1	6,25%	1	6,25%	-	-
Solteiro (a)	10	62,50%	3	18,75%	1	6,25%	-	-

Deficiência								
Deficiência Intelectual	6	37,50%	2	12,50%	1	6,25%	-	-
Deficiência Visual	1	6,25%	1	6,25%	-	-	-	-
Deficiência Auditiva	3	18,75%	1	6,25%	1	6,25%	-	-
Deficiência Física	-	-	-	-	-	-	-	-
Composição familiar								
Mãe e pai/mãe/pai, mãe, irmãos/mãe e irmãos	5	31,25%	01	6,25%	1	6,25%	-	-
Esposo e filhos	-	-	1	6,25%	1	6,25%	-	-
Tia, tio, padrasto, avós, primos ou sozinhos.	5	31,25%	2	12,50%	-	-	-	-

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

A Tabela 10 indica que 37,50% da amostra apresenta sintomatologia para depressão. Desses, 6,25% que relataram união estável apresentam sintomatologia leve e 6,25% apresentam sintomatologia moderada. Dos solteiros, 18,75% apresentam sintomatologia leve e 6,25% da amostra sintomatologia depressiva moderada. O indicativo representado nessa tabela é de que solteiros apresentam menos estresse em relação aos que possuem união estável, no entanto, a amostra de solteiros é maior.

Quanto ao tipo de deficiência observa-se que a presença de sintomatologia para depressão leve foi pontuada em 12,50% de deficientes intelectuais, 6,25% deficiência visual e 6,25% deficiência auditiva. Destes, 6,25% de deficiente visual apresentou sintomatologia de depressão leve e 6,25% de deficiência auditiva apresentou sintomatologia depressiva moderada.

Em relação à composição familiar, observa-se que a distribuição está bastante igualitária na tabela, sendo que 6,25% que apresentam sintomatologia de depressão leve residem com mãe e pai/mãe/pai, mãe, irmãos/mãe e irmãos. Dos que apresentam sintomatologia depressiva moderada, 6,25% residem com mãe e pai/mãe/pai, mãe, irmãos/mãe e irmãos e 6,25% com esposo e filhos e 18,75% da amostra residem com demais membros da família.

Tabela 11 – Sintomas depressivos de acordo com autonomia para realização de atividades, anterior inserção no mercado de trabalho e apoio da família para inserção no trabalho.

	S. Depressiva Mínima		S. Depressiva Leve		S. Depressiva Moderada		S. Depressiva Severa	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Autonomia para atividades								
Possui autonomia	8	50%	4	25%	2	12,5%	-	-
Não possui autonomia	2	12,50%	-	-	-	-	-	-
Inserção no mercado de trabalho								
Já inseridos	3	18,75%	2	12,50%	-	-	-	-
Não inseridos	7	43,75%	2	12,50%	2	12,50%	-	-
Apoio da família para inserção no trabalho								
Recebe apoio	4	25%	3	18,75%	1	6,25%	-	-
Não recebe apoio	5	31,25%	1	6,25%	1	6,25%	-	-
Não soube informar	1	6,25%	-	-	-	-	-	-

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

Os primeiros dados da Tabela 11 são referentes a sintomatologia depressiva e autonomia para a realização de atividades. Referente aos dados, 50% dos que possuem autonomia para realização de atividades possuem sintomatologia mínima para depressão e dos que não possuem autonomia representam 12,50% para sintomatologia depressiva mínima. Percebe-se os sintomas depressivos leves estão presentes em 25% dos PCD com autonomia para realização de atividades e em 12,50% daqueles com autonomia e presença de sintomas moderados. Dos que não possuem autonomia para realização de atividades, os sintomas leves de depressão estão em 12,50% da amostra coletada.

Em relação à inserção no mercado de trabalho, os que foram inseridos e apresentam sintomatologia depressiva mínima correspondem a 18,75% e 43,75% para aqueles com a mesma sintomatologia e que não foram inseridos. 12,50% dos

que foram inseridos apresentam sintomatologia depressiva leve e 12,50% dos não inseridos também apresentaram sintomatologia depressiva leve. A presença de sintomatologia depressiva moderada corresponde a 12,50% dos não inseridos no mercado de trabalho.

A Tabela 11 apresenta também dados referentes ao apoio da família para a inserção no mercado de trabalhos da PCD. Das que recebem apoio, 25% apresentam sintomatologia depressiva mínima, 31,25% não recebem apoio e apresentam sintomatologia depressiva mínima e 6,25% com sintomatologia depressiva mínima não soube informar sobre o apoio da família. 18,75% dos que recebem apoio da família apresentam sintomatologia depressiva leve e 6,25% com a mesma sintomatologia não recebem apoio da família. Em relação a sintomatologia depressiva moderada, 6,25% recebem apoio para inserção e 6,25% não recebe apoio caso tenha interesse no mercado de trabalho.

Tabela 12 – Distribuição da amostra estudada e relação com o interesse no mercado de trabalho.

Interesse em inserção no mercado de trabalho	S. Depressiva Mínima		S. Depressiva Leve		S. Depressiva Moderada		S. Depressiva Severa	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Sim	06	37,50%	04	25%	01	6,25%	-	-
Não	02	12,50%	-	-	-	-	-	-
Às vezes ou não soube responder	02	12,50%	-	-	01	6,25%	-	-

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

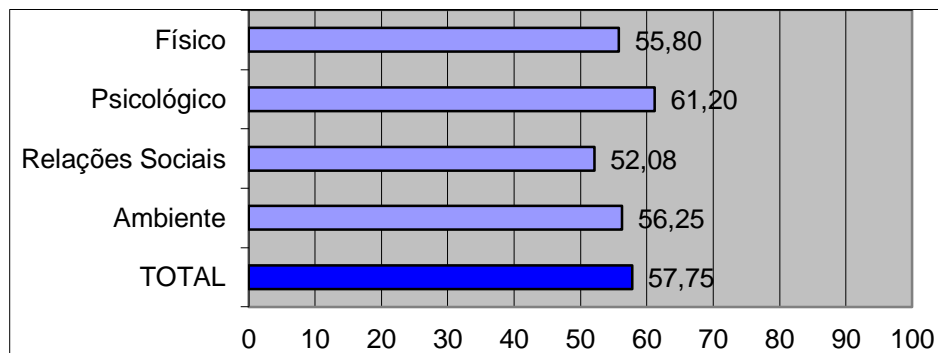
A Tabela 12 aponta o interesse das PCD entrevistadas em inserção no mercado de trabalho. Observa-se que 35,50% dos que apresentam interesse, têm sintomatologia depressiva mínima enquanto 12,5% que não apresentam interesse têm sintomatologia depressiva mínima e 12,50% com a mesma sintomatologia não souberam responder. Dos participantes, 25% apresentam sintomatologia depressiva leve e interesse em inserção enquanto 6,25% com sintomatologia depressiva moderada apresenta interesse em inserção no mercado de trabalho e 6,25% com a mesma sintomatologia respondem que às vezes tem interesse ou não souberam

responder. Em relação ao interesse no mercado de trabalho, não se observa relação de depressão e não inserção no mercado de trabalho.

Qualidade de vida

Com a utilização do WHOQUOL-BREF, obteve-se os resultados de qualidade de vida das PCD, analisadas por meio do software Microsoft Excel para cálculo dos escores e estatística descritiva proposto por Pedroso *et al* (2010). A escala do instrumento pontua a Qualidade de Vida Global em Domínios I - Físico, II - Psicológico, III - Relações Sociais e IV - Meio Ambiente. Quanto mais próximo de 100% a pontuação, melhor a percepção do indivíduo em relação à qualidade de vida.

Tabela 13 – Qualidade de vida



Fonte: Tabela elaborada a partir do software desenvolvido por Pedroso et al (2010).

De acordo com os dados obtidos na Tabela 13, a qualidade de vida geral para a população estudada, que avalia a percepção da qualidade e vida e a satisfação com a saúde, obteve a pontuação de 57,75, ou seja, a auto avaliação para esse item se apresenta de forma regular, indicando necessidade de melhora.

O domínio físico apresenta avaliação das facetras, dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho e obteve a pontuação de 55,80, o que indica situação regular nesse domínio.

O domínio psicológico apresenta como facetras: pensamentos positivos, pensar, aprender, memória de concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religião, crenças pessoais. A pontuação para esse domínio foi de 61,20, o que indica situação regular.

O domínio referente às relações sociais tem como facetas: relações pessoais, atividade sexual e suporte (apoio) social. A pontuação foi de 52,08, ou seja, situação regular. Apesar da maioria dos indivíduos participantes da pesquisa morar com a família, este item mostra que os relacionamentos pessoais e sociais estão prejudicados, indicando necessidade de intervenção.

Em relação ao meio ambiente, chegou-se à pontuação de 56,25, também indicando situação regular. Esse domínio apresenta como facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico, poluição/ruído/clima e transporte.

Importante ressaltar que em nenhum domínio foi apresentada situação boa ou muito boa para a população estudada. A Tabela 14 apresenta avaliação de qualidade de vida por tipo de deficiência.

Tabela 14 – Qualidade de Vida por deficiência.

	Avaliação de Qualidade global	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio relações sociais	Domínio meio ambiente
Deficiência intelectual	58,73	55,95	49,07	49,07	54,86
Deficiência auditiva	74,36	75	72,22	63,89	79,17
Deficiência física	53,85	46,43	62,5	58,33	53,13
Deficiência visual	45,51	39,29	54,17	47,22	38,54

Fonte: Tabela elaborada a partir do software desenvolvido por Pedroso *et al* (2010).

Observando os dados da tabela acima que classifica a qualidade de vida por tipo de deficiência, percebemos que as PCD visual apresentam piores índices de qualidade de vida nos domínios meio ambiente, físico e relações sociais e, apresentam necessidade de melhora nesses quesitos descritos acima.

Para o grupo de PCD intelectual, apresentaram menor pontuação no domínio psicológico e relações sociais (49,07 em cada domínio).

A PCD física apresentou 46,43 para o domínio físico, indicando necessidade de melhora para esse domínio.

Pode-se considerar que o grupo de PCD auditiva foi o que apresentou melhor índice de qualidade de vida para esse grupo de pessoas estudadas.

A seguir, a Tabela 15 apresenta os dados qualitativos coletados durante a entrevista realizada às PCD.

Tabela 15 – Dados qualitativos obtidos durante a coleta dos dados sociodemográficos

	Deficiência	Autonomia para realização das atividades diárias	Inserção no mercado de trabalho	Apoio da família/motivo
Alan	DI 1	Possui autonomia para realização das atividades diárias. Contribui nas atividades domésticas sem ajuda.	Trabalha informalmente. Faz bico de garçom em festas com a tia. Nunca foi inserido formalmente. Às vezes apresenta interesse no mercado formal.	Família não apoia a contratação justificando que a PCD necessita trabalhar. Tem “dó” da PCD trabalhar formalmente.
Josué	DI 2	Possui autonomia para realização das atividades diárias, sem ajuda. Realiza tarefas domésticas, mas muitas vezes precisa ter alguém para mandá-lo fazer.	Nunca foi inserido. Às vezes apresenta interesse no mercado formal.	Não tem apoio da família, pois a mesma relata que ele não apresenta condições para o trabalho. Mãe e padrasto estão desempregados e se mantem com o BPC.
André	DI 3	Possui autonomia para realização das atividades diárias, sem ajuda. Cozinha e ajuda nas atividades da residência.	Nunca foi inserido.	Família não apoia justificando dependência.
Antônio	DI 4 Adq.	Necessita ajuda para tomar banho e orientação para ler informações no ônibus, o restante das atividades realiza sem ajuda.	Frequenta APIECE. Não é alfabetizado. Já tentou inserção no mercado de trabalho, mas não ficou.	Gostaria de ser inserido, mas família não apoia por causa da epilepsia e uso de medicamentos.
Marcos	DI 5	Não necessita apoio para atividades.	Trabalhou por seis meses como empacotador, apresenta interesse no mercado de trabalho.	Família apoia.
Claudia	DI 6	Dificuldade para leitura e escrita, demais	Nunca inserida.	Família apoia.

		atividades realiza sozinha, cuida da casa e alimentação dos três filhos. Teve um filho destituído.		
Ilma	DI 7	Realiza limpeza da casa, higiene pessoal e demais atividades diárias. Necessita ajuda para atividades referente a leitura e escrita. Frequenta APAE.	Inserida como empacotadora por três meses. Trabalhou no açougue/reposição de produtos por três meses. Não lê e escreve. Tem um filho.	Família apoia desde que a empresa busque e leve na casa.
José	DI 8	Realiza todas atividades diárias sem ajuda. Dificuldades para utilizar o celular, fazer comida e precisa companhia para ir ao médico.	Não tem interesse em trabalhar.	Não sabe dizer.
Neusa	DI 9	Não sai de casa sozinha, dificuldades para escovar os dentes. Demais atividades realiza sem ajuda. Dificuldades para escolher e colocar roupas. Cuida dos animais da casa. Realiza limpeza da casa sem ajuda.	Não sabe.	Família não apoia contratação.
Maria	DV 1	Possui autonomia para realização das atividades diárias, sem ajuda. Realiza todas as atividades domésticas. Necessita ajuda para transporte público, ir ao mercado e colocar algo na tomada.	Já foi inserida no mercado informal como cuidadora de criança por quatro meses e serviço doméstico por um ano.	Tem interesse e apoio.
Leandro	DV 2	Possui autonomia para realização das atividades diárias, sem ajuda. Cuida do irmão. Não sai sozinho.	Dificuldades de aprendizagem	Família não apoia. Tem medo de que saia sozinho pela baixa visão.
Pedro	DV 3	Dificuldades para	Trabalhava como	Família apoia.

	adquirida	transporte com ônibus e fazer comida (fogão) Demais atividades, realiza sozinho. Faz curso de braile. Ficou com DV sequela de um tiro, briga no bairro.	servente de pedreiro antes da deficiência. Após a deficiência não trabalhou. Apresenta interesse. Frequenta APAE para treino de locomoção para deficientes visuais.	
Sheila	DA 1	Possui autonomia para realização das atividades diárias, sem ajuda.	Nunca inserida.	Tem interesse em trabalhar. Família apoia. No dia da visita, foi fazer entrevista para emprego.
Carlos	DA 2	Possui autonomia para realização das atividades diárias, sem ajuda. Realiza atividades domésticas, pessoais e sai sozinho sem ajuda da família.	Nunca inserido. Não apresenta interesse.	Família não apoia a contratação para não perder o benefício.
Amanda	DA 3 adquirida	Possui autonomia para realização das atividades diárias, sem ajuda.	Nunca inserida.	Família apoia. Mora sozinha e quando terminar a faculdade pretende ser inserida no mercado de trabalho.
Paulo	DF 1 Adquirida	Possui autonomia para realização das atividades diárias, sem ajuda. Contribui com as tarefas domésticas.	Formalmente trabalhou como empacotador por período de seis meses. Informalmente, entregava panfletos e realizava bicos.	Apresenta interesse no mercado de trabalho, mas o médico que realiza a perícia não libera.

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

A seguir, serão apresentados três aspectos relacionados na Tabela 16, com destaque para situações relevantes dos participantes.

O primeiro deles refere-se à questão sobre autonomia das PCD em realizar atividades diárias. As PCD entrevistadas relatam autonomia na maior parte das atividades realizadas. As deficientes intelectuais e auditivas relatam realizar atividades domésticas, enquanto que o deficiente físico aponta contribuir com a realização das atividades. Para os entrevistados com deficiência visual, a maior dificuldade encontrada é em relação a leitura e escrita ou devido a limitações

provocadas pela deficiência, como por exemplo o uso do fogão ou dificuldades com a locomoção.

O segundo aspecto buscou informações sobre a inserção no mercado de trabalho. As contratações efetivadas demonstram que as PCD entrevistadas estiveram por período inferior a um ano no mercado de trabalho. Observa-se que um grande número da amostra relata exercer atividades domésticas, o que não é percebido por eles como trabalho. Há relação de atividades domésticas e presença de estresse na população entrevistada, dado esse disponível na literatura. Esse aspecto demonstra que o fato da PCD não ter vínculo empregatício não a protege da presença do estresse. Há relatos de trabalho informal na amostra pesquisada. Houve relato de um PCD apresentar interesse em inserção formal, mas não ter liberação médica devido à deficiência adquirida.

O apoio da família em relação à inserção é o terceiro aspecto a ser discutido. As famílias relatam não apoiar a contratação da PCD por diversos motivos, como: medo, dó, não acreditarem nas habilidades das PCD e por temerem dificuldades no trabalho. Houve familiares que relataram medo em perder o benefício e por depender do valor recebido mensalmente.

Uma PCD relatou que participaria de uma entrevista de emprego após a visita realizada para a pesquisa, no entanto relatou apoio da família.

Analisando o contexto geral da amostra, os participantes apresentam baixo grau de instrução e, no entanto, uma deficiente visual encontra-se cursando faculdade e tem interesse em futura inserção.

Percebe-se que as PCD e suas famílias compartilham a experiência de estigma social, mas são muito diferentes entre si e necessitam que suas demandas sejam conhecidas. Quando se pesquisam famílias de baixa renda em épocas de pouco emprego, retração econômica e instabilidade política, como a que atualmente se apresenta, cabe ponderar que há redução de gastos nas famílias com condições materiais razoáveis e luta pela sobrevivência pelos que contam com poucos recursos e muitas vezes, recursos estes insuficientes para o acesso a tecnologias assistivas, que poderia favorecer a inclusão e acesso a serviços.

6 DISCUSSÃO

6.1. Dados sociodemográficos

A seguir, serão apresentados os dados sociodemográficos quantitativos dos participantes, demonstrados de acordo com o tipo de deficiência.

Tabela 16 - Dados sociodemográficos correspondendo aos participantes que responderam os questionários. (n=16)

	Deficiência	Idade	Sexo	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	COMPOSIÇÃO FAMILIAR	Já foi inserido no mercado de trabalho?	Apoio da família para trabalho formal	Interesse em inserção no mercado de trabalho	ESTRESSE/ Fase	DEPRESSÃO/ Sintomatologia
Alan	DI 1	33	M	SOLT.	ANALF	tia/tio/padrasto	SIM	NÃO	ÀS VEZES	QUASE EXAUSTÃO	MINIMO
Josué	DI 2	23	M	SOLT.	EFC	mãe/padrasto	NÃO	NÃO	ÀS VEZES	EXAUSTÃO	MODERADO
André	DI 3	29	M	SOLT.	EFC	mae/pai	NÃO	NÃO	SIM	EXAUSTÃO	MINIMO
Antônio	DI 4 Adq.	24	M	SOLT.	ANALF.	Avós	NÃO	NÃO	SIM	RESIST.	MINIMO
Marcos	DI 5	33	M	SOLT.	EMI	mai/pai	SIM	SIM	SIM	EXAUSTÃO	MINIMO
Claudia	DI 6	34	F	CAS.	EFI	esposo/filhos	NÃO	SIM	SIM	RESIST.	MODERADO
Ilma	DI 7	22	F	SOLT.	EFC	avó/tios/primos e filho	SIM	SIM	SIM	RESIST.	LEVE
José	DI 8	27	M	SOLT.	EFI	tio/primos	NÃO	NÃO SOUBE RESPONDER	NÃO	RESIST.	MINIMO
Neusa	DI 9	25	F	SOLT.	ANALF.	mãe/irmã	NÃO	NÃO	ÀS VEZES	RESIST.	MINIMO
Maria	DV 1	33	F	SOLT.	EFI	filhos/primaria	NÃO	SIM	SIM	EXAUSTÃO	LEVE
Leandro	DV 2	20	M	SOLT.	EMC	mãe/irmãos	NÃO	NÃO	SIM	RESIST.	LEVE
Pedro	DV 3 Adq.	32	M	SOLT.	EFI	mãe/pai/irmãos	SIM	SIM	SIM	N/E	MINIMO
Sheila	DA 1	23	F	SOLT.	EMC	Mãe	NÃO	SIM	SIM	ALERTA	MINIMO
Carlos	DA 2	23	M	SOLT.	EMC	pai/tio	NÃO	NÃO	NÃO	N/E	MINIMO
Amanda	DA 3 Adq.	21	F	SOLT.	ESI	Sozinha	NÃO	SIM	SIM	N/E	MINIMO
Paulo	DF 1 Adq.	22	M	CAS.	EFC	esposa/filhos	SIM	SIM	SIM	N/E	LEVE

Fonte: Produzida pelo autor, 2019.

O nome dos participantes é fictício para manter sigilo, conforme assegurado no TCLE.

De acordo com as características sociodemográficas apresentadas, os resultados deste estudo indicam que maior parte da amostra pesquisada é do sexo masculino e apresentam deficiência intelectual. Os dados apresentados pelo PNS (2013) indicam maior índice de deficientes intelectuais, com deficiências congênitas, tal como os dados apontados na pesquisa.

A faixa etária considerada para a pesquisa foi de 19 a 35. De acordo com dados da RAIS, houve durante o ano de 2016, um aumento de pessoas com mais idade inseridas no mercado de trabalho. Essa informação se refere ao montante geral de contratações e não específico para PCD (BRASIL, 2017a)

No item escolaridade, observou-se o baixo índice de instrução em todas as deficiências pesquisadas, sendo que PCD intelectual apresentam menores índices de instrução, estando esses dados em conformidade com os apresentados pelo PNS (2013). O grupo de deficiência auditiva apresenta índice melhor de escolaridade sendo que esses dados são diferentes dos encontrados no PNS, que relatam que para esse grupo de deficiência, o nível de instrução é nulo ou fundamental incompleto. Pode-se considerar que essa discordância pode ter ocorrido pelo número de participantes da pesquisa ser baixo.

Entre as PCD física e auditiva pesquisadas, não houve indícios de dificuldades para realização de atividades diárias. Apesar de a amostra ser pequena, os dados diferem do PNS (2013), pois aponta que as pessoas com deficiência visual e física apresentam grau intenso ou muito intenso de limitações.

Quanto à inserção no mercado de trabalho, cinco dos entrevistados que relataram inserção, apresentaram grau de instrução baixo. No entanto, em apontamentos realizados por Lorenzo e Silva (2017), empresas contratam PCD com nível reduzido de escolaridade em função ao cumprimento de cotas. Em relação a interesse no mercado de trabalho, quase todos entrevistados apontaram interesse, no entanto, para muitos, não há apoio da família, embora 87,5% apresentem autonomia para a realização de atividades e poderiam ser inseridos. Para Lorenzo e Silva (2017), a família pode ser motivadora tanto no apoio e manutenção de continuidade da PCD no trabalho, como também um empecilho ao desenvolvimento e autonomia do indivíduo. Considerando o BPC, muitas famílias não apoiam a contratação, preferindo a manutenção do benefício. Deve-se considerar que muitas

PCD, por não terem apoio, não acreditam ser capazes de trabalhar (GARRIDO; DEL-MASSO; SILVA, 2017).

Com base na literatura, fica evidente que familiares apresentam medo de expor a pessoa com deficiência no ambiente de trabalho, como relatado nesta pesquisa, medo de preconceito e abuso. No entanto, a família precisa estar atenta ao processo de apoio para a inclusão não ser prejudicada. (NEVES-SILVA; PRAIS; SILVEIRA, 2015).

6.2. Estresse

A presente pesquisa realizada apontou presença de estresse com predominância no sexo masculino, embora esta seja a porcentagem maior dos entrevistados. Esse dado pode ser considerado inesperado, pois as pesquisas relacionadas a estresse apontam mulheres com maior índice. Há evidências de estresse em grupo masculino com idade entre 15 a 28 anos nas fases resistência, alerta e exaustão em pesquisa realizada por Calais, Andrade e Lipp (2003), no entanto, o maior índice foi entre as mulheres. Ainda segundo os autores, pode-se considerar a hipótese que homens são mais estressados ou apresentariam índices iguais aos das mulheres devido a cargos ou profissões que exijam maior responsabilidade. Nesse caso, difere da amostra pesquisada, pois os participantes encontram-se fora do mercado de trabalho. A pesquisa apresentada por Calais, Andrade e Lipp (2003) compõe-se de uma amostra de pessoas que não possui deficiência. Sadir, Bignotto e Lipp (2010) pontua relação entre estresse e gênero, seus dados apresentados em pesquisa mostram que mulheres apresentam mais estresse do que grupos masculinos, o que difere desse estudo.

O grupo do sexo feminino que participou da pesquisa, apenas uma não apresentou estresse. Os dados obtidos em pesquisa por Ribas-Prado, Calais e Cardoso (2016) com pessoas com idade média de 38,5 anos apontam que mulheres “do lar” foram identificadas com estresse. Ou seja, tanto para PCD, foco dessa pesquisa, como a dos autores citados, apontam que mulheres que cuidam do lar apresentam estresse.

Considerando a amostra total, apontam-se indícios de estresse em 75% dos participantes da pesquisa. Pode-se relacionar, nesta pesquisa, que índices de estresse estão relacionados a baixo nível de instrução. Podem-se comparar tais dados com os descritos por Ribas-Prado, Calais e Cardoso (2016), apesar da idade

pesquisada estar distribuída entre 18 a 74 anos, trata-se de população em situação de vulnerabilidade, tal como a amostra apresentada sendo que o nível de instrução foi baixo. Resultados apontam presença de estresse em 58% dos participantes. Não foi descrito PCD na pesquisa de Ribas-Prado, Calais e Cardoso (2016).

Esta pesquisa indica estresse em PCD sem trabalho, no entanto, pessoas inseridas no mercado de trabalho que não possuem deficiência também podem apresentar níveis elevados de estresse quando comparados estes níveis. No trabalho existem várias fontes de tensão, podendo ser as causadoras do estresse, no entanto, cada pessoa reage de forma diferente a esses agentes (BENETTI et al, 2014).

6.3. Depressão

Foram identificadas presença de depressão para a amostra pesquisada, sendo que a maioria apresenta sintomatologia mínima para depressão na escala EBADEP-A e todos com essa sintomatologia são do sexo masculino. Cabe ressaltar que a sintomatologia mínima na escala EBADEP-A não representa indícios para depressão. Porém, os demais participantes que correspondem a 37,5%, apresentam sintomatologia depressiva leve e sintomatologia moderada. Todas as mulheres da amostra apresentaram sintomas de depressão na escala EBADEP-A, sintomatologia mínima e moderada. Não houve incidência de sintomatologia depressiva severa na amostra. Encontrou-se na literatura descrita por Ribas-Prado, Calais e Cardoso (2016) índices de depressão na amostra pesquisada, sendo que 34% apresentam depressão mínima, 27% moderada, 25% leve e 14% grave. Não foi realizado estudo com PCD nessa pesquisa. Os dados podem ser compatíveis se considerados a inserção em programas de transferência de renda, como os beneficiários do BPC. Considerando essa premissa, beneficiários de transferência de renda são mais suscetíveis à sintomatologia para depressão.

A questão relacionada a gênero e depressão foi estudada por Lunsky (2003) e aponta que deficientes intelectuais do sexo feminino apresentam mais depressão do que do sexo oposto. A situação que desencadeia depressão na população sem deficiência são os mesmos apontados para o grupo de DI. Nesta pesquisa, todas as DI da amostra apresentaram sintomatologia mínima ou moderada para depressão, não desconsiderando que o número maior da amostra foi do sexo masculino e entre

os mesmos, houve indícios de depressão mínima e moderada, como a apresentada na amostra do sexo feminino.

Em estudo realizado na Bahia, Brasil, encontrou-se em evidências de depressão duas vezes e meia maior em mulheres pobres enquanto que no sexo masculino foi maior a presença de depressão naqueles com melhor condição econômica, em relação a grau de instrução, e mulheres que apresentaram menor grau de instrução são mais acometidas por depressão (ALMEIDA-FILHO et al, 2004). Comparando com este estudo, nota-se que pessoas com situação econômica desfavorecida e baixo grau de instrução podem apresentar mais suscetibilidade a depressão.

6.4. Qualidade de Vida

Os índices de qualidade de vida geral para a população estudada obteve a pontuação de 57,75, ou seja, a autoavaliação para esse item se apresenta de forma regular. Os índices encontrados nesta pesquisa podem ser comparados com os descritos na literatura por Ribas-Prado, Calais e Cardoso (2016) que realizaram estudo em população em situação de vulnerabilidade e beneficiária de programa de transferência de renda. Para tal grupo, a qualidade de vida foi de 51,3. O grupo de PCD apresenta melhor qualidade de vida em comparação com o grupo estudado pelos autores, mas considera-se regular nos dois grupos. Para o domínio psicológico foi de 54,9 e o grupo de PCD obteve pontuação de 61,20. No domínio físico a pontuação foi de 54,1 e o grupo de PCD 55,80, relações sociais 53,4 e o grupo de PCD foi 52,08 e por fim, meio ambiente com 43,0 e as PCD com a media de 56,25. Para o grupo de PCD desta pesquisa, os valores são maiores, no entanto, em uma escala que vai de 0 a 100, os índices continuam representando regular, como os citados na literatura. Considerando o nível de escolaridade para as duas amostras, apresentam grau de instrução baixo.

A classificação de Qualidade de Vida por tipo de deficiência indica, nesta pesquisa, que as PCD visual apresentam piores índices de qualidade de vida nos domínios meio ambiente, físico e relações sociais, sendo que todos os domínios são inferiores a 55%. Em estudo realizado por Rebouças et al (2016) com a utilização do Woqol-100 para analisar a qualidade de vida de pessoas com deficiência visual, o resultado apontou que a obtenção de qualidade de vida satisfatória nas relações pessoais (74,06%), na avaliação global, se auto avaliaram com boa qualidade de

vida (68,75%), o domínio psicológico atingiu 71,69%, ambiente 48,67% e físico 55,21%. A pesquisa também aponta o maior número de PCD do sexo masculino para essa deficiência, tal como na amostra pesquisada.

A qualidade de vida pode ser afetada com a inserção no mercado de trabalho, A sobrecarga de trabalho, falta de estímulos, perspectivas, necessidade de mudança e ergonomia implicam diretamente na vida dos trabalhadores (PRADO, 2016)

6.5. Avaliação da tríade estresse, depressão e qualidade de vida e interesse em inserção no mercado de trabalho

A baixa percepção de qualidade de vida de PCD que recebem BPC apresentada na pesquisa pode ser associada ou causadora de estresse. No entanto, a depressão não pode ser considerada elevada para esse grupo de participantes, uma vez que sintomas mínimos foram detectados.

Observa-se que todos os participantes da pesquisa apresentam grau de escolaridade baixo. Relacionando os fatores de estresse e baixa qualidade de vida, são pessoas, em sua maioria, com interesse em inserção no mercado de trabalho e pouco apoio de familiares. Pode-se sugerir para este estudo que o falta de inserção no mercado de trabalho pode ocasionar a depressão.

Não foram encontradas relação entre estresse e depressão, embora o baixo índice de qualidade de vida estivesse presente tanto para o estresse como para a depressão no que se refere ao domínio global de percepção de qualidade de vida.

As bases pesquisadas na literatura como Lilacs, Google Acadêmico, Portal de Periódicos Capes não apresentam indicadores de depressão, qualidade de vida e estresse para a população estudada com foco em interesse no mercado de trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a presente pesquisa cumpriu com os objetivos propostos no que concerne a investigação referente ao estresse, depressão e qualidade de vida em pessoas com deficiência que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e verificar interesse na inserção no mercado de trabalho formal. Constatou-se a presença de estresse em um número significativo dos entrevistados e a relação entre estresse e realização de trabalho doméstico. Para os entrevistados nesta pesquisa, a depressão não apresentou níveis significativos sendo que níveis moderados foram encontrados em pequena parte das PCD entrevistadas.

Os dados sobre a qualidade de vida apontam desempenho regular. Em relação ao tipo de deficiência e qualidade de vida, as PCD visual apresentaram piores índices de qualidade de vida para os domínios meio ambiente, físico e relações sociais enquanto as PCD auditiva apresentaram boa pontuação para todos os domínios da escala. As PCD intelectual apresentaram índices ruins no domínio psicológico e relações sociais.

No que diz respeito a interesse no mercado de trabalho, pode-se afirmar que beneficiários do BPC apresentam, em sua maioria, interesse em inserção formal, embora nem sempre apoiados pela família. A justificativa da falta de apoio é decorrente ao medo, dó, por não acreditarem nas habilidades das PCD e por temerem dificuldades encontradas no trabalho, além de relatos da possibilidade em perder o benefício, que muitas vezes é a única renda recebida pela família. As dificuldades familiares são, porém, variadas e incluem o desafio de contribuir para o estudo e para o ganho de autonomia da PCD e de outras pessoas da família, sem comprometer o sustento e realização de tarefas diárias.

As famílias precisam ser orientadas e apoiadas durante o processo de inserção de PCD no trabalho e posteriormente, para estímulo à busca por desenvolvimento e de real inclusão, o que significa desenvolvimento contínuo,

crescimento na carreira, aumento salarial e de qualificação, dentre outras oportunidades.

A inserção da PCD no mercado de trabalho pode favorecer o aumento do grau de escolaridade, de acesso a cursos, a faculdade e a tecnologias assistivas. Nesse aspecto, as instituições de reabilitação também são muito importantes para a PCD, para as famílias de PCD e para as organizações que contratam as PCD. Em tais instituições diagnósticos são realizados, com levantamento de habilidades e competências, avaliação de aspectos a serem desenvolvidos, orientação à família, apoio à inclusão e à autonomia da PCD, preparo e acompanhamento para o trabalho e principalmente, conhecimento das dificuldades e forças de cada PCD e de cada família.

Pesquisas futuras poderão ser realizadas com PCD em instituições de reabilitação, em suas residências e em empresas para subsidiar programas e capacitações para PCD, empresas e familiares. Faz-se necessário, porém, assessorar as empresas no processo de inserção e de inclusão de PCD, para que não tenham a fiscalização e a punição por não atenderem plenamente as cotas. Muitas empresas evitam o acesso aos pesquisadores, cientes de que o processo de inclusão deveria contar com meios de seleção, contratação, integração, avaliação e desenvolvimento adequados à PCD, o que raramente ocorre.

Desta forma, é perceptível a necessidade de intervenção de políticas públicas que subsidiem empresas e PCD no processo de contratação e busca de emancipação do beneficiário do programa de transferência de renda BPC. Torna-se emergente pensar na inclusão da PCD no mercado de trabalho, não apenas para cumprir cotas, mas por fazer parte de um processo de construção de uma sociedade mais justa e inclusiva. Aí se encontra a diferença entre inserir por obrigação legal e incluir por responsabilidade social. Incluir é gerar oportunidades mais equitativas e contribuir para a autonomia.

Sugere-se que estudos prospectivos e longitudinais sejam realizados para verificar a persistência dos indicadores e para avaliar situação de estresse,

depressão e qualidade de vida antes e depois de inserção no mercado de trabalho. Neste caso, condições de trabalho, desenvolvimento da carreira da PCD e condições da vida em família devem ser compreendidos em conjunto, conforme aponta o presente estudo.

As dificuldades para inserção no mercado de trabalho são sustentadas por aspectos individuais, familiares e socialmente mais amplos, sendo cada PCD único e cada família singular. As necessidades de sustento, de divisão de tarefas e de apoio aos que necessitam (crianças e jovens, PCD, pessoas doentes, idosos) geralmente se entrecruzam nas famílias. E, não havendo instituições efetivas de suporte e de acesso a direitos e recursos financeiros compatíveis com as demandas, há prejuízo para o desenvolvimento dos membros familiares. Em famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social, é possível que haja uma PCD que realiza atividades domésticas, eventualmente alguma tarefa laboral externa esporádica e sem vínculo empregatício, com manutenção do BCP. São ajustes que tornam a vida possível naquele momento, mas não são fortalecedores da PCD em médio prazo, pois sua autonomia, socialização e desenvolvimento não são priorizados.

Desta forma, em muitos casos, recursos materiais são importantes, mesmo que a PCD trabalhe, na medida em que aumento de escolaridade, outros meios de desenvolvimento e tecnologia assistiva são fundamentais para a qualidade de vida da PCD e de sua família. Conforme abordado, as instituições de reabilitação também são muito importantes para o acompanhamento do desenvolvimento e inclusão da PCD, para as suas famílias e para as organizações que as contratam. As empresas, bem como as famílias devem saber como lidar com a PCD de maneira que ela possa sentir-se parte da sociedade, com estímulo à independência, ao aprendizado, ao trabalho. Isto significa que não podem mantê-la em atividades pouco desafiadoras para si, para a família e para a empresa, que poupam esforços e investimentos na autonomia da PCD.

A tarefa de contribuir para a inclusão é complexa, como mostraram os dados sobre as diferenças entre as PCDs, suas deficiências, competências, graus de

dificuldades e sobre suas famílias. A experiência de estigma é compartilhada pelas PCDs e por seus familiares, mas suas características e condições de vida são muito variadas. As demandas individuais e familiares precisam ser conhecidas e nesse aspecto, políticas públicas como a Lei de Cotas, contribuem para a ampliação do número de PCD inserido no mercado de trabalho, mas não solucionam todo o problema da inclusão, que demanda equidade, portanto redução da desigualdade entre pessoas.

Pesquisas e trabalhos de campo com famílias de baixa renda em épocas de pouco emprego, retração econômica e instabilidade política, como a que se apresenta no Brasil atualmente, mostram que há redução de gastos nas famílias com condições materiais razoáveis e luta pela sobrevivência pelos que contam com poucos recursos. Na maioria das famílias contemporâneas, as responsabilidades domésticas são um desafio, que exige negociações e consensos sobre quem faz o que e quem paga pelo que. Uma PCD não pode ficar apenas com tais responsabilidades, sem oportunidades de desenvolvimento na escola, na universidade e no trabalho, mesmo que se sinta útil por cuidar e por participar do sustento da família, enquanto recebe o BPC. A escolaridade das PCD ainda é baixa, aspecto que deve ser alvo de políticas públicas cuja abrangência deve alcançar PCD, famílias, instituições que promovem o desenvolvimento e a inclusão social de PCD e organizações educacionais e de trabalho, que poderão contribuir para a sua inclusão.

Legisladores, agentes de aplicação de políticas públicas, organizações de reabilitação, organizações de trabalho e educacionais, famílias e PCD, devem somar esforços e ganhar reforços na árdua tarefa de transformar a realidade estudada, portanto a dificuldade de inclusão de PCD no trabalho, com segurança e oportunidades para si e para seus familiares ainda é um desafio.

Contudo, pode-se concluir que muitos avanços ocorreram para a inserção das PCD no mercado de trabalho. A relevância dessa pesquisa está em favorecer o acesso ao conhecimento sobre a situação de estresse, depressão e qualidade de

vida na população estuada, oferecendo dados inéditos e contribuindo para fomentar melhorias na qualidade de vida e saúde mental e busca de incentivo para demais trabalhos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. V. de; MORAES, L. F. R. de. A qualidade de vida no trabalho de pessoas com deficiência: um estudo de caso em uma grande empresa do setor metalúrgico. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, Recife, v. 10, n. 1, p. 84-104, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/gestaoorg/article/view/21795/18379>. Acesso em: 08 out. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. **Social science & medicine**, New York, v. 59, n. 7, p. 1339-1353, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.037>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603006452?via%3Dihub>. Acesso em: 15 set. 2017

BAPTISTA, M. N. **Escala Baptista de Depressão/Versão Adulto (EBADEP-A)**. São Paulo: Vetor, 2012.

BARBOSA, M. M.; SILVA e SILVA, M. O. da. O benefício de prestação continuada - BPC: desvendando suas contradições e significados. **SER Social**, Brasília, n. 12, p. 221-244, 14 ago. 2009. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v0i12.12933. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12933. Acesso em: 08 out. 2018.

BARROS, C. A.; OLIVEIRA, T. L. Saúde mental de trabalhadores desempregados. **Revista Psicologia, organizações e trabalho**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 86-107, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572009000100006. Acesso em: 15 jun. 2019.

BENETTI, C. *et al.* A importância de ações estratégicas de gestão de pessoas no manejo do estresse e de estressores ocupacionais. **Omnia Saúde**, Adamantina, v. 11, n. 2, p. 9-24, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/135455/ISSN2236-188X-2014-11-02-09-24.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 08 out. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada**. Coordenação de Ana Paula Crosara Resende e Flavia Maria de Paiva Vital. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008. Disponível em: <https://www.governodigital.gov.br/documentos-e-arquivos/A%20Convencao%20sobre%20os%20Direitos%20das%20Pessoas%20com%20Deficiencia%20Comentada.pdf> . Acesso em: 25 maio 2017.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos **Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência**. Texto de Luiza Maria Borges Oliveira. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012. Disponível em: <http://www.unievangelica.edu.br/novo/img/nucleo/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 maio 2017.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**: protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência: decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4. ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.

BRASIL. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, conceito de deficiência segundo a convenção da ONU e os critérios da CIF**. 4. ed. rev. e atual. Brasília, 2012.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em: 25 maio 2017.

BRASIL. Decreto nº 3956, de 08 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 out. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000 e 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 dez. 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm. Acesso em: 11 maio 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Guia para técnicos e gestores da Assistência Social sobre alterações nas regras de operacionalização do Benefício de Prestação Continuada/BPC**: decreto nº 8.805/2016 que altera o decreto nº 6.214/2007. [S.]; Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário/MDSA, [2017]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Catalogo/cartilha_bpc_2017.pdf. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília,

DF, 25 jul. 1991. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm. Acesso em: 07 maio 2016.

BRASIL. Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 dez. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011. Altera os arts. 21 e 24 da Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 set. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12470.htm. Acesso em: 07 maio 2017.

BRASIL. Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 julho 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 07 maio 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho**. 2. ed. Brasília: MTE;SIT, 2007. Disponível em: http://inclusao.coppetec.coppe.ufrj.br/documentos/inclusao_pessoas_deficiencia_mercado.pdf. Acesso em: 07 maio 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Cartilha BPC Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social**. Brasília, DF: MDSA, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017. B Disponível em: http://antigo.fecam.org.br/arquivosbd/basico/0.599233001273164007_beneficio_de_prestacao_continuada___bpc.pdf. Acesso em: 26 fev. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) 2017a**. Disponível em: <http://pdet.mte.gov.br/rais?view=default>. Acesso em: 26 fev. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **ACESSUAS trabalho: orientações técnicas: Programa Nacional de Promoção do Acesso do Mundo do Trabalho**. Brasília: MDSA, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Caderno_Orientacoes_ACESSUAS_fev17.pdf. Acesso em: 07 jun. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Saúde, 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

CALAIS, S. L.; ANDRADE, L. M.de B.; LIPP, M. E. N. Diferenças de Sexo e Escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 257-263, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a05v16n2.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018.

CAMARGO, M. L.; FEIJÓ, M. R. **Inclusão da Pessoa com Deficiência (PcD) no mercado de trabalho**: orientações para organizações contratantes. Araraquara: Letraria, 2017.

CAMARGO, M.L.; GOULART JUNIOR, E.; LEITE, L.P. O psicólogo e a inclusão de pessoas com deficiência no trabalho. **Psicologia: ciências e profissão**, Brasília, v. 37, n. 3, p.799-814, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003232016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n3/1982-3703-pcp-37-3-0799.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018.

CARVALHO-FREITAS, M. N. de. Inserção e gestão do trabalho de pessoas com deficiência: um estudo de caso. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v.13, n esp., p.121-138, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v13nspe/a09v13nspe.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2019.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2012.

DEVELOPMENT of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL), **Psychological medicine**, London, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p.178-183, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19 – 28, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

FLECK, M. P. *et al.* Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, Supl. 1, p. S7-17, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a03v31s1.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

GARRIDO, M. A. T.; DEL-MASSO, M. C. S; SILVA, N. R. da. O trabalho da pessoa com deficiência na percepção dos gestores de empresas. **Revista Laborativa**, Assis, v. 6, n. 2, p. 6-22, 2017. Disponível em: ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/download/1736/pdf. Acesso em: 15 set. 2018.

GUGEL, M. A. Trabalho para pessoas portadoras de deficiência, instrumento de pleno exercício da cidadania. *In: ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS [APAE]. Trabalho e deficiência mental: perspectivas atuais* Brasília: Dupligráfica Editora, 2003. p.17- 34.

KAPLAN, R. M.; RIES, A. L. Quality of life: concept and definition. **Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, Miami, v. 4, n. 3, p. 263-271, 2009.

LEVATTI, G. E *et al.* Considerações sobre a Inclusão de Pessoas com Diagnóstico de Transtorno Mental no Trabalho. **Revista Laborativa**, Assis, v. 4, n. 2, p. 64-84, 2015. Disponível em: <https://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/view/1274/pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. Produzida pelo autor, 2019.

LIPP, M. E. N. **O stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto, 1999.

LIPP, M.E.N.; MALAGRIS, L. N. **O stress emocional e seu tratamento**. In: RANGE, B. (org). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 475-490.

LIPP, M. E. N. (org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papyrus, 2001.

LORENZO, S. M.; SILVA, N. R. Contratação de pessoas com deficiência nas empresas na perspectiva dos profissionais de recursos humanos. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 23, n. 3, p. 345-360,2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-65382317000300003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v23n3/1413-6538-rbee-23-03-0345.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

LUNSKY, Y. Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role? **Journal of intellectual disability research**, Oxford, v. 47, n. 6, p. 417 - 427, 2003.

NAMBU, T. S. **Construindo um mercado de trabalho inclusivo**: guia prático para profissionais de recursos humanos. São Paulo: SORRI-BRASIL, 2003.

NEVES-SILVA, P.; PRAIS, F. G.; SILVEIRA, A. M. Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho em Belo Horizonte, Brasil: cenário e perspectiva. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.17802014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2549.pdf>. Acesso em:09 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa**: Depressão. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095 Acesso em: 09 jul. 2019.

PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatísticas descritivas do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 2. n. 1, p. 31 - 36, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.3895/S2175-08582010000100004>. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687/505>. Acesso em: 09 jul 2019.

PRADO, C. E. P. do. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v.14, n. 3, p. 285 -289, 2016. Disponível em: www.rbmt.org.br/export-pdf/122/v14n3a14.pdf. Acesso em: 15 set. 2018.

REBOUÇAS, C. B. de A. *et al.* Evaluation of quality of life of visually impaired. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 64 – 70, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690110i>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100072. Acesso em: 15 set. 2018.

RIBAS-PRADO, M. da C.; CALAIS, S. L.; CARDOSO, H. F. Stress, depressão e qualidade de vida em beneficiários de Programa de Transferência de Renda. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 330-340, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/35133/31288>. Acesso em: 25 maio 2019.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a10v20n45.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment instrument. (WHOQOL): position paper from World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369500112K>. Acesso em: 15 maio 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE WORLD BANK. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcd, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=4684228A84EDB33E83F03CC7FF5E0165?sequence=4. Acesso em: 15 set. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Entrevista de Avaliação com a PCD

Dados sociodemográficos

Idade: _____

Sexo: fem() masc()

Estado Civil: _____

Qual a sua Deficiência: _____ Adquirida () Congênita ()

Escolaridade:

Com quem você reside? _____

Quais atividades você realiza em sua casa sem ajuda?

Quais atividades que você necessita de ajuda?

Já foi inserido no mercado de trabalho? _____

Quanto tempo de contratação: _____

Função: _____

Empresa _____

Sua família apoiaria sua contratação em uma empresa?

Quais motivos? _____

Você tem interesse em ser inserido no mercado de trabalho?

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa “INDICADORES DE ESTRESSE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E SEM VÍNCULO DE TRABALHO” desenvolvida pela aluna do programa de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências (UNESP – Bauru) Daniele Stevanato, CRP 06/77588 com a orientação da Prof^a Dr^a Lucia Pereira Leite e Prof^a Dr^a Marianne Ramos Feijó.

O objetivo da pesquisa é avaliar indicativos de estresse, depressão e qualidade de vida com a utilização de questionários e inventários.

Sua participação no referido estudo consiste em responder o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de LIPP, ESCALA BAPTISTA DE DEPRESSÃO – VERSÃO ADULTO (EBADEP –A) e o Instrumento para avaliação de Qualidade de Vida *Woquol Bref*.

Uma cópia deste consentimento informado, devidamente assinada, ficará em posse do pesquisador e a outra será fornecida a você. Os termos de consentimento e os dados obtidos por meio dos questionários serão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta.

Os riscos que poderão surgir estão relacionados ao cansaço durante a entrevista, possível desconforto por retomar alguma lembrança desagradável e/ou sentimentos carregados de significados. Por se tratar de uma entrevista que busca descrever os aspectos significativos de sua experiência, caso alguma demanda psicológica surgir, esta será acolhida e trabalhada durante a entrevista.

Você poderá solicitar todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização alguma ou qualquer prejuízo, conforme previsto na **Resolução CNS nº 466/12**. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não necessitará de deslocamento para participação na pesquisa.

Seu nome e quaisquer dados que possam identificá-lo serão retirados do material que vier a se tornar público.

Se houver quaisquer dúvidas o senhor(a) pode esclarecer neste momento ou depois, pelo telefone (14) 99716-7342 ou pelo e-mail **danistevanato@gmail.com**, por meio dos quais serão fornecidos maiores esclarecimentos e informações.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

_____, portador (a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste termo, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa, pode a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 2º do Código de Ética Profissional do Psicólogo).

Por estarem de acordo com o presente termo o firmam o senhor pesquisador e o sujeito pesquisado em duas vias que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término.

Bauru, SP, ___ de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do Pesquisador

ENDEREÇO DA FC E CONTATO do Comitê de Ética em Pesquisa

Fone: (14) 3103-9400 e E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INDICADORES DE ESTRESSE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INSERIDAS NO MERCADO DE TRABALHO

Pesquisador: DANIELE STEVANATO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80167317.0.0000.5398

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista campus Bauru

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.491.755

Apresentação do Projeto:

O projeto se apresenta de forma adequada, seguindo as normas científicas/metodológicas consideradas importantes no cenário atual da pesquisa científica, com linguagem clara, objetiva e, portanto, suficientemente esclarecedora.

Objetivo da Pesquisa:

Comparar os níveis de estresse, depressão e qualidade de vida em pessoas adultas, com deficiência, que estejam inseridas no mercado de trabalho e em PCD adultas, que recebam o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e portanto não estejam inseridas no mercado de trabalho formal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos imediatos para a população envolvida

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta-se bem delimitada, com o objetivo e a metodologia articulados ao que se pretende investigar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrizo Coube, nº 14-01

Bairro: CENTRO

CEP: 17.033-360

Município: BAURU

Telefone: (14)3103-9400

Fax: (14)3103-9400

E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

O TCLE está adequado conforme resolução 466/12 do CNS

Recomendações:

Nada a declarar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa adequado para aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado deste CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1026020.pdf	09/12/2017 19:12:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DANIELE_STEVANATO.pdf	09/12/2017 19:08:09	DANIELE STEVANATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/12/2017 18:59:08	DANIELE STEVANATO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	10/11/2017 13:33:31	DANIELE STEVANATO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 08 de
Fevereiro de 2018

Assinado por:

**Mário Lázaro
Camargo
(Coordenador)**

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrilho Coube, nº 14-01

Bairro: CENTRO

CEP: 17.033-360

Município: BAURU

Telefone: (14)3103-9400

Fax: (14)3103-9400

E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br