

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

LUCIANA ALVES DRUMOND ALMEIDA

**Deficiência e desigualdades no Brasil: pobreza, inserção no mercado de trabalho e
renda**

Belo Horizonte

Julho de 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

LUCIANA ALVES DRUMOND ALMEIDA

Deficiência e desigualdades no Brasil: pobreza, inserção no mercado de trabalho e renda

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Sociologia.

Orientação: Profa. Dra. Elaine Meire Vilela

Belo Horizonte

Julho de 2019

Agradecimentos

Durante esta pesquisa realizei tantas análises de regressão que fiquei pensando se ela própria fosse minha variável dependente, quais as variáveis independentes influenciariam em seu resultado?

Acredito que sua finalização não seria possível sem todo o apoio, paciência e suporte oferecidos pela Elaine. Além disso, não chegaria aos resultados sem suas dúvidas, contribuições e provocações. Muito obrigada por sempre estar presente e me incentivar tanto!

Como pesquisa, não teria acontecido caso eu não tivesse sido bolsista de iniciação científica com Maria Nivalda de Carvalho-freitas, nem as suas contribuições na banca de qualificação e pesquisas que sempre me fazem querer continuar a estudar sobre a deficiência.

Os caminhos tomados seriam bem diferentes sem as contribuições de Yumi Garcia a respeito das intersecções entre gênero e deficiência e sem os questionamentos de Jorge Alexandre sobre as pessoas com deficiência e que recebem o BPC na banca de qualificação. Da mesma forma, não aconteceria a discussão entre as relações entre a pobreza e os tipos e níveis de deficiência sem as provocações de Marcelo Medeiros. Meu muito obrigada a todos vocês!

Sem as discussões com os integrantes do Lapest, com certeza a busca pela compreensão dos determinantes das desigualdades seria extremamente vazia. Matheus, Claudinha, Ian e principalmente Mel e Léo, muito obrigada por todas as conversas e sugestões. Vocês são as minhas maiores conquistas acadêmicas.

E agradeço também aos meus pais – Emília e Weber -, à Mara, Fernando, Isabela, Marcella, Ju, Aninha, Yvana, Mary, Letícia, Mônica, Gabi e Arthur por serem tudo o que me mantém constante. Todo o meu amor a vocês.

Resumo

A presente pesquisa teve por objetivo o estudo exploratório sobre os efeitos dos tipos de deficiência sobre as desigualdades relacionadas à pobreza, participação da população economicamente ativa, inserção no mercado de trabalho, status ocupacional e renda no Brasil. Para tanto, utilizamos como referencial teórico as contribuições do modelo social da deficiência e do modelo de desenvolvimento humano. Os dados são referentes aos Censo de 2010 e aos dados da RAIS entre os anos de 2007 e 2015. Através da metodologia quantitativa, com a análise descritiva e dos modelos de regressão lineares, logísticos e longitudinais, verificamos que o nível e tipo de deficiência têm impactos relevantes sobre a condição de pobreza, participação na PEA e inserção no mercado de trabalho. Todas as análises foram realizadas por sexo e verificamos que as mulheres, no geral, apresentaram as condições mais precárias em todas as condições abordadas. Uma vez no mercado formal de trabalho, observamos que as pessoas com deficiência tendem a apresentar menores rendas absolutas e relativas. As inserções em empresas de maior porte e no setor público tendem a ser mais favoráveis para as pessoas com deficiência. Por tipo de deficiência, notamos que as pessoas com deficiência cognitiva e múltipla encontram as maiores desvantagens cumulativas: são as mais pobres, com menos instrução, e encontram os maiores entraves para inserção no mercado de trabalho. As pessoas com deficiência sensorial contam com as melhores condições e em uma posição intermediária encontramos as pessoas com deficiência física.

Sumário

Introdução	8
1. Estudos sociológicos sobre a deficiência	17
1.1 Sociologia Médica	17
1.2 Estudos sobre a deficiência	32
1.2.1 Primeira geração: Modelo social da deficiência	32
1.2.2 Segunda geração: Estudos feministas e críticos da deficiência	44
1.3. Modelo de Desenvolvimento Humano da Deficiência	89
1.3.1 A abordagem das capacidades de Amartya Sen e Martha Nussbaum e a deficiência	89
1.3.2 A CIF e o modelo de desenvolvimento humano sobre a deficiência	97
1.3.3 Deficiência e pobreza	111
1.3.4 Deficiência e o Benefício de Prestação Continuada (BPC)	130
2. Diferenciais de renda	135
2.1 Fatores que impactam os rendimentos: teorias explicativas	135
2.1.1 Teoria do Capital Humano	136
2.1.2 Teoria do credencialismo	140
2.1.3 Teoria da segmentação do mercado de trabalho	143
2.1.4 Teorias neo-estruturalistas	144
2.1.5 Teorias organizacionais	147
2.2 Pesquisas sobre as desigualdades no mercado de trabalho: gênero, raça e deficiência	152
2.3 Estudos longitudinais sobre a deficiência e o mercado de trabalho	177
Hipóteses e objetivos	188
3. Metodologia – Parte I	194
3.1 Delimitação dos dados	194
3.2 Delimitação dos modelos	203
4. Análise dos dados do Censo 2010	210
4.1 Estatística descritiva da população do Censo 2010	210
4. Pobreza e deficiência no Brasil	233
4.1.1 Probabilidade de estar em condição de pobreza	238
4.2.1 Chance de ter deficiência e pobreza	248
5. Inserção no mercado de trabalho	266
5.1 População economicamente ativa	266
5.2 Mercado de trabalho	272
5.3 Chance de estar no mercado formal de trabalho	276
5.4 Status sócio-ocupacional	279
5.5 Renda	284
5.6 Censo e Rais	297
6. Metodologia – Parte II	300
6.1 Delimitação dos dados	300
6. 2 Delimitação dos modelos	305
7. Análise longitudinal dos dados da RAIS 2007-2015	312
7.1 Status socioeconômico da ocupação	313
7.2 Renda	320

8. Considerações finais	335
9. Referências Bibliográficas	353
10. Anexos.....	379

Índice de Tabelas

Tabela 1: Questões do Censo 2010 sobre a deficiência.	195
Tabela 2: IPM - Dimensões, indicadores, critérios de privação e pesos.	198
Tabela 3: Variáveis Censo.....	199
Tabela 4: Modelos de regressão - Censo.....	208
Tabela 5: Características da população por gênero e deficiência no Brasil*.....	214
Tabela 6: Características individuais e domiciliares da população em estudo por tipo de deficiência e sexo.....	221
Tabela 7: População de estudo - características laborais por sexo e tipo de deficiência*.....	230
Tabela 8: Características da população por dificuldade permanente e incapacidade - mulheres.....	235
Tabela 9: Características da população por dificuldade permanente e incapacidade - homens.....	236
Tabela 10: Modelo I - Chance de não ter nenhuma instrução, por sexo.....	244
Tabela 11: Modelo II - Chance de não ter saneamento e energia elétrica no domicílio, por sexo.....	245
Tabela 12: Modelo III - Chance de estar em condição de pobreza multidimensional com variáveis teste referentes a incapacidade.....	245
Tabela 13: Modelo IV - Chance de estar em condição de pobreza multidimensional, com variáveis teste referentes a dificuldade permanente.....	246
Tabela 14: Coeficientes de regressão - Chance de ter alguma incapacidade.....	257
Tabela 15: Coeficientes de regressão - Chance de ter alguma dificuldade permanente.....	258
Tabela 16: Coeficientes de regressão - Chance de ter incapacidade física.....	258
Tabela 17: Coeficientes de regressão - Chance de ter incapacidade auditiva.....	259
Tabela 18: Coeficientes de regressão: Chance de ter incapacidade visual.....	260
Tabela 19: Coeficientes de regressão - Chance de ter incapacidade múltipla.....	261
Tabela 20: Coeficientes de regressão - Chance de ter dificuldade física permanente.....	261
Tabela 21: Coeficientes de regressão - Chance de ter dificuldade auditiva permanente.....	262
Tabela 22: Chance de ter dificuldade visual permanente.....	263
Tabela 23: Chance de ter deficiência cognitiva.....	264
Tabela 24: Chance de ter dificuldade múltipla permanente.....	264
Tabela 25: Modelos XVI e XVI: Coeficientes de regressão logística sobre a probabilidade de estar na PEA, por sexo.....	271
Tabela 26: Coeficientes de regressão - Chance de estar no mercado formal de trabalho, informal e fora do mercado de trabalho, por sexo.....	275
Tabela 27: Efeitos marginais preditos sobre a chance de estar no mercado formal de trabalho, em comparação com mercado informal de trabalho.....	278
Tabela 28: Regressão sobre o status sócio ocupacional por sexo.....	283
Tabela 29: Coeficientes de regressão sobre a renda por sexo.....	295

Introdução

Eu andei até os 13 anos de idade. Pouco antes minha família e eu descobrimos que tinha escoliose na coluna. Os médicos disseram que eu deveria fazer uma cirurgia de correção e foi nesta cirurgia que eu parei de andar. Algo que era para corrigir minha “deficiência” ou “anormalidade” até então, acabou se tornando uma experiência que eu nunca imaginava. Era 1997, dois anos antes da promulgação do Decreto 3298/99, que regulamenta a Lei de Cotas no país, obrigando as empresas com mais de 100 funcionários a cumprir um percentual de pessoas com deficiência.

Fiquei internada durante um ano para reabilitação em hospital em Belo Horizonte, me sentindo o tempo todo como se estivesse vivendo dentro do quadro *A coluna quebrada*, de Frida Khalo. Minha família morava em Coronel Fabriciano. Todos os dias fazia horas e horas de fisioterapia e o foco era voltar a andar. Tinha que cumprir a todo tempo o código de ética referente ao que é ser uma “doente” em um hospital: ser somente um corpo passivo a todas as ordens e intervenções médicas, sem vontades, sem sentimentos, sem questionamentos. Em todo tempo nenhuma intervenção psicossocial, nenhuma reflexão sobre o que significava viver de um modo bastante diferente do que vivia anteriormente. Somente remédios e fisioterapia: a reabilitação física era o único e possível foco.

Passada a internação, retornei à Fabriciano para voltar a estudar. Voltar para a casa, para a família, para a escola e para a cidade em uma cadeira de rodas e enfrentar a nova realidade que se impunha sem nenhum preparo. Isso não foi nada fácil.

A casa não era nada acessível: 33 degraus para entrar, banheiros sem acessibilidade, assim como todo o resto da casa. Era preciso ajuda para entrar em casa, sair de casa, usar o banheiro. Impossível cozinhar ou passar o dia sozinha. O fato de minha mãe ser dona de casa fazia com que essa ajuda fosse sempre possível, mas não era isso que eu queria. Queria ter condições de fazer sozinha tudo que antes fazia. E essa limitação dentro de casa me dava a exata dimensão do quanto um dia eu (não) poderia ser independente em um lugar sem adaptações físicas.

A escola também não era adaptada. Nem o acesso às salas, nem seus banheiros, nem suas atividades. Era uma escola particular, mas eu era bolsista. Cadê a coragem para cobrar as

adaptações? E o medo de perder a bolsa? Lembro de em uma das minhas internações esporádicas contar para um colega da minha idade sobre como era ir e estar na escola e dele responder: “mas se fosse assim para mim eu preferia não estudar”. Faltava muito para 2007 e a promulgação do Decreto nº 6.094, que estabelece nas diretrizes do Compromisso Todos pela Educação (garantia do acesso e permanência no ensino regular e o atendimento aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação) e para a ratificação da Convenção da ONU no Decreto Executivo nº 6.949 em 2009, que estabelece que os Estados-Partes devem assegurar um sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social compatível com a meta da plena participação e inclusão. Faltava muito para tudo isso ser regulamentado e a minha demanda era diária.

Se antes de parar de andar eu ia a escola de ônibus e transitava perfeitamente pelas ruas com total independência, na cadeira de rodas isso passou a ser impossível. Não existia ônibus com elevador, e assim como é até hoje, as calçadas não são nada acessíveis. Ou vou pela rua com os carros, motos e bicicletas, ou não vou. Os avanços a respeito da mobilidade começaram a melhorar a partir de 2004, com o Decreto nº 5.296, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, mas ainda é certo que falta muito ainda para ser feito.

Em 2000, quando estava no segundo ano do Ensino Médio, houve uma excursão da escola para a UFMG. Foi uma experiência bastante diferente para mim. Depois que parei de andar, havia convivido principalmente em dois espaços: primeiro, o hospital. Totalmente acessível, onde não encontrava problemas para ir e vir dentro dele, tampouco para realizar as atividades que me permitiam. O segundo, casa-escola-cidade, em Coronel Fabriciano, era totalmente inacessível, onde precisava de ajuda para fazer a maioria das atividades que eu queria e precisava. A UFMG não se mostrou totalmente acessível, mas era bem melhor do que eu encontrava em minha cidade e nela as pessoas não me olhavam tanto (seja com pena, seja por curiosidade, seja por desprezo) como na minha cidade. Além disso, conseguia me movimentar dentro dos prédios e até entre alguns deles, ter autonomia de ir e vir, ainda que em outro espaço restrito. E outra: eu queria estudar. Muito. Talvez seja o que eu mais queria na época. Essa vontade era muito maior do que a vontade de voltar a andar, a qual todos pressupunham ser meu maior desejo. As pessoas

ao meu redor pareciam esquecer que apesar de não andar mais, eu ainda era uma adolescente com vários planos de futuro comuns às pessoas daquela idade.

Eis que chega o terceiro ano: hora de mergulhar nas matérias e fazer vestibular. Bom, pelo menos isso era o previsto para todos os alunos da minha sala, mas definitivamente não era uma certeza para mim. Não tinha apoio para fazer a faculdade em casa, afinal de contas, nenhuma mulher na família havia feito faculdade. Então, para quê? Por outro lado, contei com o incentivo dos meus professores e avó paterna. E tanto pelo incentivo que me davam na sala de aula ou nas conversas, quanto pelo fato em si de pagarem minha inscrição no único vestibular que fiz, eles mudaram o rumo da minha história. A estes professores e a minha querida avó, minha eterna gratidão!

Em 2002, ingresso na UFMG para o curso de Psicologia. Enfim minha vontade de continuar estudando estava assegurada e além disso, o prédio do curso tinha elevador e banheiro em todos os andares, o que já era motivo para comemorar. Como minha família não era de BH e a renda oriunda do salário de ferroviário do meu pai era muito baixa, fui encaminhada à Moradia Universitária da Fundação Universitária Mendes Pimentel (FUMP), que conta com apartamentos adaptados. Ia finalmente morar em um lugar em que pudesse me virar sozinha no dia a dia e ter minha experiência de igualdade. Na Moradia também pude conviver com o Ivo, que foi o primeiro cadeirante que tive um contato mais próximo. Eu não era a única com minha diferença em um lugar fora dos hospitais, como até então tinha sido.

Durante a graduação, em um dos encontros da ABRAPSO em São João Del Rey, conheci a professora Nivalda, que a época fazia doutorado no Departamento de Administração da UFMG sobre a inserção de pessoas com deficiência em uma empresa do setor financeiro. Nivalda me apresentou a pesquisa e fui ser bolsista de iniciação científica de seu orientador, Antônio Luiz Marques. Foi amor à primeira vista pela pesquisa, pelo tema pesquisado. Na iniciação, fizemos uma pesquisa sobre a percepção das pessoas com deficiência da Região Metropolitana do Vale do Aço sobre as condições de inserção no mercado formal de trabalho. Nas entrevistas ouvi muito sobre as dificuldades de locomoção e qualificação que bem conhecia, mas principalmente, escutei muito sobre o Benefício de Prestação Continuada e o quanto ele era necessário para o sustento das pessoas e familiares. Era sempre reiterada a insegurança sobre a permanência em um emprego e do receio que tinham de ir para o mercado formal e perdê-lo.

A vontade de entender melhor a relação entre o BPC e o mercado formal de trabalho, assim como apreender melhor a vida dessas pessoas fora do mercado de trabalho me levaram a buscar o mestrado. Durante o curso, trabalhei na prefeitura de Betim como psicóloga em um centro de apoio à educação inclusiva. Neste trabalho, escutei reiteradas vezes que as crianças com deficiência não deveriam ir para as escolas públicas e regulares, que não estavam preparados para recebe-las, que os professores não tinham qualificação suficiente para trabalhar com elas.

Depois, fui para o poder judiciário, também como psicóloga. Inicialmente trabalhei em uma área responsável pela lotação de servidores novatos. Fiz parte também de um comitê de ergonomia, que também tinha por objetivo o fomento de ações inclusivas na instituição. Nele, discutia-se a necessidade da Lei de Cotas bem como de qualquer outra ação afirmativa, o percentual adotado, o tanto que os servidores com deficiência tiveram uma pontuação inferior aos demais sem deficiência (apesar de terem passado pela nota de corte do concurso) e como essa baixa pontuação pode predizer a qualidade do trabalho de quem tem deficiência, se todos com deficiência deveriam trabalhar somente em casa, e todas as outras dificuldades e impossibilidades do trabalho efetivo dos servidores com deficiência. Ou seja, as discussões do comitê giravam muito mais em torno da qualidade ou impossibilidade de trabalho das pessoas com deficiência e não em como a instituição poderia fomentar a sua inclusão. Escutava novamente as mesmas justificativas dadas pelas escolas para não receber os alunos, mas agora de gestores de uma instituição pública empregadora a respeito das dificuldades de receber servidores com deficiência que passaram em um concurso público.

A experiência nesse setor de lotação me fez observar que os servidores e servidoras com deficiências mais leves têm uma melhor aceitação pela chefia imediata. Já aqueles com deficiência visual total e deficiência física com a necessária utilização de cadeira de rodas enfrentam as maiores resistências, chegando a ter a lotação negada por até dezenas de vezes. Durante minha permanência no setor de lotação, essa negativa dos gestores com a justificativa única na deficiência era vista pela instituição como uma mera “preferência” dos gestores, mesmo após a previsão de punições por discriminação com base na deficiência pela Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015). Nesse sentido, minha vivência, seja voltada para a escolarização, seja para o trabalho, transparece que estamos distantes de uma realidade institucional pautada pelos preceitos do modelo social da deficiência (primeiro e segunda geração) que constam na Convenção Internacional Sobre

os Direitos das Pessoas com Deficiência (Brasil, 2009). Muito longe de uma verdade inclusão, com o reconhecimento dos efeitos negativos causados pela falta de acessibilidade e da relevância de ouvir e considerar as necessidades específicas dessas pessoas, ainda recai sobre o indivíduo com deficiência a responsabilidade pelo seu efetivo acesso e manutenção nas escolas e empresas.

Sobre a inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, Jones (2008), em uma revisão dos estudos internacionais que buscaram relacionar o impacto da deficiência no mercado de trabalho, identificou que as taxas de empregabilidade dos trabalhadores com deficiência são mais baixas e que os trabalhadores com deficiência tendem a ter rendas inferiores aos trabalhadores sem deficiência.

Todavia, é no setor público, segundo estudos internacionais (BALDWIN; JOHNSON, 1994a; BALDWIN; JOHNSON, 1995; KIDD, M. P.; SLOANE, P.; FERKO, I., 2000), que as pessoas com deficiência contam com melhores condições de emprego. A entrada nesse setor se mostra especialmente importante para as mulheres com deficiência (BALDWIN; JOHNSON, 1995).

Sobre este ponto, a literatura internacional sobre a inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho ressalta a importância de considerar as questões relacionadas ao gênero, uma vez que ao analisar a empregabilidade e os salários auferidos, as mulheres com deficiência estavam concentradas em ocupações mais precárias e tinham menores rendimentos que as mulheres sem deficiência e os homens com e sem deficiência, sendo submetidas tanto à discriminação por gênero quanto a discriminação por deficiência (BALDWIN; JOHNSON, 1994b; BALDWIN; JOHNSON, 1995; HARA, 2004; JOHNSON; LAMBRINOS, 1985; JONES, 2006; KIDD, M. P.; SLOANE, P.; FERKO, I., 2000; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012a; RIGG, 2005).

Para compreensão da dinâmica de inserção e permanência no mercado de trabalho entre as pessoas com deficiência, a consideração da heterogeneidade dentro desse grupo é apontada como extremamente relevante por Baldwin e Jhonson (1995). Além desta consideração, Marotto e Pettinicchio (2014) chamam atenção para as peculiaridades de cada tipo de deficiência, uma vez que cada uma implica em uma forma de limitação, a qual poderá dificultar o exercício de determinadas ocupações ou a inserção em determinados setores econômicos. Outros estudos também ressaltam a relevância de se considerar a severidade ou nível de atividades funcionais comprometidas nas diferentes

deficiências (BALDWIN; SCHUMACHER, 2002; GANNON, 2005; HARA, 2004; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012a; RIGG, 2005).

No Brasil, encontramos apenas um estudo, realizado por Garcia e Maia (2014) sobre a inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, considerando a empregabilidade e as diferenças salariais. Através da utilização de modelos de regressões, os autores verificaram o grande efeito da escolaridade sobre a renda, mas os baixos retornos associados à experiência no mercado de trabalho por parte das pessoas com deficiência. Além disso, observaram que essas pessoas estão concentradas em setores econômicos com as menores rendas salariais, como trabalho agrícola ou doméstico, e sub-representadas naqueles com melhores remunerações. Todavia, parte da diferença salarial entre os trabalhadores com e sem deficiência não foram explicadas pelas variáveis socioeconômicas e ocupacionais, podendo para os autores, representar o impacto de fatores não controlados na análise, como discriminação, segregação ocupacional, menor qualificação ocupacional; ou ainda, indicar as dificuldades enfrentadas por esse grupo no mercado de trabalho, como menores estabilidades nos empregos e menores retornos por produtividade.

Identificamos alguns estudos internacionais que se debruçaram sobre as dificuldades encontradas pelos trabalhadores com deficiência no mercado de trabalho ao longo do tempo. Ao conceberem estudos longitudinais de painel, os autores puderam acompanhar a trajetória ocupacional e de emprego dos indivíduos com e sem deficiência no decorrer dos anos (BALDWIN; SCHUMACHER, 2002; GANNON, 2005; HARA, 2004; JENKINS; RIGG, 2004; POLIDANO; VU, 2015; RIGG, 2005). Em todos eles podemos encontrar desvantagens no mercado de trabalho por parte das pessoas com deficiência, seja em relação à empregabilidade, a ganhos salariais ou a progressões na carreira. Além disso, como em alguns casos há o recorte de gênero, podemos encontrar afirmativas de que as mulheres com deficiência sofrem uma dupla desvantagem: sofrem a discriminação por gênero e por deficiência ao longo de suas carreiras (HARA, 2004; POLIDANO; VU, 2015; RIGG, 2005).

A consideração da inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho se mostra de suma importância para a compreensão e manutenção dessas pessoas em uma condição de pobreza. Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência da Organização Mundial de Saúde (2012), em todo o mundo, as pessoas com deficiência apresentam as piores

perspectivas de saúde, os níveis mais baixos de escolaridade, a menor participação econômica, e taxas de pobreza mais elevadas em comparação às pessoas sem deficiência. Em parte, segundo o Relatório, isto seria decorrente do fato das pessoas com deficiência enfrentarem barreiras no acesso a serviços garantidos há muito tempo, como saúde, educação, emprego, transporte e informação; e essas dificuldades são exacerbadas nas comunidades mais pobres.

Por outro lado, o emprego, juntamente com a educação e a proporção de gastos com saúde sobre o total de gastos são as três dimensões determinantes sobre a condição de pobreza entre as pessoas com deficiência quando comparadas àquelas sem deficiência (MITRA; POSARAC; VICK, 2013). Segundo Dalal (2010), mais de 50% das deficiências que poderiam ser evitadas estão diretamente relacionadas à pobreza. A deficiência e a pobreza são indissociáveis e estão em um círculo vicioso onde se reforçam, fazendo com que as pessoas com deficiência e pobres sejam o grupo em maior desvantagem social.

Nesse sentido, Groce *et al* (2011), em artigo sobre os estudos empíricos e as teorias a respeito do nexos intercausal entre a deficiência e a pobreza, afirmam que a comunidade internacional tem considerado que as pessoas com deficiência constituem o grupo mais pobre e mais vulnerável dentre todos e isso deveria ser fortemente considerado no desenvolvimento de políticas públicas. Os autores ressaltam que a relação entre a deficiência e a pobreza ainda tem sido pouco explorada na academia e que os motivos dessa lacuna são a falta de uma definição global acordada do que constitui a deficiência e a falta de dados estatísticos robustos em relação à situação econômica das pessoas com deficiência, particularmente nos países em desenvolvimento.

Os desafios inerentes às pesquisas incluem a necessidade de compreender as implicações da pobreza-deficiência, não apenas no nível individual, mas também nos níveis doméstico e comunitário. Além disso, compreender as ligações entre deficiência e pobreza não apenas em um ponto no tempo, mas como uma preocupação em evolução ao longo da vida de um indivíduo - e como algo que pode, de fato, ter implicações ao longo de várias gerações (GROCE; KETT; LANG; TRANI).

Nos últimos anos, no entanto, um pequeno, mas crescente, corpo de pesquisa foi além de amplas declarações gerais sobre as ligações entre a pobreza e deficiência para fornecer especificidade. O crescente número desses estudos reflete uma sofisticação crescente em

pesquisa e metodologia sobre deficiência e questões de pobreza. Por exemplo, novos dados estão começando a mostrar claramente que pessoas com deficiência em países de baixa e média renda são mais pobres do que os não deficientes em termos de acesso à educação, acesso a cuidados de saúde, emprego, renda, apoio social e envolvimento cívico (GROCE; KETT; LANG; TRANI, 2011).

Nesse sentido, buscamos nesse estudo compreender as interfaces entre a deficiência e a pobreza em três momentos: antes da inserção no mercado de trabalho, com o propósito de analisar os fatores referentes aos tipos e níveis de deficiência e os fatores individuais como escolaridade, renda per capita domiciliar, estar em um condição de pobreza multidimensional; quando da inserção no mercado formal, ao verificar as chances de participação da PEA e mercado formal; e por fim, após esta inserção, as diferenças ocupacionais e salariais.

Com o intuito de contribuirmos para este campo de estudos, temos por objetivo nesta pesquisa aprofundar a compreensão sobre a deficiência e a pobreza, e as questões abertas por Garcia e Maia (2014) sobre o contexto brasileiro, e compreender, ao longo do tempo, como tem sido a trajetória de emprego, salarial e ocupacional dos trabalhadores com deficiência no Brasil, comparados àqueles sem deficiência. Todavia, como ressaltado por Jones (2008), é imprescindível à pesquisa desse grupo considerar sua heterogeneidade e, para tanto, buscamos desenvolver análises comparativas entre subgrupos, relacionados ao gênero, ao tipo de deficiência e tipo e regime de trabalho – celetista ou estatutário.

Buscaremos responder às seguintes perguntas: as pessoas com deficiência têm mais chances de estar em uma condição de pobreza? Por outro lado, estar em uma condição de pobreza aumenta as chances de relatar/ter uma deficiência? Como tem ocorrido, nos últimos anos, a inserção e manutenção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho? Há melhorias da renda? Há melhoria ocupacional? Há diferenças entre todos esses aspectos entre trabalhadores com e sem deficiência e por gênero? E entre aqueles com deficiência, há diferenças considerando os tipos de deficiência, sexo e raça? Quais são os efeitos do aumento da escolaridade para as pessoas com e sem deficiência? E há chances de aumento de renda e status ocupacional em empresas maiores? Em quais setores? Público ou privado?

Com o propósito de responder a essas perguntas, apresento o presente texto com seguintes partes: inicialmente, abordarei as discussões sobre os estudos sociológicos da deficiência desde o modelo médico até as contribuições mais recentes pelas teóricas feministas e o modelo de desenvolvimento humano da deficiência.

A revisão dessas discussões foi fundamental para ampliar o meu olhar enquanto pesquisadora da deficiência, mas também para me compreender enquanto uma pessoa com deficiência e também sujeita da pesquisa. Ainda que por vezes o texto pareça fugir da discussão da deficiência e pobreza, meu foco sempre foi buscar através das diferentes correntes, contribuições que me ajudassem a entender a deficiência inserida em uma teia de outros marcadores sociais que podem ou acentuar suas consequências quanto atenuá-las. E nessa busca encontrei as contribuições da análise interseccional e o modelo de desenvolvimento humano da deficiência, que foram usados tanto para o desenho metodológico quanto para análise dos resultados.

Após as discussões teóricas a respeito da deficiência, busco no Capítulo 2 abordar as teorias a respeito dos diferenciais de rendimentos, assim como as pesquisas empíricas sobre a desigualdade no mercado de trabalho, tanto de forma transversal quanto longitudinal. No Capítulo 3, apresento a metodologia a ser utilizada na primeira parte da pesquisa, referentes aos dados do Censo de 2010. Nesta parte, abordo os resultados encontrados nos Capítulos 4 e 5, e busco compreender as inter-relações entre a deficiência e a pobreza e a inserção das pessoas com deficiência na força de trabalho e mercado formal de trabalho.

No Capítulo 6, apresento a metodologia ser utilizada na segunda parte da pesquisa, referente à análise longitudinal dos dados da RAIS de 2007 a 2015, onde procuramos verificar as diferenças ocupacionais e salariais após a inserção no mercado formal. Os resultados referentes a esta análise estão elencados no Capítulo 7. Por fim, no Capítulo 8 apresento as considerações finais.

1. Estudos sociológicos sobre a deficiência

1.1 Sociologia Médica

*Ah, poder exprimir-me todo como um motor se exprime!
Ser completo como uma máquina!
Poder ir na vida triunfante como um automóvel último-modelo!
Poder ao menos penetrar-me fisicamente de tudo isto,
Rasgar-me todo, abrir-me completamente, tornar-me passento
A todos os perfumes de óleos e calores e carvões
Desta flora estupenda, negra, artificial e insaciável!*

Fernando Pessoa, 1914.

Carvalho-Freitas (2007), por meio de uma análise histórica das principais concepções sobre a deficiência, descreve as suas interpretações existentes e que se mantêm na atualidade. A autora aponta que houve uma mudança de status das pessoas com deficiência a partir da Idade Moderna com os padrões definidos como normais para o ser humano. Se antes, no mundo ocidental e cristão durante a Idade Média a concepção da deficiência como um fenômeno espiritual era predominante, no período moderno as pessoas com deficiência mudaram de status, de vítimas de um poder sobrenatural para o de “desviantes” ou doentes, sendo a matriz de interpretação predominante sobre a deficiência os critérios de normalidade definidos pela medicina.

A ruptura histórica neste período, segundo Galvin (2006), é marcada pelo surgimento da administração estatal, capitalismo, ciência positivista e filosofia liberal durante os séculos XVIII e XIX nas sociedades ocidentais e criou as condições para a emergência da deficiência como agora ela é concebida. Foi durante este período que a deficiência se tornou administrada, medicalizada, institucionalizada e ontologicamente vital para a definição do sujeito moderno. E este conceito de deficiência tornou-se uma ferramenta não somente para restringir aqueles que estavam dentro deste padrão “anormal”; ele também serviu de parâmetro para a construção de um modelo de indivíduo saudável, “normal”, apto para o trabalho.

Ressaltamos que foi no século XX, segundo Barreto (2016), que o conceito de deficiente surgiu como um conceito guarda-chuva para abrigar todas as categorias que não se encaixavam na loucura ou doença: o termo *deficiente* surgiu para agregar toda a

diversidade de anormais pela noção de falta e da necessidade de redirecionamento, e não mais de cura. O investimento no tratamento e cuidados destinados a esses grupos de indivíduos despertou a atenção para a ideia de “restauração do estado anterior” e surgiram os conceitos de reeducação, reabilitação, recuperação. Era preciso restaurar o estado normal de funcionamento do organismo e para isso as palavras-chaves eram suplementar, restabelecer, compensar a falta orgânica, adaptar o corpo danificado ao mundo dos normais.

E o novo saber que surgiu no período, a medicina da reabilitação, se afirmou à medida que criou e estabeleceu seu próprio objeto. Nesse momento, agrupados sob a noção de inadaptação, essa categoria de “anormais” recebeu um novo estatuto: o de deficiente e não mais de doente. A cura não devia ser mais a meta do investimento clínico, mas a reeducação. O médico da reabilitação preocupava-se com a compensação da anormalidade e não mais com a sua extirpação. A finalidade de todo o investimento médico-reeducador era a normalização, tornando o indivíduo apto a se inserir no meio social através das modificações individuais que transformariam o funcionamento do seu corpo e aproximando-se o máximo do padrão. Mas uma vida que só poderia ser assumida após o aval do saber especializado e somente para aqueles capazes de se ajustar tal como ele se apresentava (BARRETO, 2016).

Especificamente na Sociologia, Thomas (2012), ao fazer uma revisão da sociologia da deficiência dentro do *mainstream* sociológico, aponta o percurso dessa subárea desde o início da disciplina até a atualidade, abordando autores como Durkheim, Parsons, Goffman; o surgimento e desenvolvimento do modelo social da deficiência, sua releitura pelas teóricas feministas e os desafios contemporâneos.

Nessa esteira, Thomas (2012) afirma que desde seus fundamentos no século XIX o desvio social persistiu como um tema conceitual básico e robusto na sociologia, ajudando a consolidar suas credenciais científicas. Durkheim desempenhou um papel formativo a este respeito - distinguindo socialmente o normal e o anormal (DURKHEIM, 2007). No século XX as subespecialidades da sociologia médica e da criminologia prosperaram neste dualismo normal e desviante/patológico. Apesar deste ponto em comum, sociólogos alinhados a diferentes perspectivas teóricas utilizaram o paradigma de desvio social de maneiras contrastantes - chegando a posições morais e políticas que variaram marcadamente na questão da deficiência (THOMAS, 2012).

O primeiro autor abordado por Thomas (2012) em sua revisão sobre a sociologia médica é Talcott Parsons que, em meados do século XX, nos Estados Unidos, escreveu sobre saúde, doenças e medicina em *The Social System* (1951b; 1966). Gerhardt (1989), outra autora que realiza uma profunda discussão a respeito das discussões sociológicas sobre a deficiência, aponta que Parsons foi o responsável por lançar as bases da sociologia médica como uma subdisciplina distinta.

Segundo Parsons (1966), haveria um intrincado vínculo entre a natureza do capitalismo e o caráter não comercial da medicina, sugerindo um papel especial para a saúde. Em sua concepção estrutural funcionalista, Parsons (1966) afirma que a saúde estaria relacionada com a sociologia desde o progresso alcançado no século XIX, a partir do qual foi possível a alocação de posições não mais através de condições atribuídas (*ascription*), mas sim por méritos individuais (*achievement*); e que o universalismo superasse o particularismo como o princípio de orientação de valor. Nesta cultura universalista, o mérito da conquista seria definido pelo talento e pelo esforço, com base em igualdade de oportunidades para todos, independentemente do status de origem. O poder seria alcançado por aqueles que mais tivessem sucesso na escola e no trabalho, demonstrando assim, estarem mais aptos a empunhá-lo.

A chave da ideia de democracia em um contexto de economia capitalista seria a implacável concorrência nos mercados acadêmico e econômico. Isto é, os mais capacitados seriam selecionados para posições de maior prestígio e poder. Todavia, como todos devem ter as mesmas condições de acesso Parsons (1966) enfatiza a ideia de que a saúde seria um pré-requisito funcional para a formação do sistema em qualquer sociedade, “ao passo que um nível muito baixo de saúde (ou um nível muito alto de doenças) é disfuncional” (p.400). A saúde também é uma condição prévia para a continuidade da estrutura social; condição básica da democracia e justiça na medida em que sugere equidade. Segundo (GERHARDT, 1989), Parsons faz uma metáfora da saúde enquanto um “porteiro”, responsável por garantir a igualdade de acesso a todos que se esforçam para alcançar posições de status na sociedade moderna.

Foi apenas em justaposição à saúde - definida como a capacidade de desempenhar papéis que compõem a sociedade (entendida como sistema social) - que, no nível conceitual, a doença foi abordada. Segundo Parsons (1966, p. 401):

[...] podemos conceber a doença como um estado de perturbação no funcionamento "normal" da totalidade do indivíduo humano, entendendo o estado do organismo como um sistema biológico e o estado de seus ajustes pessoais e sociais. A doença é definida, então, em parte social e parcialmente social e biologicamente. A participação no sistema social é sempre relevante para o estado da doença, sua etiologia e as condições de bom tratamento [...].

Dessa forma a doença seria uma forma de comportamento desviante e, como tal, poderia ser submetida a uma análise sociológica uma vez que ela implicaria na retirada passiva das atividades normais e responsabilidades, configurando uma fuga das obrigações da vida comum (GERHARDT, 1989).

O lado político da noção de doença de Parsons (1966) aponta a saúde como normalidade e doença como desvio. Além disso, observamos que o que é definido como desviante é relativo em cada sociedade. O normal seria entendido como a qualidade *formal* dos papéis: isto é, aquele que é expresso através e correspondente às expectativas dos outros. No que diz respeito à saúde, enquanto uma pessoa desempenha seu papel *formal* e esperado, receberá o rótulo de normalidade. Em outras palavras, na concepção parsoniana, a normalidade e a saúde são propriedades *formais* da vida social, independente dos padrões morais, e se relacionam com os reais padrões políticos de funcionamento de uma sociedade. O sociólogo (ou médico) em uma determinada configuração social só pode diagnosticar o desvio se as normas ou valores dessa sociedade forem violados (GERHARDT, 1989).

Segundo Parsons (1951a), como o “membro normalmente satisfatório de um grupo social é sempre aquele que representa os aspectos de saúde, mental ou física, o processo terapêutico deve sempre ter como uma dimensão a restauração da capacidade de exercer papéis sociais de forma normal” .Nessa esteira, para Gerhardt (1989), uma vez que a normalidade e a saúde são propriedades *formais* da vida social, elas também passam a ser um espelho do "clima normativo" circundante em cada sociedade e é este espelho que deve ser sempre buscado.

Para essa restauração, Parsons (1966) propôs que a função social da medicina deveria ser a regulação do papel de *doente*, o que implica na contenção da ameaça que este grupo - frações da população que abandonaram seus papéis sociais – apresenta para a manutenção e longevidade do organismo social:

Nos termos mais gerais, pode-se dizer que a prática médica visa superar as alterações na "saúde" do indivíduo, ou seja, a

"doença". Tradicionalmente, "tratamento" ou "terapia" tem sido insistido; ou o que é o mesmo, no tratamento de casos que atingiram um estado patológico, tentando restaurá-los à saúde ou à normalidade (Parsons, 1966: 400).

Dessa forma, para Thomas (2012), a perspectiva estrutural funcionalista de Parsons esteve focada no desvio social representado pelos *doentes*. Segundo Gerhardt (1989), inicialmente a análise de Parsons recaiu sobre a doença aguda, mas ele deixou claro nas publicações posteriores que a doença crônica representava ameaças semelhantes ao equilíbrio societário e, portanto, exigiria o mesmo grau de contenção. Além disso, a autora ressalta que, no pensamento parsoniano, a suposta motivação inconsciente das pessoas para se eximirem de suas responsabilidades sociais com a alegação de que estariam seriamente doentes deveriam ser mantidas sob o controle de forma contínua – não somente pelos superegos dos indivíduos, mas também, por forças sociais externas mais fortes, como a já citada profissão médica ou, o próprio sistema de justiça (Gerhardt, 1989).

As ideias de Parsons têm sido extremamente influentes na sociologia médica e continuam sendo revisadas criticamente, reavaliadas e utilizadas (Williams, 2005, citado por Thomas, 2012). No entanto, na segunda metade do século XX, o estrutural funcionalismo foi desafiado e rejeitado por sociólogos interpretativos, os quais apresentavam simpatia e preocupação - mesmo que de forma parcial—com as pessoas em desvantagem devido a doenças ou traumas (físicos ou mentais) (Thomas, 2012).

Erving Goffman (1988) explorou o estigma social que as pessoas com deficiência tem que enfrentar, uma vez que aquelas consideradas *normais* não conseguem lidar com os sentimentos de desconforto criados a partir de suas interações com pessoas com deficiências visíveis. Para o autor, o estigma deve ser visto como uma etimologia que faz referência a um atributo depreciativo da pessoa. E por outro lado esse mesmo atributo que estigmatiza confirma a normalidade de outrem dado que o estigma nada mais é do que um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo.

As atitudes que nós, normais, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de

estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original (Goffman, 1988: 8).

O estigma, compreendido como uma marca que denota inferioridade moral, torna as pessoas desacreditadas e desacreditáveis na constituição das interações sociais, interferindo ativamente em sua constituição. Ademais, nega a plena humanização das pessoas as quais os rótulos depreciativos são conferidos. Sob esta perspectiva não é de se estranhar que os desviantes e os estigmatizados são, na maioria das vezes, vistos como pouco humanos ou humanamente inacabados. E se por um lado a postura dos normais tende à benevolência, com o intuito de suavizar os atos, para a pessoa estigmatizada é solicitada a aceitação e o tratamento natural frente a sua condição (exigência que não abarca os não-estigmatizados). Essa falsa aceitação implica, para Goffman (1988), no alicerce da falsa ou imaginária normalidade:

Exige-se do indivíduo estigmatizado que ele se comporte de maneira tal que não signifique nem que sua carga é pesada, e nem que carregá-la tornou-o diferente de nós; ao mesmo tempo, ele deve-se manter a uma distância tal que nos assegure que podemos confirmar, de forma indolor, essa crença sobre ele. Em outras palavras, ele é aconselhado a corresponder naturalmente, aceitando com naturalidade a si mesmo e aos outros, uma aceitação de si mesmo que nós não fomos os primeiros a lhe dar. Assim, permite-se que uma aceitação-fantasma forneça a base para uma normalidade-fantasma. Deve ele aceitar tão profundamente a atitude do eu que é definida como normal em nossa sociedade e deve ser parte dessa definição a tal ponto que isso lhe permita representar esse eu de um modo irrepreensível para uma audiência impaciente que fica em semiprontidão à espera de uma outra exibição. Ele pode até mesmo ser levado a unir-se com os normais ao sugerir aos seus iguais que estão descontentes que o desprezo de que se sentem alvo é imaginário - o que, é claro, é provável em alguns momentos, porque em muitas fronteiras sociais as linhas são tão tênues que permitem a qualquer pessoa proceder como se fosse completamente aceita, e isso significa que será realístico orientar-se para signos mínimos, talvez não intencionais (Goffman, 1975: 105).

Thomas (2012), ao analisar a abordagem de Goffman, questiona se ele de fato abandonou o paradigma do desvio social e concluiu que certamente não. Para a autora, como qualquer outro interacionista e pensadores interpretativos na tradição de Chicago, Goffman se envolveu em uma forma de microsociologia que localizou o dualismo normal/desviante em seu núcleo interacional. Em particular, ele examinou as formas em que o desvio foi concedido por atores sociais investidos de poder em compromissos sociais. O que foi revertido, para a autora, foi a posição moral e política parsoniana: agora o doente e o deficiente foram identificados como desfavorecidos.

Thomas (1999b) afirma que a sociologia médica está embasada nos escritos clássicos de Parsons (1966), Mechanic (1962), Goffman (1988) e Freidson (1970). Este campo cresceu e se diversificou ao longo dos anos, resultando em um amplo corpo literário acompanhado de uma variedade de metodologias de pesquisa e perspectivas teóricas (BURY, 1997; GERHARDT, 1989; TURNER, 1987). O estudo sociológico de doenças crônicas e deficiência (definida como as restrições de atividades causadas pela lesão/impedimento) é parte de uma subdisciplina da sociologia médica, e cresceu rapidamente, particularmente entre as convergências nas pesquisas da década de 1980 sobre a experiência da doença e da deficiência (ANDERSON; BURY, 1988; BURY, 1991; KELLY; FIELD, 1996).

Foi somente na década de 1980, considerando a tradição pós-estruturalista - marcando uma "mudança cultural" na sociologia- que foi dada uma nova abordagem da *doença como paradigma de desvio social*. Aqui, o interesse era a *construção social* do desvio e da anormalidade pelos representantes das instituições investidas de biopoder. Para Thomas (2012), foi Michael Foucault o grande responsável por essa conexão. O biopoder foi identificado como enraizado em sistemas de conhecimento científico gerados pelos pensadores iluministas e articulado vigorosamente às práticas discursivas empregadas por profissionais médicos. Os médicos lideraram a regulamentação e a governança de corpos - individual e coletivamente - ao diagnosticar o *patológico* e distingui-lo do que é o *normal*.

Nesta mesma década, no Reino Unido, a sociologia médica testemunhou o surgimento de estudos que examinaram as experiências do dia-a-dia das pessoas que vivem com doenças crônicas como artrite reumatóide, diabetes, epilepsia e doenças respiratórias (ANDERSON; BURY, 1988; KELLEHER; LEAVEY; KELLY; FIELD, 1996; WILLIAMS, 1984). Segundo Thomas (2012), o paradigma de desvio social permaneceu como ponto crucial, mas foi usado para compreender e destacar as dificuldades e desafios enfrentados por pessoas com doenças crônicas e com deficiência. Para Thomas (2010), foi este setor, que lançou as bases para uma influente sociologia interpretativa das doenças crônicas e incapacidades, cujos defensores continuam a exibir, em geral, um compromisso genuíno de entender e melhorar as vidas dos "sofredores" e suas famílias. A autora destaca que os escritos seminais de Bury (1991) sobre a ruptura biográfica e gestão de doenças destina-se a ajudar as pessoas com doenças crônicas, influenciando as práticas médicas e a política de cuidados de saúde.

Para Bury (1991) o aparecimento de doenças crônicas representa uma mudança não apenas ao físico da pessoa, mas também ao seu senso de identidade e autoestima, levando à perda de confiança na interação social e a essa experiência ele chama de ruptura biográfica. O autor também salienta que essa experiência não é apenas influenciada pelo contexto social em que a pessoa está, mas pela natureza e os sintomas da doença, bem como pela percepção de si e pelos outros.

Nesse sentido, Williams (1996) aponta que a relação entre o ambiente e a lesão/impedimento é uma questão central em grande parte dos trabalhos realizados pelos campos da teoria da deficiência, sociologia e reabilitação. Todavia, a natureza e a direção dessa relação foram abordadas de maneiras muito distintas. Na reabilitação, o ambiente tem sido definido como parte de um fenômeno físico, um conjunto de obstáculos ou barreiras que aumentam as desvantagens dos indivíduos. O estudo sociológico das doenças crônicas e da deficiência tendeu a definir o ambiente como algo que surge a partir da interação simbólica e social que ocorre entre os indivíduos e seus contextos cotidianos.

Concentrar-se demais nas lesões/impedimentos, para Williams (1996), é visto como desviar a atenção da maneira sistemática pela qual o ambiente exclui as pessoas da participação da sociedade civil. Mas enfatizar a política de exclusão pode ser considerada uma forma de subestimar os efeitos reais das diferentes lesões/impedimentos e seus complexos aspectos, “negociados” na vida cotidiana. Dessa forma, cria-se uma homogeneidade espúria:

[...] focar na interação e na negociação da identidade pode levar o pesquisador a ser sugado para dentro de um poço de análise fenomenológica, onde as estruturas que sustentam ou destroem a identidade são perdidas de vista. Além de refletir a organização dos diferentes interesses no campo da deficiência, essas abordagens variadas também refletem diversas perspectivas sobre a natureza das ciências sociais e a relação entre a ciência social e ação política. Para aqueles que estão na linha de frente da batalha política que está ocorrendo atualmente, as sutilezas da análise sociológica podem parecer um luxo indesejável ou uma irritante irrelevância. No entanto, [...] é possível ser politicamente comprometido sem ser sociologicamente unidimensional e uma compreensão multidimensional do “ambiente” é necessária para encontrarmos um caminho para uma sociedade civil menos opressiva e mais receptiva (Williams, 1996, p. 1195).

Segundo (THOMAS, 1999b), Michael Bury foi um dos pesquisadores responsáveis pela criação e implementação da *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* – ICIDH -, – que define a deficiência como “restrições de atividade”, sendo essas restrições causadas principalmente pela doença crônica ou impedimento/lesão. Um dos méritos desta Classificação, sob o ponto de vista dos médicos sociólogos, foi exatamente o fato dela marcar uma diferença em relação ao modelo médico de deficiência:

A deficiência já não era mais concebida como uma doença ou o impedimento/lesão em si mesma (deficiência = lesão/impedimento), mas a consequência do impacto da doença ou lesão nas atividades diárias e na interação social (impedimento/lesão → deficiência) (Thomas, 1999, p. 148).

Assim, a ICIDH representa um importante passo à frente ao considerar o indivíduo em seu contexto social. A interação entre corpos, contextos e ambientes sociais estava em primeiro plano (THOMAS, 1999b). Segundo Bury (1987), o impedimento/lesão (*impairment*) foi definido como “qualquer perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou estrutura anatômica ou função”. A deficiência (*disability*) seria “qualquer restrição ou falta de capacidade para realizar uma atividade dentro dos parâmetros considerados normais para um ser humano”. E *handicap* foi definida como a “desvantagem que limita ou impede o cumprimento de um papel que é normal (dependendo da idade, sexo e fatores sociais e culturais) para o indivíduo” (Bury, 1987, p. 119).

Bury (1996) ressalta que embora o papel da lesão/impedimento (especialmente como resultado de uma doença) tenha sido claramente conceitualizado pela Organização Mundial de Saúde, este não é o aspecto mais importante da ICIDH. Para o autor, a ênfase em *handicap* era a mais relevante, “em sua tentativa de apontar para a desvantagem resultante das relações sociais e as condições por meio das quais a deficiência (*disability*) é experienciada” (Bury, 1996, p. 30).

A respeito da mensuração proposta pelo ICIDH, Bury (1987) ressalta que desenvolver medidas de deficiência e desvantagem (*handicap*) nunca será uma tarefa fácil. As medidas mais focadas em determinadas questões tendem a ser limitadas em sua aplicação em uma grande diversidade de condições e pessoas, e aquelas de natureza mais global podem dar margem a uma excessiva gama de interpretações. “Ao passo em que nos afastamos das realidades biomédicas em direção àquelas relativas ao desempenho de tarefas e papéis (deficiência e desvantagem/*handicap*, respectivamente), as distinções tornam-se difíceis

de manter e são cada vez mais ligadas a valores” (Bury: 1987, p. 121). Se os julgamentos relativos ao desempenho de tarefas e a presença de desvantagem/*handicap* não são fáceis de serem feitos, muito mais difícil seria codificá-los.

Bury (1987) ressalta que várias pesquisas anteriores argumentaram que as definições de profissionais, pacientes e de cuidadores podem ser todas diferentes e considera que isto é uma dificuldade a ser considerada. Porém, para o autor, abandonar os conceitos distintos de deficiência e, em particular, *handicap*, não contribui para resolver a questão e aumenta as chances de interpretações errôneas.

A coleta de informação sobre as desvantagens/*handicap*, em particular, permitiria segundo Bury (1987, p. 121), “obter uma imagem mais clara da padronização social da deficiência e, assim, direcionar recursos de saúde e bem-estar para áreas de maior necessidade”. Para o autor, as realidades sociais da deficiência são tais que, a menos que isso seja feito, muitos “sofredores” e suas famílias continuarão a carregar fardos incalculáveis em silêncio, longe do alcance público e sem o devido cuidado pela comunidade. E, apesar da popularidade desse ponto de vista entre os formuladores de políticas públicas, “todas as evidências sugerem que o Estado pode e deve ‘cuidar dos cuidadores’, fornecendo a ajuda necessária e os recursos necessários” (Bury, 1987, p.121).

Ademais, Bury (1987) ressalta que por muito tempo os diferentes aspectos relacionados à deficiência e à reabilitação estiveram dentro da "caixa preta" da experiência e que somente a partir da ICIDH começamos a desvendar essa caixa. Isso foi possível por meio da garantia de que as questões são substantivas e fortemente ligadas à agenda de cuidados com a saúde durante as décadas de 1980 e 1990.

Dessa forma, segundo Thomas (2012), Bury aderiu ao que ele chama de um modelo sócio médico de deficiência, defendendo que a deficiência é biologicamente e socialmente causada, embora o peso causal mais significativo esteja com o primeiro; o que dá margem a uma conceituação de deficiência focada nas interações entre os indivíduos e seu contexto social.

Em relação ao modelo social, que será abordado na próxima seção, o autor aponta como insustentável no modelo a negação de qualquer conexão causal entre a deficiência e a

lesão/impedimento. Bury (1996) caracteriza isso como uma visão excessivamente “socializada” e politizada.

Por outro lado, as críticas feitas pelos teóricos do modelo social da deficiência à sociologia médica, segundo Thomas (2012) foram:

1] os sociólogos médicos usam definições de deficiência essencialmente “medicocêntricas”, incluindo a definição adotada pela ICIDH, concebendo a lesão/impedimento como a causa da deficiência. Segundo Thomas (1999), Mike Oliver, teórico do modelo social da deficiência, percebia a ICIDH como outra versão da opressão do modelo médico, uma vez que os impedimentos e doenças são concebidos como a causa primordial da restrição de atividades e suas respectivas desvantagens. Os teóricos do modelo social apontaram que essas restrições eram causadas pela opressão oriunda das barreiras sociais;

2] em sua pesquisa interpretativa com pacientes crônicos e pessoas com deficiência, os estudiosos do modelo médico se concentram no sofrimento individual, na adaptação psicossocial individual e no status socialmente desviante, os quais denotam o que é viver com deficiência;

3] os sociólogos médicos raramente nomeiam ou analisam as manifestações sócio estruturais ou interpessoais.

Diante dessas críticas, segundo Thomas (2012), os sociólogos médicos argumentaram que: (a) os defensores do modelo social têm subestimado seriamente até que ponto as lesões/impedimentos, como as doenças crônicas, causam a deficiência por restringirem as atividades e fragmentar identidades sociais de indivíduos ;(b) a pesquisa e a defesa de políticas do modelo social se concentraram em pessoas nas faixas etária mais jovens - ignorando assim o efeito das doenças crônicas e a consequente deficiência entre os idosos (c) os escritores do modelo social possuem uma visão excessivamente socializada, estrutural e unidimensional da deficiência, e (d) falta sofisticação teórica nas análises destes escritores.

Ainda assim, essas posições entrincheiradas mudaram nas últimas décadas, particularmente com o rápido crescimento e expansão intelectual dos estudos sobre a deficiência e devido à adoção do modelo social da deficiência nos círculos mais amplos de políticas públicas (THOMAS, 2012). Exemplo foi a adoção pela Assembleia Geral da

ONU, em 2006, da Resolução que estabeleceu a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Mais de 160 países assinaram o documento. O Brasil ratificou a Convenção em 2007 e sua promulgação se deu com a publicação do Decreto 6.949/2009 (BRASIL, 2009).

Ainda sobre a Convenção da ONU e o debate das críticas dos teóricos do modelo social sobre a ICIDH, é importante ressaltar que esta Classificação foi formalmente substituída pela Classificação Internacional de Funcionamento, Incapacidade e Saúde (CIF) em 2001. Esta mudança teve como propósito construir um modelo de pensamento social sobre a questão da deficiência, com a contribuição de centenas de profissionais de saúde, epidemiologistas, estatísticos, analistas de sistemas de saúde e membros de grupos de defesa dos direitos das pessoas com deficiência durante o desenvolvimento e período de testes (BICKENBACH, 2012).

A CIF manteve o imperativo da ICIDH em coletar, agrupar e padronizar dados sobre saúde humana e a deficiência em todo o mundo, mas o detalhamento da classificação evoluiu, em que pese o funcionamento humano avaliado pela inter-relação do corpo (prejudicada ou não prejudicada) com a liberdade de participar, a depender dos contextos. No aspecto relacionado aos “Fatores ambientais”, observamos que ele é tanto físico quanto social, e inclui: (a) características do ambiente (por exemplo, clima e densidade populacional), (b) características do mundo construído por humanos (por exemplo, ruas, casas, edifícios públicos), (c) atitudes, valores e crenças, e (d) as políticas sociais, culturais e políticas prevalentes nas instituições e nos sistemas (BICKENBACH, 2012).

Além da CIF, outro modelo apontado por Mitra (2006) propõe uma integração entre o modelo médico e social. O modelo de Nagi (1965), no qual a patologia é o ponto de partida (também chamado de paradigma de limitação funcional), e se refere à interrupção dos processos corporais considerados normais. Nagi (1965) identifica as limitações funcionais como as restrições que as deficiências impõem à capacidade do indivíduo de executar as tarefas de suas funções e atividades diárias normais. Essas funções incluem papéis familiares (por exemplo, cuidar da casa ou de uma criança), papéis de trabalho (conseguir e manter um emprego), papéis comunitários e outros papéis interacionais, assim como atividades de autocuidado. Para o autor (1991), a limitação funcional seria uma limitação ou incapacidade quando da execução de papéis socialmente definidos e tarefas esperadas para o indivíduo inserido em um ambiente sociocultural e físico. Dessa

forma, neste modelo, o comprometimento está na origem de uma cadeia causal que leva à incapacidade e que eventualmente se torna uma construção social, promovendo uma visão relativista social e cultural da deficiência.

A respeito do debate conceitual sobre a deficiência entre os sociólogos médicos e os teóricos do modelo social, Thomas (1999b) aponta que os primeiros usam uma definição própria de deficiência mas também são capazes de atribuí-la ao modelo social. A consequência é a conclusão de que a negação dos efeitos 'incapacitantes' da doença e da lesão enquanto somente consequências no "social" ou "opressão" é um absurdo. Por outro lado, os teóricos do modelo social tendem a alternar entre um significado próprio da deficiência e um entendimento relacional social dela. Ao não reformularem consistentemente a deficiência como uma relação desigual e opressiva de poder social - entre os socialmente construídos como "deficientes" (ou cronicamente doentes) e aqueles atribuídos como "normais"-, os teóricos do modelo social deixaram os médicos sociólogos de fora. Para a autora, a afirmação crucial de que "todas as restrições de atividade são causadas por barreiras sociais" pode ser facilmente descartada pelos sociólogos médicos e estes não são compelidos a tratar a questão de se as pessoas com deficiência são ou não socialmente oprimidas" (Thomas, 1999: 149).

Todavia, nenhuma disciplina é estática e ambas – relativas ao modelo médico-social e ao modelo social - vivem e respiram contextos políticos nacionais e internacionais e ainda que discretos, há movimentos de sociólogos médicos em direção a adotar características do paradigma da opressão social sobre a deficiência e a doença (THOMAS, 2012).

E nesse sentido, é possível e positivo a concepção de projetos que utilizem tanto o modelo médico quanto o modelo social em suas abordagens. Para Thomas (1999), os teóricos dos estudos sobre deficiência – *Disability Studies* - poderiam aprender com a sociologia médica em sua capacidade de pesquisar e analisar a experiência de viver com a deficiência e os efeitos das lesões/impedimentos – contanto que a experiência individual não seja examinada apenas em si mesma, mas sim conectada a um compromisso político com os direitos das pessoas com deficiência¹.

¹ Para Thomas (2012), essa consideração é necessária para a localização da experiência da deficiência em seu contexto sócio estrutural mais amplo, algo que os sociólogos interacionistas e fenomenológicos da doença crônica geralmente não possuem interesse em fazer. Para a autora, sob outra perspectiva, podemos notar que a questão aqui é de "estrutura e agência", como outros comentaristas da sociologia médica e dos estudos sobre a deficiência observaram, subjacentes a suas diferenças de abordagem no dualismo

Por fim, cabe ressaltar que, para Thomas (2002a), apesar da literatura relacionada à sociologia médica ser de grande interesse e valor, ela não é uma sociologia da deficiência, uma vez que não aborda temas relevantes para as pessoas com deficiência, tais como a vida independente, a pobreza, o emprego, a educação, a comunicação, o transporte e o acesso a ambientes e direitos civis.

Na próxima seção abordamos o surgimento, desenvolvimento e as questões sociológicas apontadas inicialmente pelos estudiosos da primeira geração dos estudos sobre a deficiência – *Disability Studies*: os teóricos do modelo social da deficiência (ABBERLEY, 1987; 1996; 1998; BARNES, 1999; BARNES; OLIVER; BARTON, 2002; FINKELSTEIN, 1980; HUNT, 1966; OLIVER, 1990; OLIVER, 1996; OLIVER; BARNES, 1998). Segundo Hughes (2004), originalmente esses teóricos focaram no princípio de que as pessoas com deficiência são excluídas da participação da vida social. A ideia de que a deficiência é uma forma de doença e, por consequência, leva à dependência com a necessária reabilitação foi contestada; e a deficiência passou a ser definida como uma opressão social e a lesão associada com a patologia corporal. Aqueles teóricos apontam que enquanto a lesão/impedimento corporal é uma questão individual, a deficiência é uma questão coletiva.

Todavia, durante a década de 1990, uma crítica sobre o modelo social apontou a falha em considerar a lesão e começou a se desenvolver. A distinção entre sexo (biológico) e gênero (cultural) que tinha inspirado a segunda onda do feminismo nos anos 1970 continuou na década de 1980. Um processo similar de maturidade intelectual e política dentro do movimento das pessoas com deficiência sustentou a divergência entre lesão e o conceito de deficiência. As diferenças dentro desse movimento cresceram na medida em que diferentes experiências de impedimentos corporais promovidas pela visão da identidade da deficiência mostravam que elas não podiam ser incluídas de forma homogênea em um mesmo pacote. A experiência de opressão (digamos) entre usuários de cadeiras de rodas e aqueles com deficiências sensoriais estava fadada a ser bastante significativa.

estrutura/agência ou estrutura/ação. Os sociólogos médicos privilegiam a ação ou agência social, enquanto os teóricos do modelo social tendem a focar na estrutura. Ainda para Thomas (2012), os estudiosos sobre deficiência precisam encontrar maneiras de superar esse dualismo, ou pelo menos encorajar análises que interliguem agência e estrutura.

À partir do momento em que o movimento das pessoas com deficiência começou a reconhecer que as barreiras à participação plena na vida social devem ser “diferentes entre um heterossexual rico, de classe média, branco e masculino e uma pobre, de classe trabalhadora, mulher, negra, lésbica.” (Hughes, 2004: 63). A questão da deficiência como fonte de experiência diferencial tornou-se difícil de negar. Esse debate significou que os corpos das pessoas com deficiência “são sujeitos do político e não somente do biológico e do discurso. A lesão/impedimento corporal é social” (Hughes, 2004: 63).

Pensar sobre a lesão inspirou, notadamente, três tradições teóricas: feminismo, pós-estruturalismo e fenomenologia” (Hughes, 2004: 64). As contribuições dessas áreas são apresentadas na seção a seguir sobre as contribuições mais recentemente desenvolvidas pelas pesquisadoras feministas – *Feminist Disability Studies* (GARLAND-THOMSON, 2011) e *Critical Disability Studies* (SHILDRICK, 2012).

1.2 Estudos sobre a deficiência

1.2.1 Primeira geração: Modelo social da deficiência

*A cada linha escrita, o verso, o flow, a poesia
Vivida a flor da pele, o sol a sol da lida*

*Irmãos de luta e causa seguem a saga comigo
Um só caminho e o coração inacessível é solo inimigo*

*Preconceito social, estigma reforça arquétipos
Eu sigo cético contra o anestésico*

*Assistencialista na tendência que marginaliza e lesa a classe
Conformista de pessoas com deficiência que não mostram a face*

*Protagonizam a inércia cultural pra garantir o básico
E ficam sem o fundamental direito, é sádico*

*Vim sair da trincheira, fincar bandeira, puxar o pino
O povo é forte e num é por sorte, vim mudar destino[...]*

*Egos obesos, mentes anoréxicas
Latino América para os meus direitos é disléxica*

*Histórica campanha anti-periférica
Homérica súplica política pública genérica*

*Atmosférica ocorrência, lesões coléricas
Dignidade cadavérica infâmia esférica*

*Mironga esotérica, violência numérica
A vida vive uma queda teleférica*

*Onde a cadeira está alçada aos cabos de aço da maldade
A sociedade é responsável pela crueldade*

*Vaidade, individualismo, impunidade
Arquitetônica e atitudinal nessa cidade*

*Onde o de cima esmaga o de baixo e assim cresce
Degraus do mau e que o seu caráter não tropece*

*Há de haver uma passagem nesse beco sem saída
Achá-la há de ser a saga da minha vida*

*Aê, sem vitimismomorô?
Que esse som seja uma ode ao levante
Moral, psicológico, espiritual, social das pessoas com deficiência desse
mundão tá ligado?*

*A bandeira tá hasteada mano e eu vou levá-la até o fim
Eu conto com cada um de vocês[...]
(SAGA, 2016).²*

Segundo Barnes (1999), o conceito de estigma proposto por Goffman foi utilizado por Paul Hunt, sociólogo com deficiência física e um dos precursores do modelo social da deficiência no Reino Unido nos anos de 1960. De acordo com Barreto (2016), Hunt viveu parte de sua vida em instituições residenciais para pessoas com deficiência e mantinha contato com o movimento por vida independente nos EUA. Em 1966, editou uma coletânea chamada *Stigma: experience of disability* (1966), na qual buscou relatos que não fossem somente autobiográficos e/ou descrições de preocupações médicas, mas sim relatos a respeito da experiência da deficiência dentro de um contexto social muito mais amplo, considerando a discussão sobre o fato básico de ser uma pessoa com deficiência, em termos de questões pessoais, sociais e das relações com a sociedade "normal" (Hunt, 2007).

Através da análise dos relatos recebidos, Hunt (1966) identificou vários temas primordiais, tais como: de que forma as pessoas com deficiência se sentem isoladas das outras, a percepção da pobreza, o impacto de atitudes socialmente indesejáveis, a resistência dos empregadores em contratá-los, por mais qualificações que tivessem, as barreiras arquitetônicas que limitam a vida em comunidade e as dificuldades na obtenção de informações sobre programas e serviços.

Deixando de lado a visão individualista da deficiência, o autor encorajou o exame da situação das pessoas com deficiência enquanto uma minoria social. Esse prisma possibilitou uma nova visão da deficiência e representou o início de um longo caminho para a tomada de uma outra consciência social por parte das pessoas com deficiência (HUNT, 2007). O autor, em sua análise apontou que “as pessoas com deficiência muitas vezes enfrentam preconceitos, que se expressam na discriminação e até na opressão” (Hunt, 1966: p. 152) e que “não é difícil ver a analogia entre um gueto racial e as instituições onde pessoas com deficiência são postas de lado, recebendo cuidados suficientes para salvar a consciência da sociedade” (Hunt, 1966: p. 154).

² Billy Saga é paulistano, rapper, cadeirante, publicitário, artista plástico, Presidente da Ong Movimento SuperAção e consultor da ONG Mais Diferenças. Lançou em 2016 seu segundo disco: *As ruas estão olhando*.

Nesse sentido, o livro de Hunt (1966) apontou de forma incisiva que marginalidade vivenciada pelas pessoas com deficiência não se localizava e se restringia ao indivíduo, em seu corpo ou na lesão em si, mas sim na interação estabelecida entre o sujeito e os “normais” (BARNES, 1999).

Segundo Diniz (2007), de todas as obras do sociólogo, o escrito de maior impacto foi uma carta endereçada ao jornal inglês *The Guardian*, em 20 de setembro de 1972, na qual apontou que as pessoas com deficiência física severa estavam isoladas em instituições, sujeitas ao autoritarismo; e propôs a formação de um grupo dessas pessoas que levassem ao Parlamento suas ideias, bem como daquelas pessoas que irão substituí-las. Ainda de acordo com Diniz (2007), o chamado de Hunt foi prontamente atendido por Michel Oliver e Paul Abberley, sociólogos com deficiência física e pelo psicólogo também com deficiência física Vic Finkelstein. Várias outras pessoas igualmente responderam a proposta de formação de Hunt e em 1976 foi constituída a primeira organização política deste grupo: a *Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS).

A UPIAS foi a primeira organização política sobre deficiência a ser formada e gerenciada *por* pessoas com deficiência. As instituições anteriores, como o Instituto Nacional de Surdos no Brasil, eram entidades *para* essas pessoas – locais onde se confinavam pessoas com diferentes lesões, cuidando e oferecendo educação, geralmente com o objetivo de afastá-las do convívio social ou de normalizá-las para devolvê-las à família ou à sociedade (Diniz, 2007). E em seus primeiros anos, relata Shakespeare (2006), a organização concentrou-se em discussões e debates, na tentativa de desenvolver uma ideologia política da deficiência. De acordo com a declaração de política resultante (adotada em dezembro de 1974), o objetivo do grupo era justamente a substituição das instituições segregacionistas por oportunidades para pessoas com deficiência de participarem plenamente da sociedade, viverem de forma independente, desempenharem um trabalho produtivo e terem total controle sobre suas próprias vidas (Diniz, 2007).

Todavia, a originalidade da UPIAS não estava somente no fato de ser *de e para* pessoas com deficiência, mas também na articulação de uma resistência política e intelectual ao modelo médico de compreensão da deficiência (DINIZ, 2007). Diferentemente das abordagens biomédicas, a deficiência não deveria ser concebida como uma “tragédia pessoal”(OLIVER, 1990), mas uma questão eminentemente social.

A reviravolta no debate biomédico feita pelos integrantes da UPIAS demonstrou que, ao invés de internados para tratamento ou reabilitação, as pessoas com deficiência estavam encarceradas e a experiência da deficiência não era resultado das suas lesões, mas sim do ambiente hostil à diversidade física. E o mais relevante desse movimento de crítica social foi a execução de um feito histórico: a redefinição da lesão e da deficiência em termos sociológicos, não mais estritamente biomédicos (DINIZ, 2007).

A distinção entre a deficiência (*disability*) e a lesão/impedimento (*impairment*) foi feita de modo a delimitar o campo conceitual sobre o qual o movimento se propunha a atuar. O estabelecimento dessa diferenciação foi a base dos argumentos do modelo social da deficiência da corrente inglesa. A lesão (*impairment*) passou a ser o termo utilizado para se referir aos aspectos biológicos, ao corpo danificado, ao organismo alterado (seja ele sensorial, cognitivo ou físico), um dado corporal isento de valor. Já a deficiência (*disability*) seria o resultado da interação de um corpo com lesão em uma sociedade discriminatória. Desse modo, a deficiência surgiria somente em um contexto em que essa interação gerasse exclusão, que por sua vez, levaria à opressão (BARRETO, 2016; DINIZ, 2007).

A retirada de qualquer sentido pejorativo das lesões era um dos objetivos da UPIAS e pretensão dela era aproximar as pessoas com deficiência de outras minorias sociais, tais como as mulheres e os negros, grupos nos quais a tensão entre os conceitos de natureza e sociedade também era intensa, denunciando as construções sociológicas que descreviam a lesão como desvantagem natural. O outro objetivo era assumir a deficiência como uma questão sociológica, não do saber biomédico. E foi nessa disputa por autoridade discursiva que o modelo social da deficiência se estruturou em contraposição ao modelo médico. O modelo social definia a deficiência como uma opressão exercida sobre o corpo com lesão, e não como uma desigualdade natural³. Assim, o tema da deficiência não deveria ser uma matéria privativa dos saberes biomédicos, mas, sobretudo de ações políticas e de intervenção do Estado (DINIZ, 2007).

³ Carol Thomas (1999) aponta que em sua oposição à posição de sociologia médica, Oliver fez algo problemático. Ele reitera na UPIAS tanto a conceituação relacional e social da deficiência (como imposições sociais que restringem as atividades das pessoas com impedimentos) quanto invoca a definição da deficiência em si (como restrição de atividade). Para a autora, Oliver tende a confundir, ou a falhar, em manter uma clara diferenciação conceitual da deficiência. “O resultado é que a definição social e relacional da UPIAS é *estendida*, de modo que *todas* as restrições de atividade vivenciadas pelas pessoas com deficiência são atribuídas a causas sociais (Barreiras sociais → Deficiência)” (Thomas, 1999:149, grifos da autora).

As esferas do trabalho, da educação, dos espaços públicos e das políticas de proteção social, entre outras, assumiram importância central para o delineamento das estruturas sociais a fim de que as pessoas com impedimentos possam estar em condições de igualdade com aquelas sem deficiência. De um discurso normativo e corretivo em saúde, o desenvolvimento de políticas públicas para as pessoas com deficiência passou a ser o reflexo dos ideais de inclusão social e da defesa dos direitos humanos a todas as pessoas. Denunciar que as pessoas com deficiência sofrem opressão é afirmar que as pessoas com impedimentos corporais estão em uma situação de inferioridade em relação às outras, simplesmente como decorrência da não adaptação social e cultural às diversidades expressas no corpo (SANTOS, 2010).

Diniz (2007) ressalta que, ao afirmar que a resposta para a segregação e para a opressão estava na política e na sociologia, os teóricos do modelo social não recusavam os benefícios dos avanços biomédicos para o tratamento do corpo com lesões. O principal intuito era ir além da medicalização e atingir as políticas públicas. A consequência foi o rompimento radical entre lesão e deficiência: a primeira seria o foco das ações biomédicas, a segunda passou a ser compreendida como uma questão pertencente às esferas dos direitos, da justiça social e das políticas de bem-estar e objeto de análise da sociologia.

Na área acadêmica, Barreto (2016) ressalta a importância do movimento inglês dentro da sociologia da deficiência. Para a autora, o que torna esse movimento incontornável é o fato dele não ter se restringido a reivindicações políticas, mas ter elaborado uma teoria sociológica que sistematizou seus conceitos no campo acadêmico. Ademais, seus principais pensadores são pesquisadores e professores universitários – eles próprios com deficiência, o que na época era algo bastante raro. E, devido a essa inserção acadêmica, foi criado o *Disability Studies*⁴ – um campo disciplinar voltado para a compreensão sociológica da deficiência que teve alcance mundial.

Ressaltamos a originalidade do *Disability Studies* em colocar a deficiência sobre o olhar de outras vertentes, diferentes da sociologia médica, ainda ligada à ideia de desvio, doença e anormalidade. A proposta desse novo campo era explorar sociologicamente a

⁴O termo *Disability Studies* foi usado pela primeira vez no curso de pós-graduação promovido pela universidade de Kent e houve, em 1975, a criação de um curso de graduação chamado “A pessoa deficiente na comunidade” na Universidade Aberta (*Open University*), pautado nas referências bibliográficas dos teóricos do modelo social e que no seu primeiro ano atraiu mais de 1.200 alunos.

deficiência enquanto um modo de existência desvinculada dessas concepções e circunscrita em aspectos políticos e sociais (BARRETO, 2016).

Dessa forma, entre as narrativas sobre a desigualdade que se expressam no corpo, os estudos sobre deficiência foram os que mais tardiamente surgiram no campo das ciências sociais e humanas (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2010). Assim como para o sexismo ou racismo, a nova expressão da opressão do corpo levou à criação do termo capacitismo⁵. Este seria o resultado da cultura da normalidade, em que os impedimentos corporais são alvo de opressão e discriminação. A normalidade, entendida ora como uma expectativa biomédica de padrão de funcionamento da espécie, ora como um preceito moral de produtividade e adequação às normas sociais, foi desafiada pela compreensão de que deficiência não é somente um conceito biomédico, mas a opressão pelo corpo com variações (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2010). “A deficiência traduz, portanto, a opressão ao corpo com impedimentos: o conceito de corpo deficiente ou pessoa com deficiência deve ser entendido em termos políticos e não mais estritamente biomédicos” (Diniz et al, 2010: 97-98).

E, uma vez que a deficiência passou a ser compreendida como uma experiência de opressão, o desafio da UPIAS passou a ser o de mostrar evidências de quem se beneficiaria com a segregação das pessoas com deficiência da vida social. A resposta veio através do materialismo histórico, principal influência do modelo social: “o capitalismo é quem se beneficia, pois, os deficientes cumprem uma função econômica como parte do exército de reserva e uma função ideológica mantendo-os na posição de inferioridade” (Oliver e Barnes, 1998, citado por Diniz, 2007:23).

1.2.1.1 Materialismo histórico

Segundo Oliver e Barnes (1998), a teoria materialista da deficiência foi originalmente desenvolvida pelos psicólogos clínicos, ativistas da deficiência e notadamente, por um

⁵ A categoria analítica capacitismo como tradução do termo *disablism* foi proposta por Mello (2014). Segundo a autora, essa categoria se materializa através de atitudes preconceituosas que hierarquizam sujeitos em função da adequação de seus corpos a um ideal de beleza e capacidade funcional. Com base no capacitismo discriminam-se pessoas com deficiência.

dos membros fundadores da UPIAS – Vic Finkelstein, ao argumentar que a deficiência é o resultado direto do desenvolvimento da sociedade industrial no Ocidente. Ao usar uma estrutura materialista convencional, Finkelstein (1980) dividiu a história nas três seguintes fases sequenciais.

A primeira fase corresponde ao período feudal antes da industrialização europeia. Nesta, a atividade econômica consistia primariamente na agricultura ou manufaturas: um “modo de produção” que não impedia as pessoas com alguma deficiência de participar. Na segunda fase, por volta do século XIX, com o desenvolvimento da industrialização, as pessoas com deficiência foram excluídas do mundo do trabalho sobre a argumentação de que eram incapazes de acompanhar o novo ritmo de trabalho exigido pela produção nas fábricas. Nesta fase, foram criadas as “normas de corpos capazes para o trabalho” e a medicina hospitalar, e as pessoas com deficiência foram separadas de suas origens sociais em um grupo claramente definido e desvalorizado, sendo segregados do cerne da economia e das atividades sociais e foram segregadas em residências institucionais. Na terceira fase, ele mantém o começo libertação de pessoas com deficiência de tal opressão através do desenvolvimento e uso da tecnologia, e seu trabalho em conjunto com ajudantes e aliados em direção aos objetivos comuns.

Dessa forma, os proponentes do modelo social argumentam que, antes da industrialização e das demandas de produção industrial, era disponibilizada para as pessoas uma ampla variedade de funções laborais e era possível também que pessoas com dificuldades/deficiências físicas e sensoriais se engajassem em atividades de produção por causa das diferentes habilidades que poderiam ser utilizadas (OLIVER, 1990).

Todavia, quando as relações de trabalho ficaram cada vez mais ligadas à grande escala industrial do final do século XVIII na Grã-Bretanha, as pessoas com deficiência começaram a ser sistematicamente excluídas da atividade econômica. As longas jornadas de trabalho nas fábricas exigiam uma destreza padronizada, velocidade e intensidade de trabalho. Muitas dessas pessoas se viram incapazes de vender sua força de trabalho sob tais condições e foram cada vez mais socialmente posicionados como dependentes e excluídos da economia de produção (THOMAS, 2002a).

Durante o século XIX, a indústria em grande escala consolidou a dependência das pessoas com deficiência, e a política adotada para resolução do "problema social" foi a institucionalização dessas pessoas. Segundo Thomas (2002a), as exclusões e as

dependências nos séculos seguintes, sejam nas esferas do trabalho, da educação, do transporte, da habitação, da cultura e do lazer, podem ser rastreadas até o surgimento da concepção das pessoas com deficiência enquanto não produtivas, incapazes e “dependentes. Thomas (2002a, p. 47) expõe a posição de Oliver a respeito:

A economia, através da operacionalização do mercado de trabalho e a organização social do trabalho, é um papel fundamental na produção da categoria deficiência e determinação das respostas sociais para pessoas com deficiência. Além disso, a opressão que as pessoas com deficiência enfrentam está enraizada na economia e nas estruturas sociais do capitalismo que produzem racismo, sexismo, homofobia, discriminação baseada na idade e no capacitismo. (Oliver 1996, p. 33, tradução nossa)

Para Galvin (2006), é importante reconhecer que, ao final de dois séculos, a deficiência tem conservado a sua integral conexão com o trabalho. Em particular, a medicalização da deficiência tem sido embasada em uma estrutura que aponta para a reabilitação ou “normalização” dessas pessoas para que possam ser capazes de participarem da força de trabalho e, como consequência, capazes de desenvolver as qualidades de autossuficiência, saúde, riqueza e consumismo, as quais definem o cidadão ideal.

A autora afirma que o trabalho sempre desempenhou um importante papel na definição na vida das pessoas e assegurou suas sobrevivências. Argumenta que a diferença é que o trabalho na era moderna tem tomado uma nova forma, imersa em uma particular ideologia estrutural e regime de mecanismos disciplinares⁶. Ao reforçar seu argumento, relembra a afirmação de Foucault (1980) de que o trabalho sempre teve a função de produção e na era moderna ele agora apresenta duas funções adicionais: a função simbólica e a função disciplinar⁷. Aqueles que não participam deste novo domínio podem somente ser tratados

⁶ Segundo Martins (2018), Foucault (2014) defende que a modernidade inaugura uma sociedade disciplinar que apresenta como distinção fundamental a singularidade do poder que lhe é contemporâneo: “A ideia defendida de uma sociedade disciplinar moderna envia para um idioma crítico que se nutre da identificação de uma nova economia do poder que surge nas sociedades industriais modernas, uma gramática das relações que não mais opera pelo peso da negação que transporta, mas se funda, ao invés, nos efeitos positivos que engendra, na sua capacidade de emanar saberes e fazer proliferar discursos, produzindo realidade. De fato, a assunção da deficiência enquanto uma das narrativas persuasivas da modernidade liga-se à espessura epistemológica que a modernidade gerou” (Martins, 2015: Locais do Kindle 260-264).

⁷ Foucault (1980) aponta que “há sempre presente a tripla função do trabalho: a função produtiva, a função simbólica e a função de adestramento ou disciplinar” (p.161). Segundo Diniz e Oliveira (2013), a disciplina em Foucault não é uma instituição, nem um aparelho de Estado. O poder disciplinar na teoria foucaultiana refere-se a uma técnica de poder que funciona como uma rede que atravessa todas as instituições e aparelhos de Estado. “Este instrumento de poder que atua no corpo dos homens usará a punição e a vigilância como principais mecanismos para adestrar e docilizar o sujeito, pois é a partir deles que o homem se adequará às normas estabelecidas nas instituições como um processo de produção que, a partir de uma “tecnologia” disciplinar do corpo, construirá um sujeito com utilidade e docilidade” (p 150).

pela falta – indivíduos em que faltam as qualidades simbólicas e disciplinares para a autonomia, racionalidade, “*market-driven liberal subject*” – e então definidos como aberrações.

Segundo Jolly (2000), as categorias binárias criadas não foram referentes a corpo doente/corpo capaz, mas sim 'capaz de trabalhar' e 'incapaz de trabalhar' para identificar aqueles que, por não participarem ou por não poderem participar do sistema de trabalho, eram vistos como uma ameaça à ordem do sistema social. Em suma, aqueles que não trabalhavam por qualquer motivo eram um problema social.

Entretanto, conforme Galvin (2006) aponta, ao mesmo tempo em que a deficiência era percebida como uma ameaça à ordem do sistema social, era também vital para sua delimitação e manutenção. Segundo Oliver (1990), o sistema como um todo que se beneficiaria, pois, economicamente, as pessoas com deficiência formam parte de um exército de reserva e, ideologicamente, servem como um aviso para aqueles que não podem ou não querem trabalhar. Dessa forma, o desenvolvimento econômico, a natureza mutável das ideias e a necessidade de manter a ordem durante a industrialização influenciaram as respostas sociais e, portanto, a experiência da lesão e da deficiência. A ascensão da instituição como um meio de provisão e controle social, juntamente com a individualização e a medicalização do problema social nos séculos XVIII e XIX, facilitou a exclusão de pessoas com deficiência do cerne da sociedade capitalista (OLIVER; BARNES, 1998).

Para Thomas (2002a), a perspectiva sobre as raízes econômicas de deficiência, na qual a deficiência é vista em um sentido social-relacional (um fenômeno de relações sociais entre grupos de pessoas em circunstâncias socioestruturais), é de grande interesse e valor. Contudo, os escritores materialistas nos estudos sobre a deficiência, para a autora, precisam ser capazes de atualizar suas análises para ter uma descrição teórica dos desenvolvimentos contemporâneos em sistemas econômicos capitalistas. O desafio posto é examinar se os arranjos econômicos e característicos de um capitalismo global - com suas corporações mundiais e transnacionais – estão alterando a posição social de pessoas com deficiência, para melhor ou para pior.

Ademais, há críticas em relação à falta de aporte teórico da primeira geração do modelo social. Segundo Goodley *et al.* (2012), os estudos sobre a deficiência da primeira geração foram marcados pelo grande empirismo inglês, onde o fundamento era um “modelo” e

não uma teoria: “um credo político prático e não uma práxis crítica dominou essa área de estudo da década de 1970 até a década de 1990” (Goodley et al., 2012, p.309). Segundo Thomas (2012), o próprio Mike Oliver afirma constantemente que criou um modelo social da deficiência e não uma teoria.

O modelo social da deficiência está, todavia, longe de ser ateuórico. Sua relação com o materialismo histórico é considerável e evidenciada em quase todas as páginas do relato seminal do modelo social; o qual é impensável sem o materialismo histórico. O materialismo ficou sedimentado no modelo, tornou-se sua base, uma premissa que não precisa ser atualizada. A relação entre teoria e prática nos estudos sobre a deficiência no Reino Unido pode ser descrita durante as últimas três décadas do século XX como uma dialética hegeliana equilibrada do estilo marxista, na qual o modelo social atuou como a expressão intelectual e teórica do movimento da deficiência (GOODLEY; HUGHES; DAVIS, 2012).

Por três décadas, o campo dos estudos sobre a deficiência produziu um corpo de trabalho teórico que é, em termos gerais, contra hegemônico para a compreensão dominante da deficiência. Enquadramentos hegemônicos de deficiência individualizam, patologizam, medicalizam, psicologizam, essencializam e despolitizam o fenômeno da deficiência. Em contraste, a teoria dos estudos sobre deficiência tem reiterado a deficiência como um objeto através do qual compreender o funcionamento da sociedade capitalista, uma categoria política em torno da qual se mobilizar, um rico fenômeno produzido através de práticas sociais e culturais, uma identidade em torno da qual se organizar politicamente um roteiro cultural marcou um processo de normalização e uma experiência ontológica alguma vez moldada por uma série de fatores externos. Este trabalho emergiu através de diversas disciplinas, das artes, humanidades e ciências sociais - influenciando as ciências humanas, médicas e psicológicas - e deu origem a terminologias que se infiltraram na linguagem cotidiana associada a modelos minoritários, sociais, culturais e direitos das pessoas com deficiência (GOODLEY; LAWTHOM; LIDDIARD; RUNSWICK-COLE, 2019).

No entanto, ao passo que o movimento se tornou mais complexo, diferentes discussões surgiram a respeito da causalidade direta da deficiência pela lesão e pelos fatores sociais. O modelo social permaneceu encaixado com sua visão original e, sobretudo, com sua missão prática, que era desmantelar as barreiras que impediam a participação das pessoas

com deficiência na sociedade. O movimento avançou, mas a teoria permaneceu imóvel. A voz do ativismo marcou o imperativo de transformar as pessoas com deficiência em cidadãos para além das paredes de custódia que marcaram e prejudicaram a moderna experiência da deficiência e substituí-la pela liberdade e oportunidade. No contexto do Reino Unido, a teoria não evoluiu ao lado da prática em uma dialética significativa e os principais princípios do modelo social tornaram-se axiomáticos. O modelo social incorporou uma mudança de paradigma sobre a concepção da deficiência e tornou-se um claro e inequívoco prisma intelectual na luta para os direitos das pessoas com deficiência, mas não houve o ajuste de um foco sobre o debate da teoria e seu desenvolvimento (GOODLEY; HUGHES; DAVIS, 2012).

A prática foi mais importante do que a teoria (OLIVER, 1996) e, epistemologicamente, as relações entre pesquisa e política, academia e movimento foram as que mais importaram (BARNES; OLIVER; BARTON, 2002). A teoria não estava nesta agenda, mas o ganho, todavia, foi enorme e os benefícios para pessoas com deficiência, impossíveis de quantificar (GOODLEY; HUGHES; DAVIS, 2012).

A abordagem singular dos estudos sobre a deficiência no Reino Unido foi bem além de suas fronteiras. A globalização dos estudos sobre deficiência foi marcada pela proliferação de perspectivas com contribuições policromáticas de várias regiões do mundo⁸. As contribuições de correntes marxistas, feministas, fenomenológicas, pós-estruturalistas, analistas culturais e de uma multiplicidade das ciências humanas e ciências sociais introduziram novas camadas de teoria para a afirmação empírica e bem fundamentada de que as pessoas com deficiência são excluídas, marginalizadas e oprimidas (BYRNES; MULLER, 2017; GOODLEY, 2011; GOODLEY; HUGHES; DAVIS, 2012; THOMAS, 2002a).

Os estudos sobre a deficiência também receberam fôlego com o desenvolvimento das perspectivas acerca do corpo nas ciências sociais, pressagiada pelo colapso das distinções categóricas entre a natureza e a cultura, o corpo e a sociedade que ficaram no centro da modernidade cartesiana (HUGHES; PATERSON, 1997). As categorias cultura, corpo, pós-modernidade tornaram-se ícones do debate nas ciências humanas e sociais, assim

⁸ Mais estudos a respeito das diferentes correntes teóricas podem ser encontrados no livro *Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction*, de Dan Goodley (2011).

como nas diferentes vertentes de estudos a respeito da deficiência (GOODLEY; HUGHES; DAVIS, 2012; THOMAS, 2002a).

As feministas estabeleceram as bases para mudanças políticas e estudos sobre o indivíduo e a cultura através da máxima "o pessoal é político", máxima esta válida para estudos sobre a deficiência. As teorias dos direitos civis negros, da classe trabalhadora e do *queer*⁹ apresentaram uma clara relevância para a vida das pessoas com deficiência, dado que a abordagem da deficiência é complexa e questiona toda uma teia de discursos e práticas institucionais (GOODLEY, 2011). Perguntas a respeito da adequação do modelo social para lidar com questões acerca das diferenças entre pessoas com deficiência, especialmente aquelas associadas ao tipo de lesão, gênero, raça e sexualidade passam a ser feitas e discutidas (GOODLEY, 2011; THOMAS, 2002a; 2012). Algumas dessas perguntas e seus desdobramentos são abordados no tópico seguinte.

⁹Segundo Salih (2012), a teoria *queer* surgiu das interseções entre as teorias feministas, pós-estruturalistas e psicanalistas que fecundavam e orientavam a investigação sobre a categoria do sujeito. A expressão "*queer*" constitui uma apropriação radical de um termo que tinha sido usado anteriormente para ofender e insultar, e seu radicalismo reside, pelo menos em parte, na sua resistência à definição. Segundo a autora, enquanto os estudos de gênero, os estudos gays e lésbicos e a teoria feminista podem ter tomado a existência de "o sujeito" (seja ele gay, lésbico, "a fêmea", feminino) como um pressuposto, a teoria *queer* empreende uma investigação e uma desconstrução dessas categorias, afirmando a indeterminação e a instabilidade de todas as identidades sexuadas e "generificadas".

1.2.2 Segunda geração: Estudos feministas e críticos da deficiência

*Then what have I got
Why am I alive anyway?
What have I got
Nobody can take away*

*I got my hair, got my head
Got my brains, got my ears
Got my eyes, got my nose
Got my mouth
I got my
I got myself*

*I got my arms, got my hands
Got my fingers, got my legs
Got my feet, got my toes
Got my liver
Got my blood*

*I've got life
I've got lives*

*I've got headaches, and toothaches
And bad times too like you*

*I got my hair, got my head
Got my brains, got my ears
Got my eyes, got my nose
Got my mouth
I got my smile*

*I got my tongue, got my chin
Got my neck, got my boobs
Got my heart, got my soul
Got my back
I got my sex*

*I've got life
I've got my freedom
I've got life*

Nina Simone (1968)¹⁰

Durante quase duas décadas, o princípio da independência se manteve como um valor ético para o modelo social, livre de críticas. Duas afirmações da primeira geração estavam consolidadas: 1] as desvantagens resultavam mais diretamente das barreiras que das lesões e 2] com a retirada das barreiras (sociais, arquitetônicas e de transporte), as pessoas

¹⁰ Nina Simone, nome artístico de Eunice Kathleen Waymon (1933-2003), foi pianista, cantora, compositora e ativista pelos direitos civis dos negros norte-americanos. A música *Ain't No Power (Where's My Power)* do disco *Nuff Said* de 1968 é considerada um símbolo de luta.

com deficiência seriam independentes e o agente responsável por impedir que essas pessoas experimentem a independência era a organização social capitalista (DINIZ, 2007).

Ressalta-se que os primeiros teóricos do modelo social eram em maioria homens, com lesão medular e que rejeitavam não somente a abordagem médica, mas também qualquer visão caritativa da deficiência (THOMAS, 1999b). Temas como o cuidado ou os benefícios compensatórios não estavam nas discussões, uma vez que se pressupunha que a pessoa com deficiência teria um potencial produtivo igual ao potencial daquelas sem deficiência, sendo apenas necessária a retirada das barreiras para o desenvolvimento de suas capacidades (DINIZ, 2007).

Todavia, havia um paradoxo nessa abordagem e foram as teóricas feministas as primeiras a apontá-lo: se de um lado havia a crítica ao capitalismo e a tipificação do sujeito produtivo como não deficiente, de outro a luta política tinha por objetivo a retirada das barreiras e consequente inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, o que não implicaria, de fato, em uma crítica contundente aos alicerces morais referentes à organização social acerca do trabalho e da independência (Diniz, 2007:58).

Segundo Bê (2012), na medida em que crescia a importância do movimento das pessoas com deficiência ao longo das últimas décadas do século XX, as contribuições de ativistas e acadêmicos interessados tanto no feminismo quanto na deficiência foram tomando forma. Na década de 1980, várias publicações importantes evidenciaram as experiências vividas pelas mulheres com deficiência, como os trabalhos de Deegan e Brooks (1985), Fine e Asch (1988), Driedger (1989) e Morris (1989). A maioria dessas publicações concentrou em trazer à tona as questões que mais afetavam as mulheres com deficiência, com a apresentação de estudos de caso e estatísticas que mostravam que as mulheres com deficiência estavam frequentemente em desvantagem em relação aos homens com deficiência e às mulheres sem deficiência, e que suas questões e experiências específicas permaneciam invisíveis (BÊ, 2012). Da mesma forma, elas chamaram nossa atenção ao fato de que as mulheres com deficiência tinham dificuldade de ter seus pontos de vista reconhecidos -tanto no movimento das mulheres quanto no movimento das pessoas com deficiência (DEEGAN; BROOKS, 1985; FINE; ASCH, 1988).

A década de 1990 foi crucial para o movimento das pessoas com deficiência, com uma série de conquistas de direitos alcançados em vários países, e também o surgimento de trabalhos influentes nos estudos sobre a deficiência. Foi também nessa década que houve um crescimento repentino no número de publicações de feministas nesses estudos e, conseqüentemente, a amplificação dos debates e contribuições para a área. As escritoras feministas acharam importante manter o foco nas vidas das mulheres com deficiência trazendo suas histórias experienciais à tona, como Thomas (1999) e Morris (1993). Bê (2012) ressalta que à medida que surgiram mais estudos e lentes de análise, as feministas com deficiência foram melhor equipadas para teorizar as diferentes dimensões da vida social em novos e sofisticados modelos emancipatórios.

A entrada de abordagens pós-modernas e de críticas feministas, nos anos 1990 e 2000, definiu a segunda geração de teóricos do modelo social (DINIZ, 2007). Para as teóricas feministas, o *princípio de igualdade pela independência* era baseado nos valores masculinos que destacavam a produtividade, a saúde e a força como quesitos indispensáveis para a formação de um cidadão integral e autônomo. Seus questionamentos abordavam além dos temas já citados, a eufemização da dor, das vulnerabilidades e das diferenças corporais nos discursos militantes até então. O modelo social da deficiência, para as teóricas feministas, foi constituído à revelia das questões referentes à esfera privada, de suma importância para uma definição multidimensional da deficiência, até mesmo na esfera pública (BARRETO, 2016). Assim, afirmaram que a emergência e fortalecimento de um questionamento cultural e sociopolítico da suposta normalidade, adequado o suficiente para confrontar as condições estruturais que impossibilitam “os horizontes de inclusão social, é tanto um desafio epistemológico quanto político” (MORAES *et al.*, 2018, p. 2).

Outro problema identificado pelas teóricas feministas foi a falta de abrangência do modelo social sobre as pessoas que possuem formas particulares de deficiência, ou diferenças patológicas, cujas experiências e necessidades não se encaixavam ou eram sub-representadas pelo modelo social - por exemplo, pessoas com dificuldades de aprendizagem, surdez ou "doença" mental (THOMAS, 1999b). Esses limites foram apontados pelas teóricas feministas, as quais argumentaram que a fraqueza inerente ao modelo social serviu para marginalizar ou excluir as experiências de determinados grupos de pessoas com deficiência com base no gênero, sexualidade, raça ou idade (ou a combinação destes). A aplicação do modelo se restringia aos homens / pessoas

heterossexuais / pessoas brancas / jovens que tenderam a construir os problemas e soluções restritas à sua própria imagem. Mas o que dizer de mulheres com deficiência? Dos homens gays com deficiência, lésbicas e bissexuais? Pessoas com deficiência e negras ou de minorias étnicas? Idosos com deficiência ou crianças com deficiência (THOMAS, 1999b: 25)?

Nesse sentido, as teóricas feministas apontaram para a necessidade de considerar que muito mais do que a experiência de opressão pelo corpo com impedimentos, há a convergência de outras variáveis de desigualdade, como gênero, raça, orientação sexual ou idade (HUGHES; PATERSON, 1997). Ser uma mulher com deficiência ou ser uma mulher cuidadora de alguém com deficiência é uma experiência muito diferente daquela descrita pelos homens com lesão medular que fizeram parte da primeira geração. Para as teóricas feministas, esses homens eram membros da elite das pessoas com deficiência, e suas análises refletiam sua inserção por gênero e classe na sociedade (DINIZ, 2007).

Elas abordaram temas como o cuidado, a dor, a lesão, a dependência e a interdependência como cruciais à vida da pessoa com deficiência. Introduziram o debate sobre as restrições intelectuais, sobre a ambiguidade da identidade deficiente em caso de lesões não aparentes, trouxeram à tona a necessidade de se considerar a subjetividade do corpo com lesão, discutiram o significado da transcendência do corpo por meio da experiência da dor e assim forçaram uma discussão não apenas sobre a deficiência, mas sobre o significado de viver em corpo com impedimentos (DINIZ, 2007).

Para Garland-Thomson (2011), teórica dos estudos feministas sobre a deficiência – *Feminism Disability Studies* - os estudos sobre deficiência se beneficiam da teoria feminista, assim como a teoria feminista se enriquece com os estudos sobre a deficiência. Assim, como o feminismo expandiu o léxico do que era concebido como feminino e tem procurado entender e desestigmatizar a então posição de sujeito da mulher, os estudos sobre a deficiência examinaram a identidade da pessoa com deficiência com o intuito de integrar essas pessoas da forma mais completa na sociedade. Dessa forma, “ambos [os campos] são insurgências que estão se institucionalizando, sustentando apontamentos fora e dentro da academia. Uma teoria da deficiência feminista baseia-se nos pontos fortes de ambos” (GARLAND-THOMSON, 2011: 14).

E, assim como os homens da primeira geração, as teóricas feministas também tinham a autoridade da experiência do corpo com lesões, pois também tinham alguma deficiência. Todavia, de forma diferente deles, algumas teóricas sem deficiência reclamavam uma nova autoridade: as cuidadoras das pessoas com deficiência (DINIZ, 2007).

A escrita que surgiu através de um envolvimento com tais questões tem se erguido com base nos princípios feministas, pós-modernistas, pós-estruturais e sociais-construtivistas. O trabalho voltado para os estudos sobre a deficiência é particularmente importante, mas isso não deve ser confundido com um único conjunto de ideias: o pensamento feminista mais amplo se fragmentou em vários feminismos, cada um ligado a outras tradições teóricas (THOMAS, 1999b; 2001; 2002b).

Dessa forma, o próprio modelo social da deficiência entrou na linha de fogo: é muito limitado, exclusivo, inadequado, necessita de adaptação, transformação ou substituição? Um debate vigoroso está em andamento (THOMAS, 2002a). Na sequência, quatro questões de importância no intercâmbio de ideias são discutidas quanto à necessidade de teorização: o corpo com impedimentos, a cultura e a deficiência, o cuidado e a interseccionalidade.

1.2.2.1 O corpo com lesão

Uma questão sobre a qual as perspectivas materialistas, social-construtivistas e feministas dos estudos sobre a deficiência enfrentaram foi a relevância e a natureza da lesão (THOMAS, 1999b; 2001; 2002a; b). O modelo social da deficiência, como proposto por Oliver (1996), argumenta que a experiência pessoal de viver com uma lesão não se configura enquanto um tema relevante e que os propósitos intelectuais e políticos deveriam focar na compreensão e no combate às causas sociais da deficiência. Tais objetivos foram tão reforçados que as discussões sobre as necessidades específicas de um corpo com lesões foram vetadas (DINIZ, 2007). A percepção de que um corpo lesado poderia impor dor ou sofrimento se mostrava um prisma perigoso para a essencialização da deficiência. Prisma este considerado também pelas feministas ao começarem a levantar a necessidade de abordagem do corpo com lesão nos estudos com deficiência:

Se separarmos claramente a lesão da deficiência, podemos fazer campanha contra as barreiras e atitudes que tanto influenciam e incapacitam as nossas

vidas e oportunidades. Esta separação não justifica, no entanto, ignorar a experiência de nossos corpos, mesmo que as pressões para que isso aconteça sejam consideráveis porque nossos corpos são vistos como anormais, lamentáveis, como se retirassem o sentido de nossas vidas. Diante desse preconceito, é muito importante afirmar: não é a nossa anatomia que determina o nosso destino e a qualidade de nossas vidas, mas sim essas barreiras incapacitantes de "lá fora". [...] No entanto, quando tentei apontar a importância de considerar as reais experiências de nossos corpos, fui acusada de "não lidar com o mundo real" e de alimentar a piedade das pessoas sem deficiência sobre nós. Na verdade, eu me preocupo que, se começarmos a falar sobre os aspectos negativos de viver com lesões, as pessoas sem deficiência virem para nós e digam: "é isto, nós sempre soubemos que a vida de vocês não vale a pena ser vivida" (MORRIS, 2001: 9-10).

Dessa maneira, conforme apontado por Diniz (2007), a crítica aos fundamentos políticos que propuseram a separação radical entre lesão e deficiência não poderiam ser feitos sem a necessária cautela por parte das feministas comprometidas com os estudos sobre a deficiência. Hughes (2004) também salienta que o perigo dessas alegações é de serem vistas como concessões ao modelo médico da deficiência e, portanto, "ao arsenal intelectual dos opressores". Todavia, "as feministas preferiram admitir que algumas deficiências envolvem dor e sofrimento; e que é politicamente honesto e valioso falar sobre tais questões, em vez da visão referente ao *malestream* (ou simplesmente machista) de que a política pode ser reduzida a eliminar as barreiras" (HUGHES, 2004: 64).

Para Thomas (2002a), os argumentos voltados para imprescindibilidade de se considerar a lesão se dão por diferentes motivos. O primeiro deles foi feito pelas escritoras feministas Jenny Morris (1992; 1993; 1996) e Liz Crow (1996), as quais argumentaram que o modelo social da deficiência relegou a lesão à esfera do domínio "privado e pessoal"; e isso é um reflexo nos estudos sobre a deficiência da separação patriarcal entre o pessoal/privado e o público/social (THOMAS, 2001; 2002a).

Isso seria um tanto problemático para Morris (1996) porque a maneira como foi politizada a experiência da deficiência - totalmente como não corpórea - não deixou brechas para a fala de como é vivenciar um corpo com lesões, já que havia uma grande pressão para a concentração somente nas barreiras sociais. Para a autora, as pessoas com deficiência têm pouca oportunidade de retratar as próprias experiências dentro da cultura geral ou dentro dos próprios movimentos políticos. "Nossa experiência é isolada, individualizada; as definições que a sociedade tem de nós são feitas pelos julgamentos das pessoas sem deficiência, a respeito do que a deficiência significa para elas" (MORRIS, 1993, p. 59).

O apelo da referida autora foi para que essas experiências fossem ouvidas, reconhecidas e compartilhadas tanto pelos estudos sobre a deficiência quanto nas políticas para este público, dando vida à máxima feminista “pessoal é político”: “A experiência de preconceito vivenciada pelas pessoas com deficiência deve ser política – e um espaço deve ser criado para esse sujeito abjeto¹¹ da mesma forma que a pesquisa feminista tem feito para as mulheres sem deficiência” (MORRIS, 1993: 64).

Dessa forma, segundo Hughes (2004), para teóricas do *Feminism Disability Studies* a consideração lógica de que a lesão é uma questão individual, que “sugere designá-la a um domínio de neutralidade política, em que a medicina é o mentor natural, é falsa. Se alguém tem que conviver com o impedimento corporal e com a deficiência, ambos contribuem para a experiência da deficiência em um nível pessoal” (HUGHES, 2004, p. 64). A autora salienta que as feministas acusaram as propostas do modelo social de não considerarem todo o domínio do “pessoal e experiencial” (THOMAS, 2001), incluindo o que Morris (1992) chamou de “a experiência em seus próprios corpos” (HUGHES, 2004: 64)

Havia também a questão se a lesão pode ou não ser considerada uma causa da deficiência. Para o modelo social, a causa da deficiência está relacionada de forma inequívoca às formas de organização social (HUGHES, 2004). A fim de abordar esse problema de causalidade, Carol Thomas (1999: 43) propôs o conceito de 'efeitos dos impedimentos corporais', por meio do qual abordava as “restrições de atividade que estão associadas a ter um impedimento corporal, mas que não são deficiências”, uma vez que não estão associadas às relações desiguais de poder entre as pessoas com e sem deficiência. Ela também deixa claro que os efeitos da deficiência não devem ser naturalizados ou tratados como fenômenos “biológicos” pré-sociais.

Eu argumentaria que é perfeitamente possível fazer simultaneamente uma distinção conceitual entre os impedimentos corporais e a deficiência, re-conceitualizar esta última como uma forma de opressão social, entender que as variações corporais - classificadas como lesões - são materialmente moldadas pela interação de fatores e processos sociais e biológicos, e considerar que a deficiência é uma categoria culturalmente construída que existe em determinados tempos e lugares (THOMAS, 1999, p. 141)

¹¹ Segundo Salih (2012), o abjeto se refere àquilo que é rejeitado e expelido pelo – e do – sujeito. A causa dessa rejeição está associada ao que perturba a identidade, o sistema, a ordem. Aquilo que não respeita os limites, as posições demarcadas, as regras, e por ser assim, é ambíguo, entremeado, misturado. Neste caso, o sujeito com deficiência seria abjeto frente àqueles sem deficiência.

O segundo argumento para a consideração do corpo com lesões nos estudos sobre a deficiência foi feito pelas feministas construtivistas (THOMAS, 2002a). Uma segunda variante nesta linha de argumento é a discussão de feministas construtivistas que a distinção entre deficiência (como social) e comprometimento (como biológico, do corpo) é um produto do modernismo, do pensamento "essencialista" e dualista (PRICE; SHILDRICK, 1998; SHILDRICK, 2012; SHILDRICK; PRICE, 1996). Para Shildrick e Price (1996), os intelectuais da primeira geração fizeram a seguinte separação:

A lesão seria algo a ser "gerenciado" e a discriminação deveria ser "contraposta". O sujeito com deficiência, desencarnado, é livre para lutar contra a opressão, enquanto o corpo material e com lesão é privado para ser "gerenciado" em (e para) o silêncio. O que isso transparece é a divisão clássica e hierárquica entre mente e corpo, onde o corpo é simplesmente estável, biológico, matéria-prima (SHILDRICK; PRICE, 1996: 97-98).

Em contraste, as autoras percebem tanto o *self*, quanto o corpo e a deficiência, não como construções sociais, mas sim como categorias sociais construídas discursivamente. A abordagem feminista pós-moderna e pós-estruturalista é marcada pela insistência em um *self* corporificado e Shildrick e Price (1996) ressaltam que não há um *corpus* biológico essencial, neutro, sobre a qual o significado foi inscrito e que não há um acesso direto ao corpo que não seja mediado antes pelo discurso.

Salientamos que o proposto pelas feministas não é a desmaterialização do corpo ou a recusa da implicação fenomenológica da experiência corporal de uma lesão, mas sim a consideração de que essa materialidade é o resultado de um processo discursivo que Foucault (1980) chama de poder do conhecimento. Foucault (1980) aponta que a medicina se constituiu como uma armadura científica sólida, mas que está igualmente imersa nas estruturas sociais, construindo no seu discurso uma inédita relação entre o político e o biológico. Nesse sentido, o dispositivo biomédico é passível de ser interpretado como uma expressão particular da tecnologia do poder moderno constituída pelo conhecimento científico. Segundo Martins (2015), Foucault (1980; 2014) atribuiu uma importância central ao corpo e ao conhecimento médico devido a sua consideração de que as formas de poder e enquadramento de normalidade que compõem o saber biomédico é uma expressão da etnociência ocidental propícia, de forma particular, a "produzir" a realidade (MARTINS, 2015).

No caso do corpo com lesão, a biomedicina moderna ofereceria somente um modo de perceber a materialidade da deficiência ou da deficiência como materialidade. A naturalização da deficiência enquanto uma condição com implicações no corpo físico seria um processo com um fechamento de sentido. Para Martins (2015), esse fechamento é desafiado de forma pungente por perspectivas que nos mostram que as diversas condições daquilo que chamamos de deficiência podem ser diferentemente entendidas sem abordarmos a dicotomia normal/patológico, como em outros momentos históricos e espaços culturais em que as leituras do corpo não estavam sob o ponto de vista biomédico¹².

Shildrick (2012) sugere a abordagem pós-modernista de Judith Butler (1993; 2017) para análise e compreensão da deficiência. A autora chama de *Critical Disability Studies* (CDS) o ímpeto teórico de questionamentos a respeito da natureza da deficiência, do corpo, da identidade e de toda a agenda de temas que afetam a vida dessas pessoas, as quais, em sua opinião, já estão no cerne do modelo social da deficiência. E o propósito de Shildrick (2012) é acolher o que foi apontado por Judith Butler (1993) em relação à teoria crítica: manter vivo o próprio processo, questioná-lo e gerar um novo potencial de análise.

É impressionante, para Shildrick (2012), que a continuidade da exclusão discursiva e material da deficiência permaneça apesar das políticas voltadas para as pessoas com deficiência. Ser percebido como um corpo diferente ainda é ocupar um lugar definido como excepcional, fora dos limites da normalidade, em vez de simplesmente ser considerado como uma parte de uma multiplicidade de possibilidades. A autora ressalta que, ao invés de simplesmente continuar explorando como isso acontece, devemos tentar entender o porquê – aquilo que é subjacente e motiva o movimento excludente.

A minha afirmação é que as pessoas com deficiência continuam a ser alvo de discriminação generalizada, opressão e alienação, não tanto por suas diferenças (tanto visíveis quanto ocultas), mas porque a sua *performance* coloca à nu o imaginário psicossocial que sustenta entendimentos modernistas do que é ser propriamente humano. Talvez a própria noção de "propriamente humano" deva ser suspensa, pois essa designação é cada vez mais contestada na era da pós-modernidade. No entanto, há a

¹²Diferentes visões sobre a deficiência podem ser encontradas na obra *A History of Disability* de Henri-Jaques Stiker (1999).

influência duradoura dos logotipos modernistas; notamos que os atributos valorizados da personalidade são autonomia, agência - que inclui uma compreensão da racionalidade e controle sobre o próprio corpo - e uma clara distinção entre si e outro. Claramente então, qualquer comprometimento de ordem mental ou física, qualquer indicação de interdependência e conectividade material, são motivos - para a maioria normativa - de uma ansiedade profunda. A consequência, em efeitos substantivos no cotidiano daqueles que são corporalmente anormais, é que a diferença é percebida e mantida como alheia, rejeitada e desvalorizada por aqueles que são capazes de se alinhar com os padrões ilusórios do imaginário psicossocial (SHILDRICK, 2012, p. 32, tradução livre).

Conforme apontado por Martins (2015), a perspectiva de Butler (1993) mostra-se instrutiva para uma leitura contextual da diversidade corporal, uma vez que se distancia de um idealismo assintomático e reconhece a materialidade dos corpos, ao mesmo tempo em que apresenta a concepção de que essa materialidade nos é sempre dada dentro de formações discursivas – constrangimentos constitutivos. Do mesmo modo, é importante abordar a relação estabelecida entre os processos de materialização e as relações de dominação, as quais são constantemente atualizadas nas reiteradas demarcações com que as materialidades se identificam, reconhecem e nomeiam.

A proposta de Butler (1993) ajuda a reconfigurar a convicção de deficiência sedimentada pela razão moderna, imersa na hegemonia da normalidade. O apontamento de que a deficiência foi biologicamente materializada demonstra suma importância. Tal como a negação da distinção entre o sexo e o gênero surge contra a concepção da existência de um sexo puro antes da significação, dado que quando falamos desse sexo o fazemos sempre por referência a algum código de inteligibilidade, também a busca dos termos em que a deficiência foi definida nos faz questionar sobre qual versão de materialidade a modernidade nos oferece acerca da deficiência. Nesse sentido, o fato da deficiência prevalecer nas representações culturais dominantes enquanto uma forma particular de patologia e um desvio em relação a um padrão de normalidade, não constitui uma invenção cultural que emerge sobre uma pura materialidade de uma lesão, mas sim, resultado do itinerário de onde essa materialidade foi constituída como dominante para a modernidade ocidental (MARTINS, 2015).

Para Martins (2007), analisar a deficiência como um produto das formações de poder/conhecimento caracteristicamente modernas, nos ajuda a compreender, conforme

apontado por Butler, como certas construções remetem os corpos para as ontologias e esquemas de inteligibilidade existentes. Com isso, apreende-se que são lesadas, de fato, as possibilidades para os sujeitos com diferenças corporais, as quais os limitam, de moverem de outro modo nos contextos de valores e de relações. Em outras palavras, trata-se de perceber em que medida a objetificação da deficiência contribui “para a invisibilização dos estigmas culturais que decorrem dessa mesma objetificação, e para que se mantenham intocadas as formas vigentes de hierarquização cultural” (Martins, 2015: 270).

Nos anos 1980, quando Butler ingressou no campo teórico e filosófico, a teoria feminista começava a questionar a categoria “sujeito feminino” como uma entidade estável e evidente. Influenciada por Foucault, rejeitava a ideia de que o “sexo” era – como até então se acreditava – uma entidade biologicamente determinada, utilizando, em vez disso, as formulações do autor sobre os modos pelos quais o sexo e a sexualidade são discursivamente construídos ao longo do tempo e das culturas para desenvolver outra visão (Salih, 2012).

A teoria *queer* proposta por Butler, segundo Miskolci (2014), é um rótulo que busca abarcar um amplo conjunto de reflexões sobre a heterossexualidade como um regime político-social que regula nossas vidas. São regulações sexuais e de gênero socialmente impostas que criam e mantêm desigualdades de toda ordem, em especial com menor reconhecimento político e de direitos daquelas pessoas cuja sexualidade e/ou o gênero estão em desacordo com as normas sociais. Em outras palavras, para Miskolci (2014), as reflexões *queer* afirmam que a ordem política e cultural da heterossexualidade compulsória garante os privilégios políticos, culturais e até econômicos daqueles/as que vivem dentro de suas prescrições.

Compreende-se, assim, como o uso do termo *queer* para denominar uma linha de pensamento e de pesquisa foi um ato político de resignificação da injúria. Autodenominar-se *queer* era fazer de um termo negativo e que deveria causar vergonha uma forma de combate às forças normalizadoras cujo intuito de exclusão e até mesmo eliminação de dissidentes sexuais e de gênero era patente. Os estudos *queer* têm se caracterizado por criarem conhecimento por meio do abjeto, do que a sociedade considera como ameaçando sua visão idealizada sobre si própria.

Nesse sentido, o abjeto vai além da sua definição psicanalítica como a esfera do que causa náusea e nojo e alcança a de um espaço-condição que problematiza versões idealizadas que se instituíram como o que a maior parte da teoria social ainda compreende como sociedade. Em suma, a teoria *queer* provê ferramentas conceituais e teóricas para desconstruir ontologias do social e da cultura construídas em uma perspectiva masculinista, heterossexual e normativa. Há ao menos duas características dos estudos *queer* que permitem compreender seu poder analítico: o método desconstrutivista e a problematização do sujeito. Enquanto as ciências sociais, em seu intuito de desnaturalizar o social, têm tido como marca – nas últimas décadas - formas variadas de construtivismo social e histórico, o pensamento *queer* aposta na desconstrução como meio mais afeito a esse mesmo empreendimento (MISKOLCI, 2014).

McRuer (2006), Mello e Nuernberg (2012) apontam para as convergências de análise entre a teoria de Judith Butler a respeito da performatividade *queer* e do corpo com deficiência. Para os autores, a deficiência também está circunscrita em um sistema de classificações e produções de sujeitos dentro de um padrão concebido de normalidade, que demarca as fronteiras e os contornos, marcando as relações de assimetria e desigualdade. Dessa forma, os corpos com deficiência também podem ser considerados corpos *queer* e fazem parte do espectro de corporeidades abjetas que ferem a ordem social e demarcam os limites entre o sagrado e profano (HUGHES, 2009).

O impacto causado pela teoria *queer* também se refletiu nos estudos sobre deficiência, contribuindo para a emergência da teoria *crip* (MCRUER, 2006). Segundo Mello (2014), a tradução do termo *crip* para a categoria de aleijado em português é uma forma de dar o mesmo sentido da palavra em inglês, revelando a zona de abjeção reservada às pessoas com deficiência no Brasil. Do mesmo modo como ocorre com o termo *queer*, a terminologia *crip*, tal como o seu equivalente em português, tem uma conotação assumidamente agressiva, pejorativa e subversiva, a fim de marcar o compromisso *crip* em desenvolver uma análise da normalização do corpo. E, enquanto o principal enunciado da teoria *queer* reivindica que a sociedade contemporânea é regida pela heteronormatividade, na teoria *crip*, a máxima se sustenta pela evidência da corponormatividade de nossa estrutura social pouco sensível à diversidade corporal.

Nesse sentido, a teoria *queer* e a teoria *crip* têm como axioma, respectivamente, a ideia de que as categorias binárias heterossexualidade/homossexualidade e

capacidade/deficiência são históricas e socialmente construídas. O termo usado por McRuer (2002) é *compulsory able-bodiedness*. A tradução em português de *able-bodied* é apto, em referência à condição de um corpo apto e fisicamente capaz para o serviço militar, por exemplo. Mello (2014) adotou a tradução de corpos capazes, ao invés de corpos aptos. Para a autora, essa distinção etimológica é necessária para o acionamento da categoria “capacitismo, materializada através de atitudes preconceituosas que hierarquizam sujeitos em função da adequação de seus corpos a um ideal de beleza e capacidade funcional. Com base no capacitismo discriminam-se pessoas com deficiência” (MELLO, 2014, p. 54-55).

Nesse sentido, Mello (2014) propôs a adoção no Brasil, como houve anteriormente em Portugal, da tradução do termo *ableism* para capacitismo por duas razões: a demanda urgente para dar visibilidade social e política à forma distinta de opressão contra as pessoas com deficiência; e o próprio postulado da *teoria crip*, referente a desconstruir as barreiras entre pessoas com e sem deficiência, explorando os meandros da corponormatividade presente na estrutura social “ao dar nome a um tipo de discriminação que se materializa na forma de mecanismos de interdição e de controle biopolítico de corpos com base na premissa da (in)capacidade, ou seja, no que as pessoas com deficiência podem ou não fazer” (MELLO, 2014, p.55). Todavia, Anahí Mello (2014) ressalta que a tradução proposta para a língua portuguesa deriva somente do inglês *ableism*, etimologicamente distinta de *disablism*, “embora ambas as palavras se refiram à ‘discriminação por motivo de deficiência’: esta significa ‘deficientismo’; aquela, ‘capacitismo’¹³ (p.55). Dessa forma, Mello (2014) diz:

¹³ Mello (2014) descreve os apontamentos feitos por Romeu Sasaki a respeito dos termos *ableism* e *disablism* e suas possíveis traduções: “Na língua inglesa, as palavras *ableism* e *disablism* surgiram há muitas décadas, no tempo em que as terminologias designavam pessoas com deficiência como “os deficientes” e as pessoas sem deficiência como “os normais”; só mais tarde designadas, respectivamente, “as pessoas deficientes” e “as pessoas normais”. As palavras *ableism* e *disablism* foram construídas com os seguintes componentes: *able* (o capaz) ou *disabled* (o incapaz) e o sufixo *ism* (doutrina, sistema, teoria, tendência, corrente etc., com sentido pejorativo). Portanto, a tradução dessas duas palavras para a língua portuguesa brasileira deveria seguir as terminologias da época, resultando em: *ableism* = capacitismo; *disablism* = deficientismo. Hoje, na era do termo “pessoas com deficiência”, fica complicado traduzir aquelas palavras tão antigas. [...] Mas, a diferença entre estas duas palavras está no foco apontado por quem pratica a tal discriminação, a saber: 1) O *ableism* (ou *ablism*) está focalizado nas supostas *capacidades das pessoas sem deficiência* como referência para mostrar as supostas *limitações das pessoas com deficiência*. No *ableism*, a ênfase é colocada nas supostas *pessoas capazes*, as quais constituem a maioria da população e são supostamente consideradas *normais*; e 2) Inversamente, o *disablism* está focalizado nas supostas *limitações das pessoas com deficiência* como referência para mostrar as supostas *capacidades das pessoas sem deficiência*. No *disablism*, a ênfase é colocada na suposta *anormalidade* das pessoas com deficiência, as quais constituem uma minoria populacional” (Sasaki, comunicação pessoal, citado por Mello, 2014: 55-56).

Acredito que *able* de *ableism* seja a palavra mais apropriada por ter a capacidade de neutralizar a palavra "capaz", no sentido de *positividade* da deficiência, do mesmo modo que racismo vem de raça e sexismo, de sexo. [...] Capacitismo pode até ser uma categoria insuficiente na língua portuguesa, mas é justamente a *capacidade de ser e fazer* que é reiteradamente negada às pessoas com deficiência em diversas esferas da vida social. Por isso, para efeitos práticos, proponho a sua adoção nos movimentos sociais, nas produções acadêmicas e em documentos oficiais e políticas públicas (MELLO, 2014, p. 56, grifos da autora).

Judith Butler em um vídeo com Sunaura Taylor chamado *Examined Life* (2010) afirma que os movimentos de gênero e deficiência convergem de diferentes maneiras, e igualmente nos fazem questionar sobre o que um corpo pode fazer. Mas ao pensar sobre isso devemos ignorar a ideia de uma morfologia ideal, de como um corpo idealmente deveria ser, ou mesmo se mover. Para a autora, pessoas que não se manifestam de acordo com os padrões determinados de masculinidade ou feminilidade, ou aquelas que não fazem um uso esperado das funções e partes de seus corpos, tem a sua humanidade questionada. Mas o que deve estar em jogo, tanto para o gênero, quanto para a deficiência, é a consideração do humano em uma posição de interdependência.

Butler (2018) sugere que repensemos a relação entre o corpo humano e a infraestrutura de maneira que seja possível colocar em questão a autonomia e a autossuficiência do corpo humano imaginado de forma singular. Procura-se conceber o corpo humano com um certo grau de dependência da infraestrutura, entendida de forma complexa como ambiente, relações sociais e redes de apoio e sustentação que atravessam as linhas que separam o humano, o animal e o técnico. A autora aponta que ainda que haja o entendimento e enumerar as necessidades do corpo em nome das quais as pessoas travam lutas políticas, estamos afirmando que a luta política não cessa ao alcançar seus objetivos. A luta é para que os “corpos floresçam e se tornem visíveis” (BUTLER, 2018, p. 147).

Não vamos às ruas, portanto, exclusiva ou primariamente como sujeitos portadores de direitos abstratos. Vamos às ruas porque precisamos andar ou nos mover nas ruas. Precisamos que as ruas sejam construídas de modo que, não importa se estamos ou não em uma cadeira de rodas, por exemplo, possamos nos mover e passar por esse espaço sem obstrução, assédio, detenção administrativa ou medo de injúrias ou morte. Se estamos nas ruas é porque somos corpos que exigem formas públicas de apoio para se sustentar e se mover, bem como para viver uma vida que importe (acredito que a afirmação abrangente dos estudos sobre deficiência - de que todos os corpos precisam de apoio para se mover - tem implicações quando se pensa sobre o que apoia as mobilizações públicas e, em particular, o que apoia as mobilizações por financiamento público de infraestrutura) (BUTLER, 2017, p. 151-152).

Dessa forma, Butler (2017) afirma que a mobilidade é em si mesma um direito do corpo, mas é também uma pré-condição para o exercício de outros direitos, incluindo o próprio

direito de assembleia¹⁴ nas ruas. E justamente porque os corpos são formados e sustentados em relação a apoios de infraestrutura (ou a ausência) e redes sociais e tecnológicas ou teias de relações, não podemos retirar o corpo destas relações que o constituem – e essas relações são sempre singulares, tanto econômica quanto historicamente. Em relação às pessoas com deficiência e a sua presença nas ruas, a autora aponta que é

[...] direito das pessoas com deficiência de andar, de ter pavimentos e máquinas que tornem esse movimento possível. Esses direitos deveriam ser comuns e ordinários e algumas vezes não são. Mas outras vezes caminhar nas ruas, exercer essa pequena liberdade, representa um desafio a um determinado regime, uma ruptura performativa menor representada por um tipo de gesto que é ao mesmo tempo um movimento naquele sentido duplo, corporal e político (p.152).

Nesse sentido, Butler (2017) aponta que os corpos com deficiência estão em uma situação de vulnerabilidade e ressalta que dizer que determinado corpo é vulnerável é dizer que ele é vulnerável à economia e à história. A autora ressalta que a vulnerabilidade sempre toma um objeto e é sempre formada e vivida em relação ao conjunto de condições externas, mas, ainda assim, parte do corpo em si mesmo. Haveria assim, uma relação estática entre o corpo e as condições de apoio que tem ou demanda, o que implicaria em dizer que o corpo jamais existe em um modo ontológico distinto de sua situação histórica. Dessa forma, sob determinados regimes de poder, “alguns grupos são mais visados mais prontamente que outros, alguns sofrem mais a pobreza que outros, alguns são mais expostos à violência policial que outros” (BUTLER, 2017, p. 153).

Nessa esteira, Shildrick (2012) ressalta que todos nós - independentemente da nossa própria morfologia individual - somos participantes do imaginário sociocultural que molda genericamente as atitudes cotidianas e os valores - e todos nós temos a responsabilidade de questioná-los. Para a autora, o feminismo, os estudos pós-coloniais e *queer* nos ajudaram a repensar e, portanto, a agir de forma diferente e ela acredita que o *critical disability studies* (CDS) podem continuar nesse mesmo caminho. Nesse sentido,

¹⁴ Butler (2017) argumenta que as assembleias populares se formam inesperadamente e se dissolvem sob condições voluntárias ou involuntárias e que essa transitoriedade está relacionada a sua função crítica. Um ponto relevante é que importa que os corpos se reúnam em assembleia e que os significados transmitidos pelas manifestações sejam não somente aqueles transmitidos pelo discurso, escrito ou falado. As formas de assembleia já têm significado antes e apesar de qualquer reivindicação particular que façam. E “que essas formas de performatividade corporificada e plural são componentes importantes de qualquer entendimento sobre ‘o povo’, mesmo que sejam parciais. [...] [aqueles] que são impedidos de fazer uma aparição corpórea específica em um espaço público, [...] nos leva a reconsiderar as formas restritivas por meio das quais a ‘esfera pública’ vem sendo acriticamente proposta por aqueles que assumem o acesso pleno e os plenos direitos de aparecimento em uma plataforma designada” (Butler, 2017: 14).

a chave para as novas abordagens da deficiência é a crítica, não com o intuito de apagar as certezas anteriores, mas sim como uma proposta arrojada e arriscada, que sujeita todas as convenções para análises potencialmente disruptivas. Shildrick (2012) salienta o papel da academia afirmando que longe de se tratar de um movimento acadêmico vazio, esse movimento teórico reconhece que, certos corpos –“corpos monstruosos” e corpos com deficiência - demonstram claramente a inadequação dos modelos convencionais de um eu corporificado autossuficiente e com total controle, e que o questionamento desses modelos tem por fim uma grande responsabilidade ética:

Se quisermos ter um encontro ético responsável com a diferença corpórea, precisamos de uma estratégia de estranhar as normas de corporificação, um compromisso de desconstruir a aparente estabilidade de categorias distintas e delimitadas. Precisamos nos lembrar de que o eu corporificado é sempre vulnerável, e que os parâmetros normativos do sujeito incorporado foram definidos conforme o discurso modernista e baseiam-se em uma ilusão. Talvez se houvesse mais reconhecimento de que não existe um modo correto de corporificação e que todos os corpos são instáveis e vulneráveis, em vez de serem rotulados como deficientes, os corpos que estão mais longe dos padrões normativos seriam reavaliados simplesmente como diferentes. O caminho a seguir está longe de ser claro, mas minha esperança e expectativa é que, em seu compromisso com o aprofundamento dos quadros conceituais, o CDS comece a se envolver com o pensamento crítico que lança novos aspectos ontológicos, epistemológicos e, sobretudo, com questões éticas (SHILDRICK, 2012, p. 39).

De forma semelhante, os estudos sobre a deficiência de Hughes e Paterson (HUGHES, 2009; HUGHES; MCKIE; HOPKINS; WATSON, 2017; HUGHES; PATERSON, 1997; PATERSON; HUGHES, 2000) apresentam um terceiro argumento para a consideração do corpo e da lesão. Os autores ressaltam a expressiva convergência entre a biomedicina e o modelo social da deficiência em relação ao corpo: ambos o tratam como algo pré-social, inerte, discreto, palpável e separado do *self*. Apesar de agora a separação entre a lesão e a deficiência ser somente uma convenção semântica, no modelo social ainda permanece a concepção tradicional e cartesiana. Para eles, a solução para uma nova abordagem da deficiência está em uma sociologia futura da deficiência, a qual esteja ancorada nas perspectivas fenomenológicas que enfatizem as experiências de viver com uma lesão.

A fenomenologia começa com a experiência ou a percepção do sujeito. O corpo com algum impedimento corporal não é um dado biológico ou um ponto de referência fundamental para quem o experimenta (HUGHES; PATERSON, 1997; HUGHES, 1999,

2000; PATERSON; HUGHES, 1999, 2000). De fato, “o corpo é a base material da experiência de todos. É - como dizem os fenomenologistas – ‘nosso ponto de vista sobre o mundo’. É o “lugar” em que vivemos e pelo qual somos reconhecidos” (HUGHES, 2004: 66). Mas também é um objeto sobre o qual podemos refletir.

Em todas essas corporificações, é social [o corpo]. É onde, porque e quando de nossas atividades e experiências diárias. O corpo é o fundamento existencial do ego e da cultura. Dado este repertório social associado à nossa corporalidade, é justo afirmar que o impedimento corporal é social e a deficiência é corporificada. O capacitismo torna o mundo estranho a corpos com deficiência e, portanto, simultaneamente produz o impedimento corporal como um tipo particular de experiência; um que é frequentemente - em um mundo dominado por corpos não deficientes - excludente, restritivo, discriminatório e opressivo (HUGHES, 2004: 66).

A afirmação dos fenomenologistas dos estudos críticos da deficiência de que o impedimento corporal é social e que a deficiência é corporificada vai em sentido oposto ao afirmado anteriormente pelos fenomenologistas do modelo sócio-médico da deficiência. Como abordamos na seção 1.1, referente à Sociologia Médica, os estudiosos do modelo sócio-médico, como Bury (1987), apontaram que o impedimento/lesão (*impairment*) seria qualquer “perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou estrutura anatômica ou função”; a deficiência (*disability*) seria “qualquer restrição ou falta de capacidade para realizar uma atividade dentro dos parâmetros considerados normais para um ser humano” e *handicap* a “desvantagem que limita ou impede o cumprimento de um papel que é normal (dependendo da idade, sexo e fatores sociais e culturais) para indivíduo” (BURY, 1987, p. 119). Ou seja: ao contrário das teóricas críticas feministas, o modelo socio-médico apontou que a lesão é orgânica, corpórea e individual; e a deficiência seria social.

Nós vivemos em um mundo que é caracterizado por uma hierarquia carnal. O corpo sem impedimentos corporais é privilegiado e favorecido. O corpo com impedimentos é julgado como incompetente e esse julgamento é frequentemente levado, como pressuposto central, por pessoas sem deficiência em seus encontros cotidianos com pessoas com deficiência (PATERSON; HUGHES, 1999). Esse tipo de argumento tenta ir além do modelo social porque localiza a opressão das pessoas com deficiência, não nas origens estruturais das barreiras objetivas, mas no mundo concreto da experiência vivida e do mundo cotidiano das relações sociais. O impedimento corporal não pode ser retirado do mosaico de dimensões que regulam e transformam os encontros cotidianos em experiências insatisfatórias para pessoas com deficiência. De fato, tais encontros obrigam

as pessoas com deficiência a refletir sobre seus corpos e sobre o modo como elas são percebidas como "aliens" (HUGHES, 2004: 66).

O mundo físico e social tem sido feito pela imagem e semelhança de pessoas sem deficiência. É um lar para seus corpos. Mesmo as normas e os códigos de movimento e de tempo que estruturam a comunicação cotidiana são informados e concebidos em um idioma baseado nas necessidades carnis e emocionais das pessoas sem deficiência (HUGHES, 2004, p. 67).

Embasaado nos estudos de Paterson e Hughes (1999), Imrie (2000) analisou as experiências vivenciadas pelas pessoas com deficiência em respeito à mobilidade urbana e discutiu sobre como o espaço público é criado tendo por referência somente um “corpo móvel”. O autor argumenta que mobilidade e movimento são fundamentais para a formação de identidades, experiências de vida e oportunidades para as pessoas, notadamente para aquelas cujos padrões de mobilidade e movimento são limitados por circunstâncias sociais ou situacionais mais amplas, sobre as quais elas têm pouco ou nenhum controle.

Os obstáculos e barreiras físicas são compostos por barreiras sociais, e as pessoas com deficiência experimentam em seu cotidiano combinações de violência, abuso verbal e reações hostis ou negativas em lugares públicos. Imrie (2000) salienta ainda que essas expressões de aversão social à presença pública de pessoas com deficiência são frequentes e acabam por desencorajá-las a se moverem por esses espaços. Para a maioria dessas pessoas a realidade diária é de imobilidade ou mobilidade restrita as quais contribuem para destacar somente seus impedimentos corporais e suas diferenças frente ao corpo que é considerado “normal”.

Imrie (2000) concorda com Paterson e Hughes (1999) ao dizer que essas experiências estão ligadas à dominação dos discursos médicos que são propagados por meio das concepções do que seria um corpo incapacitado e imóvel, ou de um corpo que está “funcionando mal” devido a uma perda de capacidade funcional. A deficiência seria concebida como encargo privado e não de responsabilidade pública. Por resultado, tem-se que o problema da imobilidade também é visto como pessoal e específico da pessoa que possui um impedimento corporal. Para o autor, isso se deve aos pressupostos políticos sobre mobilidade e movimento, que têm como premissa um sujeito universal e não incorporado, concebido como neutro, sem sexo, ou qualquer outra característica social ou biológica. O autor salienta que esse “corpo móvel” é idealizado com foco na

independência das funções corpóreas e de movimento, sem qualquer impedimento corporal, seja ele físico, sensorial ou cognitivo.

A hegemonia desse “corpo móvel” também é reforçada pelos discursos profissionais que procuram medir, caracterizar e compreender a deficiência através do movimento e mobilidade com base somente nas partes do corpo das pessoas com deficiência. Essas concepções percebem as pessoas com deficiência nem como doentes, nem como saudáveis, mas em um estado limiar, caracterizado por um movimento (potencial) de um estado corporal para outro (PATERSON; HUGHES, 1999). Para Imrie (2000), o objetivo subjacente a esta concepção é a correção do desvio ou corpo com impedimentos por meio da restauração do movimento das partes do corpo comprometidas para facilitar a falta de mobilidade, ou seja, a reabilitação individual com o intuito de restaurar a “pessoa por inteiro”. Essa hegemonia, ao ter por referência somente o “corpo móvel” se mostra completamente descontextualizada em um mundo composto por corpos com múltiplas diferenças, silencia e nega o reconhecimento destas diversidades e suas capacidades.

Ao considerar as três posições teóricas descritas por Hughes (2004) e abordadas nessa seção – feminismo, pós-estruturalismo e fenomenologia -, observamos que elas são diferentes em muitos aspectos, mas o que todas elas têm em comum é o fato de não tratar o impedimento corporal simplesmente como um estado biológico ou natural. Isso implica que o significado de deficiência e do corpo podem ser transformados de um problema médico individual para uma concepção passível de debate social e político. O modelo social, em sua origem, fez exatamente isso com conceito de deficiência e, embora o tenha feito marginalizando o debate sobre os impedimentos corpóreos, Hughes (2004) sugere que uma abordagem sociológica desses impedimentos amplia os princípios do modelo social para além de suas fronteiras originais, e, ao fazê-lo, consegue se fortalecer.

Em resposta a essas críticas, Mike Oliver (1996) reconheceu que uma sociologia do corpo com lesão pode muito bem constituir um novo campo de estudo, mas que essa área não compete aos estudos sobre a deficiência. Todavia, ressalta-se que nem todos os escritores materialistas da primeira geração do modelo social tiveram essa mesma posição. Thomas (2002) ressalta que Paul Abberley (1987; 1996) apontou veemente para a naturalização da lesão diante do rebaixamento de sua concepção para o domínio biológico, relegando-a ao poder do saber biomédico. No entanto, ao contrário dos pensadores construcionistas, Abberley (1987; 1996) fez um apelo para a importância da produção social e "real" das

lesões. O autor sublinhou que a deficiência é produzida através de uma miríade de processos sociais: como acidentes e lesões nos locais de trabalho, acidentes de transporte, erros médicos, medicamentos, guerras, violência doméstica, e assim por diante. Dessa forma, a deficiência seria tão social quanto é biológica. Com essa proposição, Abberley pontuou que os estudos sobre a deficiência deveriam abranger tanto o estudo da lesão quanto da deficiência (THOMAS, 2002a).

1.2.2.2 Cultura e deficiência

Escritores como Susan Wendell (1996), Tom Shakespeare (2006), Garland-Thompson (2011) e Shildrick (2012) argumentam que o modelo social de deficiência minimiza drasticamente a importância dos processos e discursos culturais na produção da deficiência e do capacitismo. Para esses autores, o materialismo coloca erroneamente a cultura em um lugar de pouco significado, secundário e determinado pela esfera econômica - como parte de uma superestrutura ideológica (THOMAS, 2002a).

Em contraste, esses autores consideram que a cultura desempenha um papel fulcral na construção (ou na não construção) da deficiência. Para Wendell (1996), escritora feminista pós-estruturalista, o poder da cultura para construir uma deficiência é revelado quando nós consideramos as diferenças corporais - desvios da concepção social do que seja um corpo "normal" ou aceitável - que, embora eles causem pouca ou nenhuma perda de funcionalidade ou dificuldade física para a pessoa que os possui, são inscritos de forma relevante para as deficiências determinadas socialmente.

Segundo Wendell (1996), as atribuições culturais, ao desconsiderarem as reais experiências vivenciadas da deficiência, reforçam os estereótipos culturais, a estigmatização das lesões físicas, sensoriais e mentais e outras diferenças, assim como a exclusão de pessoas com deficiência dos significados culturais de atividades que não podem ou que supostamente não deveriam participar. A falta de representações culturais realistas de experiências de deficiência, para a autora, fortalece a suposição de que a vida daquelas pessoas com deficiência é inconcebível para aquelas outras sem deficiência e reafirma os estereótipos de que as pessoas com deficiência são dependentes, super-humanas, heroicas e assexuadas.

Para Garland-Thomson (1997), em um primeiro encontro com outra pessoa, uma enorme quantidade de informação deve ser organizada e interpretada simultaneamente pelos participantes, os quais sondam o explícito pelo implícito, determinam o que é significativo para propósitos específicos e preparam uma resposta que é guiada por muitas sugestões. Quando uma pessoa tem uma deficiência visível, no entanto, ela quase sempre domina e distorce o processo normativo classificatório das percepções, o qual forma uma reação. A interação é geralmente tensa porque a pessoa não deficiente pode sentir medo, pena, fascinação, repulsa ou apenas surpresa, mas nenhuma delas pode ser demonstrada segundo o protocolo social. Além da desconfortável dissonância entre a reação experimentada e expressa, a pessoa sem deficiência frequentemente não sabe como se portar em relação àquela com deficiência: como ou se deve oferecer alguma assistência; se deve reconhecer a deficiência; quais palavras, gestos ou expectativas usar ou evitar.

Dessa forma, para Garland-Thomson (1997), talvez a mais corrosiva suposição para as possíveis e contínuas relações seja a recorrente hipótese do processo normativo classificatório de que “uma deficiência exclui a consideração de outras qualidades, reduzindo a complexidade de uma pessoa a um único atributo” (GARLAND-THOMSON, 1997, p.12).

É ressaltado por Garland-Thomson (1997) que embora só recentemente a agenda feminista explore como a diferença e a identidade operam a partir de construções politizadas como gênero, raça e a sexualidade, a teoria crítica cultural e literária geralmente negligenciam as percepções relacionadas à alteridade corpórea considerada enquanto "monstruosidade", "mutilação", "deformação", "incapacidade" ou "incapacidade física". No entanto, para a autora, a imagem fisicamente extraordinária que esses termos descrevem é tão essencial para o projeto cultural de autoformação americana quanto para a variada multidão de figuras de diversidade sexual, racial, étnica e sexual que sustentam a norma privilegiada.

Para desnaturalizar a codificação cultural dos corpos descritos por Garland-Thomson (1997) como *corpos extraordinários*, é necessário ir além de considerar os estereótipos para conseguirmos questionar as representações convencionais e desvendar as complexidades envolvidas na produção de identidade dentro das narrativas sociais a respeito das diferenças corporais.

De acordo com a premissa do pós-modernismo de que a margem constitui o centro, sendo o periférico para ver o todo de uma maneira nova. Examinando a figura das pessoas com deficiência como o paradigma do que a cultura chama de desvio, espero expor os pressupostos que sustentam normas aparentemente neutras. Portanto, eu me concentro aqui em como a deficiência opera na cultura e como os discursos sobre deficiência, raça, gênero e sexualidade se misturam para criar figuras de alteridade a partir das matérias-primas da variação corporal, especificamente nos locais de representação, como o freak show, a ficção sentimental e os romances liberais das mulheres negras. Tal análise promove nossa compreensão coletiva dos processos complexos pelos quais *todas* as formas de diversidade corporal adquirem os significados culturais que sustentam uma hierarquia de traços corporais que determina a distribuição de privilégios, status e poder (GARLAND-THOMSON, 1997:06).

Para Wendell (1996), Shakespeare (2006), Garland-Thompson (1997; 2011) e Shildrick (2012), essas concepções a respeito da deficiência minam profundamente o senso de autoestima e identidade das pessoas com deficiência (THOMAS, 2002a). Shildrick (2012) ressalta que, dado o foco dos *critical disability studies* - o significado de habitar um corpo, a consciência do que é considerado um bom funcionamento corporal no imaginário cultural, a desconstrução do pensamento binário a favor da fluidez de todas as categorias, bem como o reconhecimento de que emoção é um aspecto importante da vida psicossocial- , compreende em seu objetivo o questionamento do que significaria, ontologicamente e eticamente, pensar a deficiência como uma condição própria do ser humano.

A tarefa a nível corporal seria explorar como e porque o corpo com lesão - fora das convenções modernistas - já se mostra enquanto uma ameaça à ordem e poder das normatividades socioculturais prevaletentes. Assim, em vez de reforçar os estereótipos modernistas que apontam para uma desvalorização capciosa da diferença corporal e das pessoas com deficiência, o pensamento crítico sobre a deficiência busca expor a natureza incerta e vulnerável de todas as formas de individualidade (SHILDRICK, 2012).

Dessa forma Thomas (1999) aponta que, para os pós-estruturalistas, a vida social é entendida inteiramente em termos de significados, práticas de discursos e a constituição da experiência através da linguagem. Se a cultura é vista como aquilo que cria o *self*, então as categorias 'pessoas com deficiência' e 'pessoas com impedimentos' não são 'dadas', mas sim apenas criadas linguisticamente e discursivamente, as quais devem ser continuamente reproduzidas através de práticas discursivas. Dessa forma, é inerente à lógica pós-modernista conceber a preocupação tradicional dos teóricos marxistas do modelo social com a imposição social de barreiras estruturais no emprego, na educação, no ambiente construído, e assim por diante, como digna de pouco interesse intelectual.

Uma crítica a ser feita às abordagens pós-estruturalistas e pós-modernistas, para Thomas (1999), é a ênfase esmagadora na cultura, juntamente com a não consideração de qualquer tipo de fundamento material nos processos culturais. No entanto, a autora sublinha que as teóricas que utilizaram o pós-modernismo ajudaram a demonstrar e chamar a atenção para a existência e a importância de poderosos discursos que desempenham um papel fundamental na formação das experiências das pessoas com deficiência: tais como discursos em medicina, agências de assistência social, educação e outros lugares.

1.2.2.3 Cuidado e deficiência

A ideia de que retirada das barreiras tornaria possível àqueles com deficiência demonstrarem toda a sua capacidade e potencialidade produtiva foi criticada de forma severa pelas teóricas feministas por ser uma concepção insensível à diversidade de vivências da deficiência. O ideal supervalorizado da independência e autonomia se mostrava perverso para as pessoas com deficiência que não podem vivê-lo. Mesmo com todos os arranjos sociais que potencializem uma vida independente, determinados tipos de lesões desafiam os propósitos de independência, autonomia e capacidade para o trabalho propagado pelos teóricos da primeira geração (BARRETO, 2016; DINIZ, 2007).

Nessa esteira, a crítica feminista ao projeto de independência apontou para a reprodução de um modelo liberal individualizante centrado na figura de um sujeito padrão, vinculado ao cidadão (homem) típico da sociedade capitalista. Para a filósofa americana Eva Kittay (1999), mãe e cuidadora de uma filha com grave deficiência intelectual e física, o conceito de igualdade está relacionado não à capacidade de autossuficiência do sujeito, mas sim ao fato de nossa existência ser profundamente ligada à existência de outros seres.

Na contramão dos teóricos da primeira geração, Kittay (1999) apresentou uma proposta de justiça através da afirmativa de que as relações de dependência são inevitáveis à vida social: todos em algum momento da vida estarão em alguma situação de vulnerabilidade e dependência, necessitando de cuidado de terceiros. Não apenas pessoas com deficiência, crianças ou idosos corroboram essa tese, mas a própria condição humana, uma vez que “todos somos filhos de uma mãe” (KITTAI, 1999: 25). Dessa forma, uma sociedade que se proponha igualitária precisa dedicar-se ao projeto de justiça baseado não mais na ética

do direito, mas sim na ética do cuidado, na qual há a premissa da *interdependência*: a construção de uma noção de igualdade alicerçada na relação entre os seres humanos.

Segundo Hughes *et al.*(2017) é possível identificar diferentes abordagens sobre o cuidado, sendo a diferença mais explícita entre a forma que o cuidado é descrito por estudiosas feministas e pelos ativistas do modelo social da deficiência. Para as primeiras, a ênfase é dada no cuidado usualmente feminino e é o processo através do qual o gênero é definido¹⁵. O trabalho de cuidado é visto como uma tarefa e uma responsabilidade de mulheres, ligado intrinsecamente aos seus papéis sociais e econômicos. Os trabalhos de cuidado não são pagos em sua maioria e há evidências de que esses trabalhos são marcados por gênero. Para Hochschild (2017), essa natureza do trabalho marcado pelo gênero coloniza e constrói as mulheres como naturalmente do cuidado.

Já para os teóricos da primeira geração do modelo social da deficiência, o receptor do cuidado (masculino ou feminino) é o lócus de interesse. Homens ou mulheres com deficiência, destinatários do cuidado, viveriam uma vida trágica, refletindo a histórica invalidação das vidas das pessoas com deficiência e seus corpos. Dessa forma, onde as feministas percebem o cuidado em termos de regras que produzem homens e mulheres, ativistas ligados à deficiência veem os cuidados primeiramente em termos de infantilização e (des)empoderamento de pessoas com deficiência (HUGHES *et al.*, 2017: 105).

Todavia, ressaltamos que o apontamento da necessidade de se considerar a ética do cuidado feito por Kittay (1999) abarcou os interesses das pessoas com deficiência que não foram considerados pelos teóricos da primeira geração – aqueles para as quais a garantia do cuidado era a principal demanda por justiça. Todavia, reconhecer essa

¹⁵ Segundo Biroli (2018), nos debates teóricos que se tornaram referência para as análises sobre gênero e trabalho, nas últimas décadas, foram as abordagens feministas marxistas que deram maior atenção para a compreensão de que a posição das mulheres nas relações de trabalho está no cerne das formas de exploração que caracterizam a dominação de gênero. Trata-se de um conjunto variado de abordagens, atravessado pelo problema da correlação entre a divisão do trabalho doméstico não remunerado, a divisão do trabalho remunerado e as relações de poder nas sociedades contemporâneas. A distinção entre trabalho remunerado e não remunerado é, assim, um ponto central. O trabalho que as mulheres fornecem sem remuneração, como aquele que está implicado na criação dos filhos e no cotidiano das atividades domésticas, deixa os homens livres pra se engajar no trabalho remunerado. São elas apenas que fornecem esse tipo de trabalho gratuitamente, e essa gratuidade se define numa relação: o casamento. É nele que o trabalho gratuito das mulheres pode ser caracterizado como não produtivo. Os produtos que não têm valor quando decorrem do trabalho da mulher em casa passam, no entanto, a ter valor econômico fora de casa, quando atendem às necessidades de outras pessoas, que não o marido.

demanda foi algo incômodo pelos primeiros teóricos, particularmente porque esse reconhecimento era requerido pelas cuidadoras (DINIZ, 2007).

Estava posta uma tensão entre as feministas e os teóricos da primeira geração. Primeiro, elas eram cuidadoras e era preciso reconhecer outra autoridade sobre a deficiência que não apenas daqueles que a possuem. Essa entrada de mulheres que tinham sua experiência com a deficiência através do cuidado abalou o argumento de que era preciso ter uma deficiência para falar sobre. Além disso, elas contavam com um duplo desafio: superar o argumento de que a ética caritativa seria reativada com o surgimento do cuidado como princípio de justiça e refutar a ideia de que a ética do cuidado substituiria totalmente projeto de independência (DINIZ, 2007).

Eram pontos desafiadores porque para os teóricos da primeira geração a abordagem da ética do cuidado poderia trazer de volta para as pessoas com deficiência os espaços de exclusão social, dado que seria mais fácil garantir o cuidado que alterar a ordem social e política de opressão. Além disso, esses teóricos viam no cuidado um papel central na naturalização dos corpos com deficiência, construindo a deficiência, sobretudo como dependência e associada ao confinamento institucional, envolvimento social limitado e parcial cidadania. Ser cuidado implicaria em estar em uma situação inferior, infantilizada e ter a condição de ator em cheque ou negada e, devido a todas essas considerações, teóricos do modelo social criticavam os discursos das teóricas feministas (HUGHES; MCKIE; HOPKINS; WATSON, 2017).

Por outro lado, a entrada das pesquisadoras feministas e cuidadoras provocou uma revisão de alguns pressupostos do campo. Elas passaram a ser uma voz legítima nos estudos sobre a deficiência e colocaram a figura da cuidadora enquanto central para o debate sobre justiça e deficiência, denunciando o viés de gênero no liberalismo político. Ressaltaram que existem desigualdades de poder no campo da deficiência que não serão resolvidas por meio somente dos arranjos arquitetônicos, mas que podem ser satisfeitas mediante a garantia dos princípios de ordem voltadas para as obrigações morais, como o respeito aos direitos humanos e, assim, possibilitar a proteção à vulnerabilidade e à dependência experimentadas por muitas pessoas com deficiência. A proposta feminista do cuidado descortinou relações assimétricas extremas, como o caso de atenção a pessoas com deficiências graves, as quais podem necessitar do cuidado como condição de

sobrevivência, constituindo-se como uma demanda de justiça fundamental (DINIZ, 2007).

Segundo Nussbaum (2013), um claro defeito da atual situação legal a respeito do cuidado das pessoas com deficiência é que o trabalho das mulheres na família não é reconhecido como tal. A autora ressalta a sugestão de Eva Kittay (1999) de que a melhor maneira de remediar essa situação seria o pagamento direto a todos os membros da família que realizam o trabalho de assistência. Esse pagamento, para Kittay (1999), não deveria depender de uma comprovação de baixa renda (*means-tested*), “uma vez que a ideia é trata-lo como salário e dar assim dignidade social e reconhecimento ao trabalho em questão; e salários não são *means-tested*”¹⁶(NUSSBAUM, 2013, p. 262).

E mesmo que os impasses não estejam resolvidos, parece inevitável negar que as teóricas feministas do cuidado desafiaram um aspecto importante do modelo social que foi ignorado por muito tempo: uma teoria baseada no dualismo que não consegue explicar a complexidade de um todo, que existem aspectos desafiadores da relação pessoa com deficiência e pessoa sem deficiência que não podem ser resolvidos com imparcialidade e com uma noção universal de independência e autonomia (BARRETO, 2016).

Para Nussbaum (2013), refletir bem sobre o cuidado implica em considerar a respeito de um campo amplo de capacidades do lado de quem cuida e quanto de quem é cuidado. Uma boa assistência aos dependentes (crianças, idosos ou pessoas com deficiência) coloca o apoio às capacidades no âmbito da vida, da saúde e da integridade física no centro de suas ações. Do mesmo modo, provê o estímulo aos sentidos, imaginação, pensamento; “encoraja os laços emocionais e remove os ‘medos e ansiedades excessivos’; de fato, o bom cuidado constitui uma forma valiosa de relação” (p.207).

O bom cuidado também, conforme Nussbaum (2013), apoia a capacidade dos assistidos para o raciocínio prático e escolha e favorece a afiliação de muitas formas, inclusive a afiliação social e política, onde for apropriado. Zela pelo bem crucial do auto respeito e

¹⁶ Nussbaum (2013) ressalta que apesar dessa estratégia parecer inicialmente como surreal, algumas medidas similares foram adotadas em diversos países. Por exemplo, na Finlândia e na Dinamarca os municípios contrataram um assistente para realizar determinados serviço e o assistente doméstico também é pago pelo município. Na França, Áustria, Alemanha e Holanda há programas que fornecem pagamento em espécie para alguns serviços assistenciais. Alguns estados estadunidenses estão testando programas nesta mesma linha e outras nações fornecem compensações pela perda de renda durante um período de assistência a um parente com deficiência, e outras apoiam a comprovação de baixa renda a membros da família cujo salário é baixo devido ao trabalho de assistência (como a Pensão para Assistência ao Inválido e o Prêmio do Assistente no Reino Unido, e a Pensão do Assistente na Irlanda).

apoia a capacidade divertir-se e aproveitar a vida e o controle sobre o próprio contexto material e político: em vez de serem vistas como apenas propriedade de outros, as pessoas com impedimentos e com deficiência necessitam ser observadas como cidadãs dignas, com direito a propriedade, educação e emprego. Nesse sentido, para a autora, dado o íntimo e básico papel do cuidado na vida daqueles são assistidos, “devemos dizer que abarca, ou deveria abarcar, todo o campo das capacidades humanas centrais” (p. 207).

Cuidado e *interdependência* são princípios estruturantes da vida social e são considerados valores femininos e, portanto, confinados à esfera doméstica (DINIZ, 2007; HUGHES; MCKIE; HOPKINS; WATSON, 2017). O principal objetivo dessas teóricas foi demonstrar que é possível haver um projeto de justiça que considere o cuidado em situações de extrema desigualdade de poder. Dessa forma, a revisão do modelo social da deficiência à luz da crítica feminista expôs a necessidade de incorporar: 1] a centralidade da interdependência das relações humanas; 2] o reconhecimento da vulnerabilidade das relações de dependência, e; 3] o impacto da dependência sobre nossas obrigações morais. O objetivo final deve ser o reconhecimento das relações de dependência como questões de justiça social para pessoas com e sem deficiência (DINIZ, 2007).

Em relação à temática do cuidado e sua interface com a deficiência, destacamos alguns estudos realizados no Brasil. Por exemplo, os estudos de Guimarães (2010) a respeito das denúncias feitas ao MPDFT (Ministério Público do Distrito Federal e Territórios), as quais são feitas em grande parte por mulheres cuidadoras. A autora demonstra que um dos importantes desafios de justiça impostos pela deficiência é a respeito sobre como deslocar o cuidado da esfera doméstica como um atributo do feminino para uma questão de ética pública. Pires (2010) aponta como as legislações das capitais brasileiras divergem em relação aos critérios de avaliação de quem serão os sujeitos com deficiência protegidos pela política pública, notadamente em como as legislações tem sido sensíveis à necessidade do cuidado, ao estender a gratuidade à cuidadora.

Ressaltamos as pesquisas desenvolvidas pela Anis¹⁷ – Instituto de Bioética, principalmente em relação ao projeto sobre o zika vírus, mulheres e direitos, na qual

¹⁷ A Anis é uma organização não-governamental, sem fins lucrativos, voltada para a pesquisa, assessoramento e capacitação em bioética na América Latina. Tem sede em Brasília desenvolve suas atividades com uma equipe multidisciplinar de profissionais com larga experiência em pesquisa social, incidência política, litígio estratégico e projetos de comunicação sobre violações e defesa de direitos, em campos como direitos sexuais, direitos reprodutivos, deficiência, saúde mental, violências e sistemas penal e socioeducativo. Mais informações no sítio eletrônico <https://anis.org.br/>.

verificaram que a epidemia deste vírus espelha a desigualdade da sociedade brasileira. No estudo realizado por Diniz (2017), as mães das crianças afetadas pela epidemia são, em maioria, adolescentes ou muito jovens, negras e indígenas, com pouca escolaridade, fora do mundo do trabalho e integralmente dependentes de políticas sociais. Aquelas que deixaram o emprego para cuidar das crianças relataram os efeitos negativos e imediatos para a economia familiar.

Mesmo com o recebimento do Benefício de Prestação Continuada, Diniz (2017) ressalta que elas se transformaram em cuidadoras em tempo integral, haja vista que a renda do benefício é integralmente dependente da permanência da mulher na casa e como cuidadora. Como o beneficiário é a criança e não a mãe pelo seu trabalho exercido, haveria “um desaparecimento da mulher cuidadora com direitos ou necessidades, e a emergência de uma figura de excessiva maternagem – seja para o cuidado da criança ou para a sobrevivência familiar”. Dessa forma, como cuidadora, a figura da mulher como cidadã não é considerada nas políticas sociais de transferência de renda ou para políticas contributivas de aposentadoria. “Além disso, para o retorno ao trabalho pago, seus anos de cuidadora terão efeitos permanentes de exclusão, especialmente se somados à baixa escolaridade da vasta maioria das mulheres” (DINIZ, 2017: 45).

Outro estudo brasileiro é o de Barreto (2016), realizado com homens com deficiência física a respeito de sua autonomia. A autora aponta que a dificuldade de encontrar mulheres com deficiência para falar sobre esse tema talvez seja um indício de que mulheres com deficiência física grave com certo grau de autonomia são de fato menos numerosas. E apesar dos sujeitos de pesquisa serem homens, as mulheres perpassaram todo o conteúdo encontrado. “Se não mulheres com deficiência, ao menos mulheres cuidadoras que vivenciam também o estigma do handicap e da opressão social que ele impõe” (p. 252).

Segundo Barreto (2016), somente a partir das teorias do *care*¹⁸ que foi possível elaborar os incômodos em relação ao discurso da autonomia aplicada à deficiência física grave:

¹⁸ Uma das facetas do trabalho doméstico, tipicamente relegado a mulheres negras, é o trabalho de *care* que pode ser definido como: “serviço a alguém com quem ele ou ela está em contato pessoal (geralmente, face a face)”; “o trabalhador atende a uma necessidade ou desejo que é expresso diretamente pelo beneficiário do cuidado”; e, em menor proporção, “desenvolve as capacidades humanas do beneficiário” (England e Folbre, 1999, p.40). Para Parreñas (2012), o trabalho doméstico é um trabalho que sustenta o bem-estar de quem o recebe, e dentro da esfera de trabalho de cuidado, reflete as relações de desigualdade na sociedade, uma vez que não apenas a sua provisão é desigual, com uns recebendo mais que outros, como os que proveem o trabalho doméstico tendem a ter menos recursos que aqueles que o recebem. E é por essa razão

como ignorar a intervenção do outro para a manutenção da vida das pessoas? O que significa autonomia para aqueles que estão em estado vegetativo? E o que dizer da autonomia das pessoas que se ocupam desses indivíduos? Seguindo essas questões, a autora aponta que no caso das pessoas com deficiência física grave – que dependem de outras pessoas para sobreviver por meio do cuidado – “a autonomia está ligada a um processo de subjetivação que interliga ‘eu’ – ‘outro’ e que busca nessa unidade uma maneira original de existir e de se autoconstruir continuamente” (BARRETO, 2016, p.254). O corpo participa de forma ativa, dado que é a partir e por causa dele que o contato com o outro vai se dar. Dessa forma, para essas pessoas, a autonomia é relacional. “É no movimento entre *corpo alterado – cuidado – desejo – poder* que se engendra a autonomia não na localização estática em um único polo, em um estado absoluto e numa performance de produtividade liberal” (BARRETO, 2016, p. 254, grifos da autora).

Também ao considerar o trabalho de *care*, Almeida et al (2018) procuraram verificar as diferenças no trabalho doméstico no Brasil, em relação ao gênero, raça e deficiência. No primeiro momento, no geral, encontraram como Garcia e Maia (2014), que as pessoas com deficiência estão presentes entre os grupos mais vulneráveis: são em maioria mulheres, negras, com níveis menores de escolaridade, mais presentes em trabalhos precários e informais, com renda familiar inferior a 1 salário mínimo *per capita* e em regiões menos desenvolvidas do país. E ao contrário do que seria esperado, grande parte das mulheres com deficiência, tidas anteriormente como “cargas de cuidado”, ou “meras receptoras passivas de cuidado” desempenham trabalhos de *care*; ou seja, são também cuidadoras.

A realidade do trabalho doméstico foi verificada em baixíssimas proporções para os homens com e sem deficiência (menos de 2% em cada, considerando o total de homens no mercado de trabalho brasileiro), e, por outro lado, essa realidade é vivenciada por quase 20% das mulheres sem deficiência e por 30% das mulheres com deficiência. Destas, notaram que 21% não tem a carteira de trabalho assinada. No trabalho doméstico, em geral, notaram a prevalência de pessoas negras e responsáveis pelo domicílio. Além

que a maioria dos trabalhadores do *care* é composta por mulheres. Geralmente, tem-se a ideia de que esse trabalho é uma responsabilidade não remunerada e feminina, e por consequência, é tratado como uma atividade não mercantil ou de baixo valor econômico. Além disso, é comumente exercido por mulheres pobres e não brancas, demonstrando a relevância da consideração de que o trabalho de *care* é um processo social que reflete as relações de desigualdades, reproduzindo as discrepâncias de raça, classe, gênero, sexualidade.

disso, ressaltaram que o trabalho doméstico representa para as mulheres, especialmente para aquelas com deficiência, menores jornadas semanais, menores rendas salariais e maior gasto de tempo em deslocamento entre a casa e o trabalho (ALMEIDA; PEREIRA; SILVEIRA, 2018).

Os autores realizaram regressões logísticas para verificar quais fatores aumentam ou diminuem as chances de ir para o trabalho doméstico. Ao contrário do encontrado em relação às pessoas sem deficiência, para aquelas com alguma deficiência, o aumento das credenciais educacionais não diminui de forma consistente a chance de estar no trabalho doméstico. Além disso, considerando os efeitos das variáveis independentes de análise, Almeida et al (2018) chamam a atenção para a necessidade de considerarmos a deficiência e suas interseções com a raça e o gênero para compreensão da dinâmica de desigualdades no mercado de trabalho.

1.2.2.4 Gênero, raça, deficiência e interseccionalidade

Existem muitos paralelos entre os significados sociais atribuídos aos corpos femininos e os atribuídos aos corpos deficientes segundo Garland-Thomson (1997). Tanto o corpo feminino quanto o corpo deficiente são concebidos enquanto desviantes e inferiores; ambos são excluídos da participação plena na vida pública e econômica e definidos em oposição a uma norma em que se supõe uma superioridade física natural. Para a autora, a equação discursiva de feminilidade e deficiência é comum, às vezes para denegrir as mulheres e, às vezes, para protegê-las.

Historicamente, o feminismo acadêmico combinou os direitos civis políticos e os impulsos políticos identitários das décadas de 1960 e 1970, com a crítica teórica pós-estruturalista à crença humanista liberal no conhecimento, verdade e identidade, muitas vezes acrescentando uma insistência na materialidade do pensamento marxista. O foco da conversação feminista mudou desde os primeiros debates entre feminismos liberais e radicais, os quais se concentraram em alcançar a igualdade, indo até formulações posteriores de feminismos culturais e ginocêntricos, que destacaram e reintegraram as diferenças femininas (GARLAND THOMSON, 1997).

Segundo Fine e Asch (1988), até a década de 1980, as pesquisas sobre homens e mulheres com deficiência ignoraram a relevância de considerar fatores como o gênero, raça, etnia,

orientação ou classe social. Para as autoras, era presumido que o fato de ter uma deficiência “eclipsa essas dimensões da experiência” (Fine e Asch, 1988, p. 3). A literatura sobre os direitos humanos enfatizava somente os pontos em comum entre todas as pessoas com deficiência. E por mais que o significado de gênero para as mulheres ou homens com deficiência tenha sido negligenciado pela maior parte dos médicos e profissionais da reabilitação, os cientistas sociais e militantes dos direitos das pessoas com deficiência tampouco se concentraram nas diferenças entre os sexos.

Nessa esteira, Fine e Asch (1988) ressaltaram que os estudos voltados para a reabilitação concentraram somente nos homens lesionados durante a segunda guerra ou no trabalho. O fato de ter uma deficiência era concebido como sinônimo de uma condição dependente, infantil e indefesa. Imagem oposta ao que significaria ser um homem ideal – viril, autônomo e independente. No entanto, esta representação de forma caricaturada, era incorporada ao que é ser uma mulher ideal: emotiva, passiva e dependente.

As mulheres com deficiência têm sido tradicionalmente ignoradas não apenas pelos pesquisadores da deficiência, mas também por aqueles que estudam as vivências de mulheres. Mesmo os estudiosos feministas, aos quais reconhecemos grandes contribuições intelectuais e políticas, perpetuaram essa negligência. A visão popular das mulheres com deficiência tem sido um misto de repugnância. Percebem as mulheres com deficiência como infantis, desamparadas e vitimizadas; as feministas sem deficiência as separaram da irmandade, em um esforço para promover ícones femininos mais poderosos, competentes e atraentes. Como disse uma acadêmica feminista à coautora sem deficiência desse livro: ‘Por que estudar as mulheres com deficiência? Elas reforçam os estereótipos tradicionais de que as mulheres são dependentes, passivas e/ou carentes’ (FINE; ASCH, 1988: 3-4).

Durante a década de 1980, os estudos feministas sobre a deficiência trouxeram à tona a questão de que o contingente de pessoas com deficiência não poderiam ser encarado como um todo homogêneo, uma vez que os problemas vivenciados pelas mulheres com deficiência eram muito diferentes daqueles experienciados pelos homens com deficiência (BÊ, 2012). Dessa forma, identificar e reconhecer as diferenças de gênero foi considerado algo imprescindível e que a lacuna de estudos sobre as mulheres com deficiência se devia principalmente aos estereótipos e o que mais tarde viria a ser chamado de concepções capacitistas sobre pessoas com deficiência em geral (THOMAS, 1999b).

Nesse sentido, Sheldon (2004) resalta que a maioria das pessoas que são afetadas pela deficiência são mulheres, sujeitas tanto ao capacitismo quanto ao sexismo. Mulheres com deficiência encontram-se desfavorecidas em inúmeros aspectos de sua existência, mas muitas vezes essas preocupações são negligenciadas. O capacitismo não pode ser

enfrentado isoladamente e este ponto, para a autora, é crucial para nossa compreensão da deficiência e gênero. Para que as pessoas com deficiência alcancem a emancipação coletiva, a deficiência, o sexismo e todas as outras dimensões da opressão devem ser desafiadas frente a frente. Na realidade, porém, essas opressões são geralmente consideradas isoladamente umas das outras, enfraquecendo assim qualquer desafio significativo ao sistema e marginalizando aqueles, como as mulheres com deficiência, que estão sujeitas a mais do que uma forma de opressão (SHELDON, 2004).

Durante a década de 1990, salientamos inicialmente os trabalhos de Morris (1991; 1992; 1993; 1996), apontada por Thomas (1999) como a mais influente escritora inglesa sobre o caráter de gênero da deficiência e a experiência de vida de mulheres com deficiência. Morris (1991), também ressaltou como os feminismos haviam excluído as mulheres com deficiência de suas pesquisas e agendas teóricas, e foi incisiva em afirmar que era necessário trazer a perspectiva do feminismo, conceber que o pessoal é político como principal ferramenta analítica nos estudos sobre a deficiência (BÊ, 2012).

Segundo Bê (2012), Morris em suas pesquisas conseguiu desconstruir a ideia de que as mulheres com deficiência eram simplesmente “cargas de cuidado” ou meras “receptoras passivas de cuidado”. Além disso, apresentou as barreiras encontradas por ambos os sexos, e, em particular, que a experiência de muitas mulheres com deficiência, associadas a papéis de gênero¹⁹, como as responsabilidades domésticas e familiares era até então ignorada:

¹⁹Observa-se nos casos analisados por Morris (1996) que a percepção das mulheres com deficiência em relação às suas funções na esfera doméstica e dos homens na esfera pública remete a divisão sexual do trabalho, proposta por Hirata e Kergoat (2007). Para as autoras, o termo “divisão sexual do trabalho” aplica-se na França a duas concepções, de conteúdos distintos. Abarca, de um lado, uma concepção sociográfica, onde se estuda a distribuição diferencial de homens e mulheres no mercado de trabalho, nos ofícios e nas profissões, e as variações no tempo e no espaço dessa distribuição; e também se analisa como ela se associa à divisão desigual do trabalho doméstico entre os sexos. Por outro lado, as autoras ressaltam a importância de seguirmos além das constatações das desigualdades de gênero e sobre esse ponto elas trazem a segunda concepção, segundo a qual a divisão sexual do trabalho significa: [1] salientar que essas desigualdades são sistemáticas, e [2] articular a essas desigualdades reais a uma reflexão sobre os processos pelos quais a sociedade usa essa diferenciação para hierarquizar as atividades, e assim os sexos, para criar um sistema de gênero. As autoras afirmam que a divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social oriunda das relações sociais entre os sexos e é um fator relevante para a sobrevivência da relação social entre os sexos, as quais são moldadas historicamente e socialmente. Suas características referem-se “a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares etc)” (Hirata e Kergoat, 2007: 599). Tal forma específica da divisão social possui dois princípios organizadores: [1] o princípio de separação – há trabalhos de homens e trabalhos de mulheres, e [2] o princípio hierárquico – o trabalho do homem “vale” mais que um trabalho de mulher.

As mulheres com deficiência desejam uma assistência pessoal que lhes permita cuidar dos filhos, administrar uma casa, cuidar dos pais ou de outros que precisam de ajuda. Em contraste, o movimento das pessoas com deficiência tende a se concentrar somente na assistência pessoal que permite o emprego remunerado e outras atividades fora de casa (MORRIS, 1996: 10).

Levando em consideração o caráter de gênero na vivência da deficiência, observamos o grande crescimento de um grande corpo teórico (BLACKWELL-STRATON; BRESLIN; MAYERSON; BAILEY, 1988; BÊ, 2012; DEEGAN; BROOKS, 1985; FINE; ASCH, 1988; GARLAND-THOMSON, 2011; GERSCHICK, 2000; MELLO, 2014a; MELLO; NUERNBERG, 2012; MORRIS, 1989; 1991; MORRIS, 1992; MORRIS, 1993; MORRIS, 1996; SHELDON, 2004; SHILDRICK, 2012; THOMAS, 1997; THOMAS, 1999a; b; 2001; 2002b). Para Bê (2017), essas estudiosas demonstraram a necessidade de ressaltar tanto as contribuições do feminismo quanto dos estudos sobre a deficiência porque, estando situadas em dois locais sociais diferentes - como mulheres e pessoas com deficiência -, queriam e sentiam a necessidade de extrair as concepções dos arcabouços de ambas correntes teóricas para embasar um novo movimento conceitual.

Segundo Thomas (1999), além de ser fonte de consideráveis críticas ao modelo social da deficiência e seus expoentes, essa literatura nos diz algo muito importante: que a experiência da deficiência é sempre de gênero, que o capacitismo é inseparavelmente entrelaçado ao sexismo (e racismo, e homofobia, e assim por diante). Para a autora, isso não significa que as mulheres e os homens com deficiência não tenham experiências comuns de capacitismo, mas sim que suas formas e impactos sempre são refratados de alguma maneira pelo prisma dos papéis e das relações de gênero.

A natureza de gênero das experiências da deficiência foi confirmada nas histórias de vida de mulheres com deficiência analisadas por Thomas (1999), reunidas em seu livro *Female Forms: Experiencing and understanding disability*. A autora ressalta que de um modo geral, os relatos das mulheres eram de vidas convencionais em termos de papéis de gênero, ou eram escritos e compreendidos em referência às normas da vida de outras mulheres sem deficiência.

Muitas das mulheres eram namoradas, esposas, mães, avós e / ou cuidadores informais. Algumas estavam em casamentos felizes e relacionamentos não matrimoniais com homens, outras estavam em relacionamentos infelizes e algumas se divorciaram. Duas falaram sobre o cumprimento que eles não tinham experimentado comunicado comigo foram incorporados em relações sociais formais e informais com indivíduos e grupos que tipificam 'feminilidade moderna', em diferentes fases do curso de vida [...] (THOMAS, 1999: 29)

Thomas (1999, p.29) conclui com base em seus estudos e nos citados anteriormente que a vivência do capacitismo pelas mulheres com deficiência “não pode ser entendida independentemente do caráter de gênero de suas vidas - ou dos quadros de gênero que as afetam”.

Paralelo ao crescimento da literatura sobre a deficiência e o gênero na década de 1990, Stienstra (2012) ressalta o crescente aumento no número de artigos e livros publicados a partir das experiências de pessoas com deficiência de minorias raciais/étnicas. Segundo a autora, a maioria desses estudos utiliza métodos de pesquisa qualitativa e com o uso da análise de narrativas. Em geral, o que eles sugerem é que as identidades múltiplas e cruzadas de raça/etnia minoritária e deficiência (entre outras) criam situações de desvantagem, marginalização e opressão que diferem das experiências daquelas pessoas que ou possuem alguma deficiência, ou são de alguma minoria étnica/racial.

Em muitas dessas narrativas, os pesquisadores verificaram que as experiências de mulheres e homens com deficiência e pertencentes a uma minoria racial/étnica são tornadas invisíveis, construídas de forma que essas pessoas se sintam estranhas, constrangidas ou restringidas e isso seria resultado de suas múltiplas identidades (STIENSTRA, 2012). As palavras usadas para descrever essas experiências são poderosas e contam as histórias de pessoas com deficiência de grupos raciais/étnicos minoritários de maneira que ilustram as múltiplas e sucessivas opressões que eles experimentam, como os estudos que abordaremos à frente, de Dossa (2006, 2008) e de Banton e Singh (2004).

Em relação a prestação de serviços sociais para as pessoas com deficiência e de minorias raciais/étnicas, Banton e Singh (2004) relatam que elas não possuem informações sobre a existência de serviços específicos para elas. Em muitos casos, pessoas com deficiência dessas minorias são colocadas em uma posição em que precisam ir a um serviço especializado em deficiência e/ou em outro especializado na "raça/etnia". Os autores ressaltam que muitas organizações "brancas" colocam a responsabilidade de adequação sobre essas pessoas, para que elas se tornem capazes de usufruir de seus serviços, em vez de considerar uma mudança na forma como o serviço é prestado. Para Banton e Singh (2004), podemos ver isso somente como uma atitude racista, mas é importante considerar as consequências sobre o isolamento das pessoas com deficiência e de minorias

raciais/étnicas, as quais podem não utilizar esses serviços devido às barreiras culturais ou experiências negativas no passado.

A necessidade de prestação de serviços sociais adequados às especificidades das pessoas com deficiência de minorias raciais/étnicas é reiterada por Dossa (2006). A autora, ao analisar a narrativa de uma imigrante com deficiência ressalta o quanto essas mulheres são marcadas de maneira diferenciada. Essa diferença não é estática e é ativamente construída em situações cotidianas em relação a três dimensões:

[1] as mulheres dessas minorias e com deficiência são tornadas socialmente invisíveis pela política de imigração do tipo *keep-them-out*. Para a autora, isso significa que as preocupações desse grupo não são abordadas pelos serviços sociais e, se forem identificadas, há várias tentativas de mantê-las na esfera privada por meio de estratégias como a indisponibilidade dos serviços e a retenção de informações que possa melhorar sua qualidade de vida;

[2] a dimensão política que nega a essas mulheres os direitos e privilégios concedidos a pessoas brancas e/ou com deficiências. Recursos institucionais, como a dificuldade de ofertas profissionais e educacionais, implicam na privação de direitos;

[3] por fim, Dossa (2006) destaca que a combinação das concepções capacitistas, de classe e de raça/etnia permeia o sistema social de tal forma que as pessoas com deficiência, embora discriminadas, são percebidas enquanto não pertencentes a nenhuma minoria étnica ou racial.

Por conseguinte, a autora ressalta que a raça/etnia, como marcador de diferença, deve ser substancialmente considerada em relação aos construtos sociais de gênero e deficiência. A realidade da mulher com deficiência de minoria étnica/racial no estudo ilustra a dinâmica desses marcadores: “Fahimeh se encontra em uma posição socialmente vulnerável, expressa em duas frentes: a esfera doméstica do abuso e a esfera pública da indiferença. Sua raça, classe, gênero e deficiência (o paradigma da interseccionalidade) coloca-a à margem das margens” (DOSSA, 2006, p. 351).

Nesta esteira, a partir de estudos qualitativos na década de 1990 como os citados acima, Garland-Thomson (1997) apontou um aprofundamento no debate entre as correntes teóricas que minimizavam as diferenças para alcançar a igualdade e aquelas que consideravam as diferenças para valorizar o feminino a partir da interrogação sobre a

própria construção de gênero e pelo reconhecimento de múltiplos eixos de identidade, os quais desafiaram a noção de "mulher", assim como questionaram sobre qualquer tipo de categoria de identidade unificada. Dessa forma, as críticas aos limites da noção de gênero e deslocamentos que vêm se constituindo com a entrada de diferentes leituras de opressão, dos novos conceitos, das rupturas epistemológicas e da emergência de vozes que tensionam as teorias e as ações feministas centradas na noção de gênero têm colocado questões sobre a possibilidade de uma unidade na ação política feminista, sobre o sujeito do feminismo e, conseqüentemente, sobre qual projeto de sociedade deve orientar essa ação (MAYORGA; COURA; MIRALLES; CUNHA, 2013).

Tais críticas foram e continuam sendo delineadas com base em diversas experiências de opressão de mulheres de países em desenvolvimento, negras, lésbicas (MAYORGA; COURA; MIRALLES; CUNHA, 2013), trabalhadoras domésticas (BERNARDINO-COSTA, 2015) e demais trabalhadoras que denunciaram que o feminismo se fortaleceu a partir da segunda onda, que teve como uma de suas conseqüências a universalização de leituras da experiência de opressão e de emancipação, e que desconsideram e desqualificam a pluralidade e a diversidade delas. Mas, ao lançarem olhares críticos sobre os sistemas coloniais que marcaram a história das mulheres em diversos países, ao racismo, à heteronormatividade e às desigualdades de classe, outras feministas emergiram indicando os limites, os efeitos normativos e reducionistas da categoria “gênero” (MAYORGA; COURA; MIRALLES; CUNHA, 2013)²⁰.

Nessa esteira, para Garland-Thomson (1997), as vertentes do pensamento feminista mais aplicáveis aos estudos sobre deficiência são aquelas que vão além de um enfoque restrito apenas ao gênero para empreender uma ampla crítica sociopolítica das relações de poder sistêmicas e injustas baseadas em categorias sociais baseadas no corpo. O feminismo se torna uma perspectiva teórica e uma metodologia que examinam o gênero como uma categoria discursiva, ideológica e material que interage, mas não subordina outras identidades sociais ou particularidades da corporeidade, da história e da localização que informam a subjetividade. Resumidamente, “os objetivos frequentemente conflitantes e sempre complexos do feminismo de politizar a materialidade dos corpos e reescrever a

²⁰ No Brasil, Mayorga et al (2013b) apontam o que movimento das trabalhadoras rurais, das jovens negras feministas, o movimento de lésbicas, a rede brasileira de prostitutas, o movimento de travestis e transexuais têm buscado, em suas organizações, enfrentar essas questões.

categoria da mulher combinam exatamente os métodos que devem ser usados para examinar a deficiência” (GARLAND-THOMSON, 1997, p.21).

Thomas (2012) e Goodley (2011) ressaltam que atualmente os pesquisadores sobre a deficiência têm cada vez mais considerado o conceito de interseccionalidade. Esse conceito provou ser útil nos esforços para teorizar a intersecção da diversidade social e, assim, considerar a complexidade de identidade social (THOMAS, 2012).

Hirata (2014) nos conta que o conceito de interseccionalidade teve sua origem ligada ao movimento da década de 1970, denominado *Black Feminism*, cuja crítica coletiva se voltava de forma radical contra o feminismo branco, de classe média e heteronormativo. A problemática da interseccionalidade foi abordada nos países anglo-saxônicos a partir da herança desse movimento desde o princípio da década de 1990, a partir de um quadro interdisciplinar, por Kimberlé Crenshaw e outras pesquisadoras inglesas, norte-americanas, canadenses e alemãs.

A associação de sistemas múltiplos de subordinação tem sido descrita de vários modos: discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação. A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcado, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002: 177).

Para autora, o conceito de interseccionalidade se faz necessário uma vez que há várias razões pelas quais experiências específicas de subordinação interseccional não são adequadamente analisadas ou abordadas pelas concepções tradicionais de discriminação de gênero ou raça. Em suma, para Crenshaw (2002), nas abordagens subinclusivas da discriminação, a diferença torna invisível um conjunto de problemas; enquanto que, em abordagens superinclusivas, a própria diferença é invisível.

Sob essa perspectiva, Crenshaw (2002) nos fala que a discriminação interseccional é particularmente difícil de ser identificada em contextos onde forças econômicas, culturais e sociais silenciosamente moldam o pano de fundo, de forma a colocar as mulheres em uma posição onde acabam sendo afetadas por outros sistemas de subordinação:

Por ser tão comum, a ponto de parecer um fato da vida, natural ou pelo menos imutável, esse pano de fundo (estrutural) é, muitas vezes, invisível. O efeito disso é que somente o aspecto mais imediato da discriminação é percebido, enquanto que a estrutura que coloca as mulheres na posição de receber tal subordinação permanece obscurecida. Como resultado, a discriminação em questão poderia ser vista simplesmente como sexista (se existir uma estrutura racial como pano de fundo) ou racista (se existir uma estrutura de gênero como pano de fundo). Para apreender a discriminação como um problema interseccional, as dimensões raciais ou de gênero, que são parte da estrutura, teriam de ser colocadas em primeiro plano, como fatores que contribuem para a produção da subordinação. (CRENSHAW, 2002, p. 176)

Dessa forma, a importância de desenvolver uma perspectiva que revele e analise a discriminação interseccional reside não apenas no valor das descrições mais precisas sobre as experiências vividas por mulheres racializadas, mas também no fato de que intervenções baseadas em compreensões parciais, e, por vezes distorcidas das condições das mulheres são, muito provavelmente, ineficientes e talvez até contraproducentes. Somente através de um exame mais detalhado das dinâmicas variáveis que formam a subordinação de mulheres racialmente marcadas pode-se desenvolver intervenções e proteções mais eficazes (CRENSHAW, 2002).

Nesse sentido, conforme apontado por Hirata (2014), se faz necessário para compreendermos melhor a interdependência das relações de poder de raça, sexo e classe, estudos que levem em consideração a articulação entre eles. Para a autora, o interesse teórico e epistemológico dessa articulação fica claro em pesquisas que não focam apenas nas diferenças entre homens e mulheres, mas também para as diferenças entre homens brancos e negros e mulheres brancas e negras e que mobilizam a raça e o gênero para explicar desigualdades salariais ou diferenças quanto ao desemprego.

Em relação à deficiência e a interseccionalidade, para Garland-Thomson (2011) as análises mais sofisticadas, as quais consideram as nuances a respeito da deficiência vieram de pesquisadores familiarizados com a teoria feminista; e as análises mais convincentes e complexas da interseccionalidade de gênero foram aquelas que consideraram o que autora chama de *ability/disability system* - juntamente com raça, etnia, sexualidade e classe:

Não houve teoria, nenhum modelo para entender a deficiência como uma categoria de análise e conhecimento, como uma metáfora cultural e como uma comunidade histórica. Portanto, assim como hoje a amplamente reconhecida centralidade das análises de gênero e raça para todo o conhecimento era impensável há trinta anos, a deficiência ainda não é uma questão em muitos estudos críticos. [...]O feminismo acadêmico é uma matriz complexa e

contraditória de teorias, estratégias, pedagogias e práticas. Uma maneira de pensar sobre a teoria feminista é dizer que ela investiga como a cultura satura as particularidades dos corpos com significados e investiga as consequências desses significados. A teoria feminista é uma investigação colaborativa e interdisciplinar e uma crítica cultural autoconsciente que questiona como os sujeitos são multiplicados por interpelação - em outras palavras, como os sistemas representacionais de gênero, raça, etnia, habilidade, sexualidade e classe constroem mutuamente, flexionam e contradizem um ao outro (GARLAND-THOMSON, 2011: 15).

Esses sistemas se cruzam para produzir e sustentar identidades atribuídas, alcançadas e adquiridas - tanto aquelas que nos reivindicam como aquelas que reivindicamos para nós mesmos. Uma teoria da deficiência feminista introduz o sistema de capacidade / incapacidade como uma categoria de análise para este empreendimento diverso e difuso. O objetivo é ampliar as noções atuais de diversidade cultural e integrar melhor a academia e o mundo maior que ela ajuda a moldar. Essa noção redutora de que os estudos de identidade são guetos intelectuais limitados a um eleitorado restrito que exige súplica especial é o obstáculo persistente que a teoria feminista e os estudos da deficiência precisam superar (GARLAND-THOMSON, 2011).

Para Garland-Thomson (2011), a integração da deficiência não obscurece o foco crítico nas considerações a respeito de raça, sexualidade, etnia ou gênero, tampouco é aditivo. Em vez disso, a deficiência desloca o quadro conceitual para fortalecer a compreensão de como esses múltiplos sistemas se interseccionam, entrelaçam, redefinem e se constituem mutuamente uns aos outros. A integração da deficiência esclarece como este agregado de sistemas atua em conjunto, mas distintamente, para apoiar uma norma imaginária e a estrutura das relações que concedem poder, privilégio e status.

Dossa (2008) ressalta que na área da deficiência e cultura, o paradigma da interseccionalidade tem sido utilizado para preencher a lacuna entre os modelos social e cultural da deficiência, uma vez que o modelo social enfatiza os fatores estruturais que excluem pessoas com deficiência e o modelo cultural da deficiência enfoca a afirmação de múltiplas identidades sociais e culturais. Dessa forma, desenvolvido para explicar a fluidez e as ambiguidades que cercam as identidades grupais e individuais, o paradigma da interseccionalidade trouxe à tona as “múltiplas relações de poder que se cruzam de maneiras complexas para posicionar indivíduos e coletividades em locais mutáveis e muitas vezes contraditórios dentro de espaços geopolíticos, narrativas históricas e políticas de mobilidade” (STASIULIS 1999, citado por DOSSA, 2008, p. 83). A ênfase, para Dossa (2008) deve ser na importância em se considerar os diferentes tipos de

opressão vivenciados no trabalho, entrelaçados e separados. Igualmente importante é o fato de o paradigma promover um senso de conexão entre fronteiras culturais e nacionais, uma vez que as mulheres com deficiência de minorias étnico/raciais não são consideradas no *mainstream* teórico sobre mulheres com deficiência.

Em relação a pesquisas sobre a interseccionalidade no mercado de trabalho, notamos que o trabalho doméstico no Brasil é emblemático: classe, raça, gênero, entre outras dimensões da vida social, interagem na geração de desigualdades persistentes (BERNARDINO-COSTA, 2015), sendo uma atividade altamente feminilizada e fruto de um *entrecruzamento* de desigualdades (BRITES, 2013).

A força de trabalho é recrutada entre mulheres oriundas das camadas mais pobres e com os menores índices de escolaridade, características articuladas a uma forte marca de racialização. Entre as trabalhadoras domésticas brasileiras, 62% são negras e recebem salários 15,6% inferiores aos das brancas. Ademais, a escolaridade das negras também é menor: 6 contra 6,4 anos de estudos para as domésticas brancas (FRAGA, 2013). Isto posto, ressalta-se que é nesse lugar social em que se dá o maior recrutamento das trabalhadoras e onde as outras desigualdades se interseccionam (BERNARDINO-COSTA, 2012).

Em relação às interseções entre gênero e raça, Fernandes (2008) aponta que ao mesmo tempo em que o homem negro encontrou barreiras para integrar-se à ordem competitiva porque era preterido frente ao concorrente imigrante, a mulher negra encontrou oportunidades de trabalho principalmente como trabalhadora doméstica. Assim, salvo algumas exceções, o homem negro e a mulher negra ficaram presos a determinadas posições dentro do sistema de estratificação social brasileiro. Nessa mesma esteira, Hasenbalg (1979) aponta que mesmo quando tiveram alguma mobilidade social, esta, em geral, foi aquém da mobilidade de brancos e branca. Para Carneiro (2003), isso ocorreu porque a articulação racial no âmbito deste padrão de poder produziu gêneros subalternizados, rendendo tanto as identidades femininas estigmatizadas (de mulheres negras), quanto identidades masculinas subalternizadas (de homens negros) e com menor prestígio ao do gênero feminino do grupo racialmente dominante (de mulheres brancas).

Dessa maneira, com base no trabalho doméstico no Brasil, ressaltamos o apontado por Akotirene (2018) ao dizer do engano que é pensar a interseccionalidade como múltiplas identidades, quando na verdade ela é, antes de tudo, uma lente analítica sobre a interação

estrutural em seus efeitos políticos e legais. Nesse sentido, não se pode ignorar “o padrão global basilar e administrador de todas as opressões contra mulheres, construídas heterogeneamente nestes grupos, vítimas das colisões múltiplas do capacitismo, terrorismo religioso, cisheteropatriarcado e imperialismo” (AKOTIRENE, 2018: 18).

Em relação a pesquisas brasileiras que levaram em consideração a interseccionalidade da deficiência com outros marcadores, destacamos a pesquisa de Almeida et al (2018) que verificou a presença de mulheres com deficiência e negras no trabalho doméstico brasileiro, citada na seção anterior. E também a pesquisa de Mello (2014a), referente a uma análise antropológica de experiências, narrativas e observações sobre violências contra mulheres com deficiência física na cidade de Belo Horizonte. A autora teve por eixo central em sua pesquisa a articulação entre as teorias feministas, *queer* e *crip* no campo das violências contra mulheres com deficiência, considerando, sobretudo, o potencial de uso de categorias de articulação e de interseccionalidades como gênero, deficiência, capacitismo, violência e cuidado. Por resultados, verificou que, de acordo com contexto social, as violências contra mulheres com deficiência ora são uma expressão das relações de gênero, ora são motivadas pela condição de deficiência ou, ainda, são o produto da polarização entre as categorias de gênero e deficiência e suas interfaces analíticas.

E tal abordagem é de grande relevância quando se pensa na relação entre deficiência e gênero (BÊ, 2012; HARA, 2004; MAROTO; PETTINICCHIO, 2014; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017; WOODHAMS; LUPTON; COWLING, 2015), deficiência e etnia (STIENSTRA, 2012) e deficiência e raça (AMSTRONG; AMSTRONG; BARTON, 2000; PRIESTLEY, 2001; STONE, 1999).

Todavia, segundo Mello e Nuerberg (2012), apesar de ser um argumento consolidado no âmbito das Ciências Humanas e Sociais, a necessária articulação das diversas categorias na análise de fenômenos sociais e culturais com a questão da deficiência permanece ignorada nos debates e cruzamentos intercategoriais na produção acadêmica feminista brasileira. Para Diniz (2007), a causa desse assunto ser pouco explorado no Brasil não é apenas porque a deficiência ainda não se libertou da autoridade biomédica, com poucos cientistas sociais se dedicando ao tema, mas principalmente porque a deficiência é considerada uma tragédia pessoal e não uma questão de justiça social.

Por outro lado, faz-se mister ressaltar o quanto as discussões referentes ao modelo social da deficiência têm sido influentes na política. Até certo ponto, impulsionou avanços em direitos humanos, como Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência - CDPD (BRASIL, 2009), que orientou as leis sobre deficiência em todo o mundo (MITRA, 2006). Para Diniz et al (2010), a Convenção é um divisor de águas, uma vez que instituiu um novo marco na compreensão da deficiência, o qual reconhece a experiência de opressão sofrida pelas pessoas com impedimentos e supera a ideia de que impedimento e deficiência são sinônimos, ao considerar, na restrição de participação, o fenômeno determinante para a identificação da desigualdade.

A partir da aproximação dos estudos sobre a deficiência dos estudos culturais, o conceito de opressão ganhou legitimidade argumentativa, uma vez que a despeito das diferenças ontológicas impostas por cada impedimento seja ele físico, sensorial ou cognitivo, a experiência do corpo com impedimentos é discriminada pela cultura da normalidade. A consideração do dualismo entre o normal e o patológico permitiu a consolidação do combate à discriminação como objeto de intervenção política, tal como previsto pela CDPD. Por exemplo, notamos que além das formas tradicionais de discriminação, o conceito de discriminação presente na convenção inclui a recusa de adaptação razoável²¹, o qual demonstra o reconhecimento das barreiras ambientais como causa evitável das desigualdades experienciadas pelas pessoas com deficiência (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2010).

A consideração das discussões do modelo social a respeito da impossibilidade de homogeneização das experiências das pessoas com os diferentes impedimentos, dos entrelaçamentos entre gênero e deficiência, bem como a análise interseccional de marcadores sociais, é abordada no preâmbulo da CDPD, onde há o reconhecimento da diversidade dessas pessoas; de que mulheres e meninas com deficiência estão frequentemente expostas a maiores riscos, tanto no lar como fora dele, de sofrer violência, lesões ou abuso, descaso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração; e

²¹ A CDDPD conceitua a “Discriminação por motivo de deficiência” como qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável. E por “Adaptação razoável” conceitua as modificações e os ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais (Brasil, 2009).

ressaltam a necessidade de incorporar a perspectiva de gênero aos esforços para promover o pleno exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais por parte das pessoas com deficiência. Ademais, no preâmbulo há também a preocupação expressa com as difíceis situações enfrentadas por essas pessoas que estão sujeitas a formas múltiplas ou agravadas de discriminação por causa de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de outra natureza, origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade, nascimento, idade ou outra condição (Brasil, 2009).

Segundo Rios (2010), ao considerar a interseccionalidade e a discriminação por deficiência, salienta que a CDPD é expressa ao salientar que essa discriminação atinge meninas e mulheres de modo peculiar e agravado e observa que o tema da desigualdade de gênero é um plano de fundo na Convenção desde o preâmbulo até as seções específicas sobre a proteção às meninas e mulheres com deficiência e o papel das famílias das pessoas com deficiência (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2010).

A CDPD considera a CIF, que surgiu após um longo processo de reflexão sobre as potencialidades e os limites dos modelos biomédico e social da deficiência. Em uma posição de diálogo entre os dois modelos, a proposta do documento é lançar um vocabulário biopsicossocial para a descrição dos impedimentos corporais e a avaliação das barreiras sociais e da participação (DINIZ, 2007).

Em consonância à CIF, e como resultado das discussões internacionais entre os modelos biomédico e social, a CDPD propôs o conceito de deficiência que reconhece a experiência de opressão sofrida pelas pessoas com impedimentos. O novo conceito supera a ideia de impedimento como sinônimo de deficiência, reconhecendo na restrição de participação o fenômeno determinante para a identificação da desigualdade. Deste modo, em todos os países signatários, a CDPD é tomada como base para a construção das políticas sociais, no que se refere à identificação tanto do sujeito da proteção social como dos direitos a serem garantidos. A desigualdade vivenciada pelas pessoas com deficiência no mundo do trabalho, nas escolas e nas relações interpessoais é tomada enquanto um fenômeno multidimensional. A CIF, por sua vez, oferece ferramentas objetivas para a identificação das diferentes expressões do capacitismo, possibilitando um melhor direcionamento das políticas (DINIZ *et al.*, 2010: 111).

Segundo Medeiros, Diniz e Barbosa (2010), por ser um grupo com características particulares, as pessoas com deficiência merecem, por uma questão de justiça, políticas

de proteção social também diferenciadas. O enfoque nas capacidades teria um impacto imediato sobre a forma como a proteção social deve ser desenhada em uma sociedade justa, pois “o objeto de preocupação das medidas igualitaristas não deve ser o que as pessoas têm, mas o que elas de fato são capazes de fazer. Se as pessoas são diferentes é inevitável aceitar que, com os mesmos recursos, elas terão capacidades diferenciadas” (MEDEIROS; DINIZ; BARBOSA, 2010, p. 11).

A CDPD ressalta em seu preâmbulo o fato de que a maioria das pessoas com deficiência vive em condições de pobreza e, nesse sentido, reconhece a necessidade crítica de lidar com o impacto negativo da pobreza sobre pessoas com deficiência (BRASIL, 2009). Segundo Mitra (2006), a abordagem das capacidades foi desenvolvida por Amartya Sen e é uma estrutura bastante útil para definir a deficiência e compreender suas causas e consequências econômicas.

Sob a abordagem de Sen (2009), a capacidade não constitui a presença de uma capacidade física ou mental; pelo contrário, é entendida como uma oportunidade prática (Mitra, 2006). A funcionalidade é a realização real do indivíduo, o que ele realmente consegue ser ou fazer. A deficiência pode ser entendida como uma privação em termos de capacidades ou funcionalidades que resultam da interação das características pessoais de um indivíduo, com a oferta de bens disponíveis e meio ambiente. Segundo Mitra (2006), esta abordagem ajuda a explicar a importância das causas econômicas, bem como as consequências da deficiência e está intimamente relacionada com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS; 2001).

Dessa forma, comparando os modelos de análise da deficiência em relação aos aspectos econômicos, Mitra (2017) ressalta que o modelo médico predispõe a identificar formas de sair do círculo através de cuidados preventivos e da provisão de tecnologia assistiva, assistência médica, cuidados e serviços de reabilitação para pessoas com deficiências. O modelo social volta-se para mudanças no ambiente como saídas do círculo através da remoção de barreiras à participação econômica no ambiente e a deficiência é geralmente entendida como o resultado da opressão social, que pode começar na forma de pobreza e, mais tarde, levar à deficiência. A autora então propõe a utilização do modelo de desenvolvimento humano da deficiência, a ser abordado na próxima seção, onde é possível fazer uma análise sobre uma combinação de intervenções médicas e sociais, indo

além da falsa dicotomia que considera ou os investimentos na prevenção da deficiência ou na inclusão das pessoas e aponta para a insuficiência do uso de renda para avaliar a pobreza.

A consideração da pobreza se mostra de suma relevância para a compreensão da realidade vivenciada pelas pessoas com deficiência. Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência da Organização Mundial de Saúde (2012), em todo o mundo, as pessoas com deficiência apresentam as piores perspectivas de saúde, os níveis mais baixos de escolaridade, a menor participação econômica, e taxas de pobreza mais elevadas em comparação às pessoas sem deficiência. Em parte, segundo o Relatório, isto seria decorrente do fato das pessoas com deficiência enfrentarem barreiras no acesso a serviços garantidos há muito tempo, como saúde, educação, emprego, transporte e informação; e essas dificuldades são exacerbadas nas comunidades mais pobres.

1.3. Modelo de Desenvolvimento Humano da Deficiência

1.3.1 A abordagem das capacidades de Amartya Sen e Martha Nussbaum e a deficiência

Sen propôs que Rawls substituísse a lista heterogênea de bens primários, com seu emprego proeminente dos recursos (renda e riqueza) como indicadores de bem-estar, por uma lista de capacidades, e todas elas seriam, então, empregadas para medir qualidade de vida. Uma das justificativas básicas para essa mudança era a inadequação de renda e riqueza como indicadores de bem-estar de pessoas com deficiência: uma pessoa cadeirante pode ter a mesma renda e riqueza que uma pessoa com mobilidade “normal” e, no entanto, possuir capacidade desigual de mover-se de um lugar para outro.

Martha C. Nussbaum (2013: 201-202)

Garcia e Maia (2014), em pesquisa no Brasil, por meio dos dados do Censo Demográfico de 2010, verificaram que a taxa de participação das pessoas com deficiência (pessoas com alguma incapacidade ou dificuldade permanente) no mercado de trabalho é de 37%, expressivamente inferior àquelas observadas para as pessoas que relataram ter alguma dificuldade permanente - 58,1% -, e para as pessoas sem nenhuma dificuldade permanente - 70,4%. Entre as pessoas com qualquer dificuldade ou incapacidade, a participação no mercado de trabalho foi maior entre aquelas com deficiência auditiva e, sobretudo, deficiência visual. Para as pessoas com deficiência mental e com total ou grande dificuldade física, a taxa de participação foi consideravelmente baixa: 21,1% e 23,5%, respectivamente. Somada à menor participação, as pessoas com deficiência apresentaram rendimento médio inferior em 26% em relação às pessoas sem qualquer dificuldade permanente ou incapacidade.

As pessoas com deficiência, segundo Garcia e Maia (2014) associam-se, ainda, às formas mais precárias de inserção no mercado de trabalho: emprego sem carteira assinada e trabalho conta-própria. Por outro lado, as participações das pessoas com alguma deficiência ou alguma dificuldade permanente no emprego com carteira assinada eram, respectivamente, 12,4 e 8,4 pontos percentuais inferiores à das pessoas sem qualquer

dificuldade permanente. Para os autores, este resultado reflete, em grande medida, a elevada participação das pessoas com deficiência no trabalho conta-própria, bem como sua relativa concentração no emprego agrícola. Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência, produzido pela Organização Mundial de Saúde, as menores taxas de participação no mercado de trabalho são um dos principais caminhos por meio do qual a deficiência pode levar à pobreza (OMS, 2012).

Para Groce *et al* (2011), as pesquisas a respeito da deficiência e pobreza podem ser divididas em dois temas: porque a deficiência acentua a pobreza e porque a pobreza aumenta a probabilidade de deficiência. Primeiramente, a respeito dos motivos que a deficiência acentua a pobreza, os autores ressaltam que as suposições de longa data por economistas, que consideravam os indivíduos como pobres a partir de uma renda abaixo do nível de subsistência, chamada de linha de pobreza, deram lugar à pobreza considerada enquanto uma questão multidimensional, além da insuficiência de renda ou consumo. Para Mitra (2006), a abordagem da capacidade desenvolvida por Amartya Sen é bastante útil para definir a deficiência e compreender suas causas econômicas e consequências. Sen (2009) desenvolveu a abordagem da capacidade como um conjunto de teses inter-relacionadas na economia do bem-estar, particularmente na avaliação de bem-estar pessoal, pobreza e desigualdade:

Em contraste com as linhas de pensamento baseadas na utilidade ou nos recursos, na abordagem das capacidades a vantagem individual é julgada pela capacidade de uma pessoa para fazer coisas que ela tem razão para valorizar. Com relação às oportunidades, a vantagem de uma pessoa é considerada menor que a de outra se ela tem menos capacidade — menos oportunidade real — para realizar as coisas que tem razão para valorizar. O foco aqui é a liberdade que uma pessoa realmente tem para fazer isso ou ser aquilo — coisas que ela pode valorizar fazer ou ser. Obviamente, é muito importante para nós sermos capazes de realizar as coisas que mais valorizamos. Mas a ideia de liberdade também diz respeito a sermos livres para determinar o que queremos, o que valorizamos e, em última instância, o que decidimos escolher. O conceito de capacidade está, portanto, ligado intimamente com o aspecto de oportunidade da liberdade, visto com relação a oportunidades “abrangentes”, e não apenas se concentrando no que acontece na “culminação” (SEN, 2009, p. 231-232).

Nesse sentido, Martha Nussbaum (2010) aponta que, na perspectiva das capacidades, a pergunta central a ser feita é: “O que de fato ela pode ser e fazer?”. Adotando uma posição política sobre uma lista prática de funções que pareceriam de central importância na vida humana, a pergunta seria: ‘Esta pessoa é capaz disso ou não?’ (NUSSBAUM, 2010, p.28). A autora ressalta que essa questão não concerne somente à satisfação da pessoa

com aquilo que ela faz, mas também diz sobre o que ela faz e o que é possível a ela fazer: quais são suas oportunidades práticas e liberdades.

Ao compararmos as vantagens entre as diferentes pessoas, segundo Sen (2009), é necessário considerar as capacidades globais que elas conseguem de fato aproveitar, uma vez que a concepção de capacidade está ligada à liberdade substantiva, atribuindo papel central à capacidade real ou oportunidade prática de uma pessoa de fazer as coisas que ela valoriza. Assim, abordagem da capacidade se concentra nas vidas humanas, e não apenas sobre os recursos que as pessoas têm ou na forma que possuem. O rendimento e a riqueza são frequentemente considerados os principais critérios de sucesso, e, ao propor uma mudança fundamental no foco de atenção dos meios de viver para as oportunidades reais que uma pessoa tem, a abordagem da capacidade visa uma mudança bastante radical no padrão de abordagens avaliativas amplamente utilizadas em estudos econômicos e sociais (SEN, 2009).

A intuição básica de onde parte a abordagem das capacidades, para Nussbaum (2010), é a exigência moral, na arena política, de que habilidades sejam desenvolvidas, uma vez que assegurar uma capacidade não é o suficiente para gerar condições para a ação. É necessário igualmente fomentar as condições materiais e institucionais de forma que as pessoas estejam de fato aptas a exercerem suas funcionalidades, que são as conquistas dos indivíduos, o que eles realmente alcançam sendo ou fazendo. Dessa forma, o objetivo político apropriado está nas capacidades, não nas funcionalidades.

Além disso, ressalta que a abordagem da capacidade, “em seu foco sobre o ambiente de escolha, é altamente atenta ao propósito da funcionalidade e instrui os governos a manterem-se alertas. Contudo, não incita a funcionalidade, pois uma vez que organizado o cenário, a escolha é das pessoas” (NUSSBAUM, 2010, p. 33).

Sobre a relação entre os recursos e a pobreza, Sen (2009) afirma que ela é variável e profundamente dependente tanto das características individuais quanto ambientais, tanto naturais quanto sociais. Para o autor, diferentes contingências podem influenciar nos resultados das variações da conversão da renda sobre as possíveis vivências individuais.

Essas variações contam com pelo menos quatro importantes origens:

1] *heterogeneidades pessoais*: diversas características físicas referentes à idade, ao gênero, à deficiência, etc, as quais tornam as necessidades dos sujeitos largamente diferentes;

2] *diversidades no ambiente físico*: o alcance da renda depende das condições ambientais, incluindo condições climáticas. Segundo Sen (2009), as condições ambientais não são imutáveis e podem ser melhoradas por esforços comuns, ou agravadas pela poluição ou esgotamento.

3] *variações no clima social*: a conversão de recursos pessoais em funcionalidades é influenciada por condições sociais, como saúde pública, condições epidemiológicas, estrutura do ensino público e criminalidade. Ademais, Sen (2009) ressalta a importância das relações comunitárias abordadas na teoria do capital social.

4] *Diferenças de perspectivas relacionais*: os padrões estabelecidos de comportamento em determinada comunidade podem variar substancialmente a necessidade de renda para realizar as mesmas funcionalidades elementares, por exemplo, de país para país. Além disso, pode haver uma sobreposição de desvantagens entre as diferentes fontes de privação e essa é uma consideração de extrema importância para a compreensão da pobreza e a elaboração de políticas públicas para enfrentá-la. Sen (2009) exemplifica que as desvantagens, como idade ou deficiência, não só podem reduzir as chances de auferir renda, mas também podem tornar mais difícil a conversão da renda em capacidade, uma vez que tanto a idade quanto a deficiência podem implicar na necessidade de mais renda (para compra de recursos de tecnologia assistida, por exemplo) para realizar as mesmas funcionalidades que as demais pessoas mais jovens ou sem deficiência.

Assim, para Sen (2009), a pobreza real – relativa à privação de capacidade - pode ser muito mais intensa do que a pobreza deduzida somente com os dados sobre a renda; e essa pode ser uma consideração fundamental na avaliação da ação pública de assistência aos idosos e outros grupos com dificuldades de conversão, além de sua dificuldade para obter uma renda.

Para Amartya Sen (2009), a relevância da deficiência para o entendimento de privações é muitas vezes subestimada, apesar de ser um dos mais importantes argumentos para atentarmos para a perspectiva da capacidade:

Pessoas com deficiência física ou mental não estão apenas entre os seres humanos mais privados do mundo, elas são também as mais negligenciadas. A magnitude do problema global da deficiência é verdadeiramente gigantesca. Mais de 600 milhões de pessoas - cerca de uma em cada dez pessoas no mundo - vivem com algum tipo de deficiência significativa. Destas, mais de 400 milhões vivem em países em desenvolvimento. Nesses países, os deficientes são muitas vezes os mais pobres em termos de renda; e, além disso, sua necessidade de renda é maior do que a das pessoas fisicamente capazes, já que ela aborda a imposição monetária e assistência para a tentativa de uma vida normal e de diminuição das desvantagens. O prejuízo da capacidade de geração de renda, que pode ser chamado de "desvantagem de ganho", tende a ser reforçado e muito ampliado em seu efeito pela "desvantagem de conversão": a dificuldade em converter rendas e recursos para o bem-estar, precisamente devido à deficiência (SEN, 2009: 258).

Dessa forma, o raciocínio subjacente a favor da abordagem das capacidades traz uma diferença significativa e construtiva, segundo Sen (2009). Por exemplo, se uma pessoa tem uma renda alta, mas também tem deficiência, então essa pessoa não pode ser vista como uma pessoa muito favorecida considerando somente sua alta renda, uma vez que ela enfrenta dificuldade em traduzir essa renda em uma "boa vida" devido às adversidades que pode enfrentar devido à deficiência. Seria necessário verificar o quanto ela consegue realmente alcançar e, se assim o desejar, um estado de bem-estar, estando suficientemente apta para fazer o que tem razão para valorizar (SEN, 2009).

Uma maior compreensão das demandas morais e políticas da deficiência é especialmente importante, segundo Sen (2009), porque muitas das consequências adversas da deficiência podem ser substancialmente superadas com ajuda societária. As políticas para lidar com a deficiência podem incluir tanto a diminuição das desvantagens, quanto programas de prevenção do desenvolvimento de deficiências. Haja vista que muitas deficiências são evitáveis e muito pode ser feito não apenas para diminuir suas penalidades, mas também para reduzir sua incidência (SEN, 2009).

Nesse sentido, o autor aponta que apenas uma proporção razoavelmente moderada dos 600 milhões de pessoas que vivem com deficiência teve sua condição determinada durante a gestação ou mesmo durante o nascimento; e é facilmente observável o quanto a pobreza pode aumentar as chances da aquisição de uma deficiência por diferentes caminhos - a maioria deles relacionados à saúde precária e seus determinantes. Em países

em desenvolvimento, há evidência da relação entre a desnutrição materna na infância e deficiência. Outro caminho seria através de doenças que tem prevalência e incidência fortemente associadas com a pobreza, devidas à falta de intervenções de saúde pública (imunização), às condições precárias de moradia (como a falta de água tratada), à exposição maior a riscos ambientais (falta de condições seguras de trabalho) e acidentais (MITRA; POSARAC; VICK, 2013; SEN, 2009).

Martha Nussbaum (2013) relata que, enquanto o “enfoque nas capacidades” é desenvolvido por Amartya Sen na economia, ela o desenvolve de forma diferente na filosofia. Se, por um lado, Sen está focado na mensuração comparativa da qualidade de vida, apesar de também estar voltado para as questões de justiça social; ela, de outro, utiliza a abordagem para fornecer a “base filosófica para uma explicação das garantias humanas centrais que devem ser respeitadas e implementadas pelos governos de todas as nações, como um mínimo do que o respeito pela dignidade humana requer” (NUSSBAUM, 2013, p.84).

Nussbaum (2013) sustenta que o argumento por trás do famoso exemplo de Amartya Sen a respeito de uma pessoa na cadeira de rodas - “A razão pela qual essa pessoa tem menos capacidade do que uma pessoa “normal” para se movimentar no espaço público é completamente social, a saber: a sociedade não construiu rampas de acesso para cadeira de rodas nos espaços públicos” (NUSSBAUM, 2013, p.203) – pode ser bastante ampliado.

Essa ampliação, para Nussbaum (2013), se mostra possível considerando a sugestão de Sen de que renda e riqueza podem ser bons representantes para o que é verdadeiramente relevante se fôssemos capazes de definir as quantidades de formas a levar em consideração as assimetrias:

[...] assim, se déssemos a uma criança uma quantidade adequadamente maior de dinheiro para a comida do que para um adulto, e a um cadeirante uma quantidade apropriadamente maior de dinheiro para mobilidade, então, a princípio, renda e riqueza poderiam ser ainda medidas apropriadas da posição social relativa. Naturalmente, só poderíamos determinar a quantidade certa por levarmos as capacidades em consideração, e, assim, as capacidades ainda seriam primárias; mas, dessa forma, continuaríamos considerando-as substituíveis em termos de renda e riqueza, ao menos para o propósito do cálculo social (NUSSBAUM, 2013, p. 203).

Nussbaum (2013) acrescenta que todos os cidadãos têm direito, baseado na justiça, a todas as capacidades, até um nível mínimo adequado. Se as pessoas estão abaixo desse nível mínimo em qualquer das capacidades, isso é uma falha de justiça básica, não importa quão avançadas estejam em todas as outras. Assim, o que está errado com o uso da renda e da riqueza como medidas de posição social não pode ser plenamente capturado ao insistir-se na variabilidade da necessidade de recursos: o problema já está no tratamento das capacidades como substituíveis de acordo com uma medida única. A autora exemplifica:

Dê a um cadeirante dinheiro suficiente, e aparentemente, ele será capaz de se movimentar para onde quer que queira; o único problema é determinar a quantidade de dinheiro. Essa resposta é insuficiente. Não importa quanto dinheiro dermos a um cadeirante, ele ainda não terá acesso adequado ao espaço público, a não ser que o próprio espaço público seja modelado. [...] Deveria haver rampa de acesso em ônibus e calçadas, e todos os prédios deveriam ter rampas de acesso e elevadores acessíveis a cadeiras. Esse remodelamento do espaço público é essencial para a dignidade e o auto respeito de pessoas com impedimentos. Em resumo, a tarefa de integrar essas pessoas no espaço público é pública, requer planejamento público e um uso público de recursos. A pergunta relevante a ser feita não é quanto dinheiro indivíduos com impedimentos possuem, mas sim o que eles são capazes de fazer e ser. E, então, uma vez clarificado isso, devemos perguntar: quais são os obstáculos que impedem suas habilidades de chegar a um nível mínimo apropriado de funcionalidade? (NUSSBAUM, 2013, p. 206).

Nussbaum (2013), dessa forma, aponta que é intrínseco à abordagem das capacidades a convicção de que os bens primários a serem distribuídos na sociedade são plurais e não singulares, e que não são estimáveis em termos de uma única medida quantitativa padrão. Dessa forma, seria necessário adotar uma lista das capacidades, por mais experimental e aberta que seja; “as capacidades dessa lista serão consideradas direitos humanos centrais, em função dos quais a justiça social básica é definida” e que [...] “deve haver uma avaliação prévia que estabeleça quais são boas, e, entre as boas, quais são as mais centrais, isto é, as mais claramente envolvidas na definição das condições mínimas para uma vida humana digna” (NUSSBAUM, 2013, p. 204).

Ao analisar as necessidades específicas por tipo de deficiência, Nussbaum (2013) nos alerta que qualquer reparo neste tipo de lista pode ser perigoso. Em todas as sociedades modernas, relata a autora, há a tendência permanente de denegrir as competências das pessoas com deficiência e seu potencial de contribuição social. Parte disso seria porque o apoio efetivo a todas as suas habilidades seria muito dispendioso, e com isso, seria mais fácil evitar o fato de que pessoas com impedimentos graves, podem realmente, em muitos

casos, chegar a alto nível de funcionalidade. O uso de termos que sugerem a inevitabilidade e “naturalidade” desses impedimentos “mascara a recusa em se gastar o suficiente para mudar em amplamente a situação das pessoas com impedimentos” (p.231). À vista disso, parecia ser possível evitar os altos custos de redesenho das instituições públicas para receber essas pessoas. A estratégia utilizada para não ter esses gastos consistia em caracterizar as pessoas com impedimentos como dependentes dos outros, tanto permanente quanto inevitavelmente.

A respeito das políticas públicas em relação às pessoas com impedimentos mais graves, a autora observa que a assistência tem implicações em quase todas as capacidades centrais, tanto do assistente quanto do assistido. A lista das capacidades centrais forneceria, desta forma, um útil conjunto de critérios sociais para avaliação de quais políticas públicas devem ser adotadas. Essas políticas devem contar com duas faces: a do assistido (crianças e adultos com deficiência grave) e dos cuidadores (geralmente mulheres adultas, parentes ou não, remuneradas ou não); e estarem presentes nas três esferas – do setor público, do sistema educacional e o lugar de trabalho (NUSSBAUM, 2013).

Como veremos na próxima seção, as políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência no Brasil utilizam a CIF para categorização da deficiência. Esta mesma classificação está intimamente relacionada à abordagem das capacidades de Amartya Sen (MITRA, 2017).

A esse respeito, Mitra (2006) demonstra que é importante notar que o termo funcionalidade tem diferentes significados no modelo da CIF e na abordagem das capacidades. Na CIF, ela inclui funções que estão diretamente relacionadas à saúde (funções estruturais do corpo), bem como atividades e participação em uma ampla gama de domínios da vida (como educação, autocuidado, trabalho). O conceito de funcionalidade de Amartya Sen é mais amplo, pois inclui atividades (por exemplo, jogar futebol) e estados desejáveis (por exemplo, estar em forma), e pode ser geral (por exemplo, estar livre de sede) ou específica (por exemplo, beber vinho). A gama de funções em consideração na CIF inclui funções que são relevantes para a deficiência e são amplas o suficiente para refletir a experiência vivida da pessoa. Como tal, a CIF pode ser entendida como uma aplicação específica da abordagem de capacidade.

No tocante ao conceito de deficiência dentro da perspectiva de Amartya Sen, Mitra (2006; 2017), ao explicar o modelo de desenvolvimento humano sobre a deficiência, saúde e bem-estar, aponta que a deficiência pode ser compreendida como uma privação em termos de capacidades ou de funcionalidades, as quais resultam da interação das características pessoais de um indivíduo (como idade e deficiência) e (b) quantidade de bens (ativos, renda) e (c) meio ambiente (social, econômico, político, cultural). Segundo a autora, essa abordagem ajuda a explicar a importância das causas econômicas e suas consequências sobre deficiência a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF - da Organização Mundial de Saúde (WHO; 2001).

1.3.2 A CIF e o modelo de desenvolvimento humano sobre a deficiência

A revisão da ICIDH teve seu início durante a década de 1990 e foi encerrada em 2001, com a divulgação da CIF (WHO, 2001). O processo de revisão contou com a participação de diversas entidades acadêmicas e de movimentos sociais de pessoas com deficiência, e a partir da redefinição observamos que os domínios de saúde foram ampliados e passaram a ser descritos com base no corpo, no indivíduo e na sociedade (DINIZ, 2007).

Ao considerar que o contexto de saúde e doença é um dos pontos de partida para a avaliação da deficiência, notamos que a CIF compartilha com quase todas as outras conceituações de deficiência abordadas anteriormente, exceto a versão original do modelo social em que as deficiências são dissociadas da deficiência, que é entendida como uma "desvantagem socialmente construída" (MITRA, 2006). Consequentemente, segundo Oliver (1990), a deficiência não teria nada a ver com saúde.

A conceituação da CIF também segue o padrão de outros modelos sociais, distinguindo três dimensões ou níveis do funcionamento humano interconectadas, segundo Bickenbach (2012):

- *Funções e estruturas corporais*: funções a nível corpóreo (por exemplo, funcionamento responsável pela acuidade visual, digestão ou metabolismo) e de estruturas do corpo (membros ausentes ou lesões na medula espinhal);

- *Limitações de atividade a longo prazo*: se referem a dificuldades para executar determinadas atividades;

- *Participação*: captura a "experiência vivida da saúde" ao caracterizar o resultado da interação (invariavelmente complexa) entre as funções e capacidades em nível individual com o ambiente físico completo, levando em conta o ambiente social e atitudinal (Fatores Ambientais). Quando uma pessoa tem problemas ou dificuldades neste nível é dito que ela tem uma restrição de participação.

O retrato completo das funções e estruturas corporais de um indivíduo, os impedimentos, atividades e limitações de atividades constituem o estado completo de saúde da pessoa em termos de funcionamento (BICKENBACH, 2012). Os “problemas de saúde” se referem às doenças, lesões e complicações, enquanto as “diminuições de capacidade” são as diminuições específicas das funções e estruturas corporais, geralmente identificadas como sintomas ou sinais de problema de saúde (OMS, 2012).

A classificação de fatores ambientais descreve o ambiente no qual pessoas com diferentes níveis de funcionalidade devem viver e agir. Esses fatores podem se apresentar como facilitadores ou barreiras. Os fatores ambientais contemplam os produtos e tecnologias, o ambiente natural e construído, suporte e relacionamentos, atitudes, serviços, sistemas e políticas públicas (OMS, 2012).

A deficiência concerne às dificuldades encontradas em uma ou em todas as três áreas de funcionamento listadas acima e à interação entre as questões de saúde e fatores contextuais, como os fatores ambientais e pessoais, como demonstrado abaixo na Figura 1.

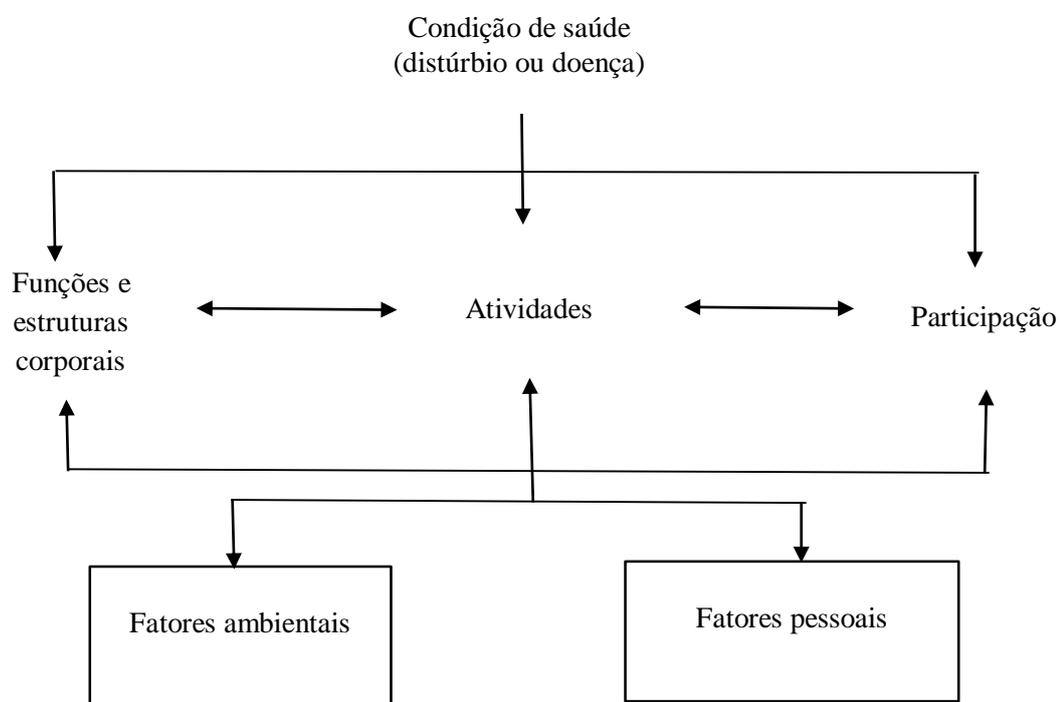


Figura 1: Representação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
 Fonte: Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2011, p.5).

Dessa forma, funcionalidade e deficiência são considerados dois termos gerais, sendo um a imagem espelhada do outro. A funcionalidade abrange as funções e as estruturas do corpo, as atividades e a participação, enquanto a deficiência inclui os impedimentos, as limitações em atividades e as restrições de participação.

A CIF é também o único modelo conceitual de deficiência que se aproxima da oferta de um sistema de classificação mais específico e objetivo dos indivíduos. Há duas escalas de 0 a 9 para avaliação dos indivíduos. Uma tocante à avaliação da capacidade, que mensura a capacidade de um indivíduo de executar tarefas ou ações em um ambiente padronizado para neutralizar o impacto de diferentes ambientes nas habilidades do indivíduo. E outra relacionada à avaliação do desempenho, que estima a experiência real vivida das pessoas no contexto atual em que vivem (MITRA, 2006). A distinção entre as duas escalas permite esclarecer o efeito do meio ambiente e como o desempenho poderia ser melhorado a partir de mudanças no meio (OMS, 2012).

Para a elaboração de políticas públicas e a entrega de serviços podem ser requeridos limites para a gravidade da incapacidade, limitações para realizar ou restrição à participação em certas atividades. Dessa forma, a CIF favorece as atividades de pesquisa, fiscalização e informação relacionadas à descrição e mensuração da saúde e da deficiência, incluindo: a avaliação da funcionalidade individual, estabelecimento de metas, tratamento, e monitoração; mensuração dos resultados finais, avaliação de serviços; e determinação da elegibilidade para participação de políticas públicas (OMS, 2012).

Segundo Diniz *at al* (2010), apesar da diversidade de experiências das pessoas com impedimentos, a CIF tem pretensões universais, as quais podem ser abordadas de duas formas: 1] como reconhecimento da força política do modelo social da deficiência para a revisão do documento: de uma classificação de corpos anormais (ICIDH) para uma avaliação complexa da relação entre indivíduo e sociedade (CIF). Uma pessoa com impedimentos não é somente um corpo com impedimentos, mas uma pessoa com impedimentos vivendo em um ambiente com barreiras. A segunda maneira é compreender a afirmação universalista da CIF é também resultado do modelo social: o corpo com impedimentos não é uma tragédia individual ou a expressão de uma alteridade distante, mas uma condição do progresso biotecnológico e do envelhecimento (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2010).

Segundo Bickenbach (2012), a CIF deve ser reconhecida como um produto intelectual e uma ferramenta cientificamente válida, mas o mais importante é um instrumento de capacitação, especialmente à luz de seu potencial papel no monitoramento nacional de mecanismos estabelecidos pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências. A concepção de deficiência utilizada nesta Convenção aponta para a um conceito em evolução, sendo a deficiência o resultado da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (Brasil, 2009).

No Brasil, a partir do Decreto nº 6.949/2009 a CIF passou a ser considerada para avaliação da deficiência e definições de critérios de elegibilidade ao Benefício de Prestação Continuada. A CIF também foi utilizada como critério de classificação das deficiências no Censo 2010.

Apesar de não ter regulamentação do instrumento a ser criado pelo Poder Executivo para avaliação da deficiência, conforme previsto no §2º do art. 2º da Lei 13.146/2015 – Lei Brasileira de Inclusão – a ser utilizado para cumprimento da Lei de Cotas no mercado formal de trabalho, o Ministério do Trabalho, por meio da Secretaria de Inspeção no trabalho e da Divisão de Fiscalização para Inclusão de Pessoas com Deficiência e Combate à Discriminação no Trabalho disponibiliza um documento a ser utilizado até que haja a referida regulamentação. No documento, Vilela (2018) enfatiza a necessidade da descrição dos impedimentos (alterações nas funções e anatomia do corpo), das limitações no desempenho de atividades da vida diária e das restrições de participação social que a pessoa apresenta. Ressalta que essas limitações não se referem às limitações para o trabalho, “pois pressupõe-se que seu posto de trabalho está adaptado e acessível, mas para as funções do dia a dia, em comparação com uma pessoa que não tem o impedimento” (VILELA, 2018, p. 18).

Vilela (2018) aponta o fato do Brasil ser signatário da CDPD e priorizar a avaliação da funcionalidade, com a avaliação das atividades e das barreiras, seguindo os preceitos da CIF. Dessa forma, a avaliação da deficiência está

sendo adaptada de seu modelo muito voltado para critérios médicos, que prevalecia nos Decretos 3298/99 e 5296/2004, para um modelo biopsicossocial, em que a pessoa deve ser avaliada no contexto em que vive, de modo a compreender-se até que ponto o impedimento corporal se torna deficiência por limitar suas atividades e participação na sociedade em função das barreiras existentes e da falta de apoios. A deficiência é um reflexo da sociedade e do ambiente, não uma alteração no corpo. Estamos em uma fase de transição entre os critérios antigos e os que serão adotados após a regulamentação do Instrumento de Funcionalidade Brasileiro IF-Br para a Lei de Cotas.

A compreensão da concepção de deficiência da CIF é de fundamental importância nesta pesquisa. Tanto para a compreensão daqueles que foram considerados indivíduos com deficiência no Censo de 2010, a ser utilizado na parte empírica, quanto para o entendimento do público atendido pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) e para aquele que está no mercado formal de trabalho, por meio do cumprimento da Lei de Cotas.

A partir de 2007, com a publicação do Decreto nº 6.214 (BRASIL, 2007), a CIF é utilizada para embasar a avaliação social e médica para concessão do BPC. Em 2013, houve a publicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro – IF-Br (FRANZOI; XEREZ; BLANCO; AMARAL *et al.*, 2013), baseado na CIF. Este instrumento sofreu adaptações para aplicação à aposentadoria da pessoa com deficiência, recebendo a denominação de

IF-BrA pela Portaria Interministerial²² nº 01/2014 (BRASIL, 2014a), que aprovou o instrumento destinado à avaliação do segurado da Previdência Social e à identificação dos graus de deficiência, bem como define impedimento de longo prazo (prazo mínimo de dois anos) para os efeitos do Decreto nº 3.048/99.

No mercado formal de trabalho, em relação à avaliação da deficiência para cumprimento desta Lei, observamos que a mudança dos critérios de avaliação, referentes ao modelo biológico para o modelo da CIF, tem impacto sobre as deficiências que podem ser consideradas para seu cumprimento. Esta população de pessoas com deficiência será analisada na presente pesquisa por meio dos bancos de dados da RAIS – Relação Anual do Inventário Social, disponibilizada pelo Ministério do Trabalho e Emprego²³.

Notamos o aumento da abrangência do público atendido pela Lei, a partir da CIF, a partir da consideração de pessoas com deficiência psicossocial, caso do transtorno do espectro autista²⁴, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, síndromes epiléticas e rebaixamento cognitivo/intelectual após os 18 anos (Vilela, 2018). Antes, com base no Decreto nº 3.298/99, só eram consideradas aquelas com funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos (BRASIL, 1999).

Vilela (2018) ressalta que as deficiências psicossociais, agora consideradas, também impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades, limitando essas pessoas em relação a duas ou mais habilidades adaptativas, referentes à comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização de recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

²²A Portaria foi assinada pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, da Previdência Social, da Fazenda, do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Advocacia-Geral da União.

²³Durante a declaração da RAIS, as empresas devem relacionar os empregados que possuem deficiência e por tipo. Para que esse empregado seja computado para cumprimento da cota de pessoas com deficiência é necessário que ele apresente um laudo profissional. Se antes esse laudo devia se restringir somente às limitações biológicas, agora se torna possível a consideração das limitações de atividades e restrições de participação para caracterização da deficiência.

²⁴Viela (2018) explica que antes da Convenção da ONU, somente com os critérios relativos à deficiência presentes no Decreto nº 3298/99, as pessoas com o transtorno do espectro autista não entravam para a cota pois a inteligência era superior a média. A partir da Convenção, os critérios para consideração do autismo enquanto deficiência foram revistos. A Lei 12.764/12 contempla essa revisão e aborda a pessoa com transtorno do espectro autista como aquela portadora de síndrome clínica caracterizada por: a) deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; b) padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a CIF se mostra de grande relevância para a consideração de pesquisas sobre a deficiência em nível global, bem como para o planejamento, definição de público-alvo e implementação de políticas públicas no Brasil (BRASIL, 2007; 2008; 2009; BRASIL, 2012; BRASIL, 2014a; 2015; FRANZOI; XEREZ; BLANCO; AMARAL *et al.*, 2013; SABARIEGO, 2016; VILELA, 2018).

No entanto, Mitra (2006, 2017) apresenta algumas limitações ao modelo de deficiência da CIF, principalmente em relação à deficiência e sua relação com a pobreza. No modelo da CIF, a autora aponta que a consideração do alcance econômico dos indivíduos é feita a partir do emprego remunerado e da autossuficiência nos domínios da atividade e participação. Somente com esse enfoque, a questão sobre se os recursos disponíveis e o ambiente econômico influenciam diretamente se uma pessoa é considerada deficiente permaneceu sem resposta.

Em revisão aos modelos de análise da deficiência, Mitra (2006) ressalta que somente modelo social reconhece que a pobreza tem consequências sobre a deficiência²⁵. Neste modelo, a deficiência é geralmente entendida como o resultado da opressão social, que pode começar na forma de pobreza e, mais tarde, levar à deficiência. Sob a abordagem da capacidade, a pobreza é vista como um fator que interage com as características e o ambiente do indivíduo, levando à deficiência.

Nesse sentido, Mitra (2017) ressalta que durante as décadas de 2000 e 2010, houve um rápido crescimento da literatura a abordagem da capacidade sobre a deficiência. Como visto nesta seção, a abordagem da capacidade foi usada por Martha Nussbaum (2013) e Amartya Sen (2009) para lidar com diferentes questões relacionadas a deficiências, assim como para a busca de respostas às demandas de justiça que podem estar associadas à deficiência (NUSSBAUM, 2013). Além disso, ela também foi considerada por pesquisadores de diferentes áreas, incluindo a fundamentação filosófica dos direitos humanos em relação à deficiência (VENKATAPURAM, 2014), a avaliação de políticas relacionadas à deficiência (DÍAZ RUIZ; SÁNCHEZ DURÁN; PALÁ, 2015), os desafios que precisam ser abordado para que a educação seja inclusiva da deficiência

²⁵A dimensão econômica não foi considerada no modelo médico e no modelo de Nagi (1965; 1991), a privação econômica associada a uma deficiência pode ser entendida como a consequência de uma incapacidade de desempenhar o papel do trabalho, refletindo, implícita e indiretamente, esse aspecto econômico da deficiência, deixando de ser mensurado como este aspecto e os recursos disponíveis podem afetar diretamente a deficiência da pessoa (Mitra, 2006).

(MUTANGA; WALKER, 2015; TERZI; TERZI, 2005) e avaliações comparativas do bem-estar em todo o estado de deficiência (DUBOIS; TRANI, 2009; GROCE; BAILEY; LANG; TRANI *et al.*, 2011; GROCE; KETT; LANG; TRANI, 2011; HANASS-HANCOCK; NENE; DEGHAJE; PILLAY, 2017; JILL; TAMLYN, 2017; MITRA, 2006; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MITRA; SAMBAMOORTHY, 2008; TRANI; BAKHSHI; BROWN; LOPEZ *et al.*, 2018; TRANI; LOEB, 2012).

O grande número de pesquisas avaliativas e comparativas de bem-estar se deve, segundo Mitra (2017) à motivação dada pela abordagem da justiça feita por Amartya Sen (2009). Para a autora, essas pesquisas podem levar a insights sobre a extensão e a natureza das privações experimentadas por pessoas com deficiência, as quais têm implicações para políticas e reformas projetadas para remediá-las e, portanto, poderiam ser mais justificadoras da justiça. A autora realça que essa busca está de acordo com a mensagem geral de Sen (2009, p. 401):

A identificação das exigências transcendentais de uma sociedade plenamente justa, se fosse possível fazer tal identificação, teria, é claro, muitas outras demandas sobre como idealizar uma sociedade atual - se tais mudanças poderiam realmente ser implementadas. Mudanças ou reformas que aumentam a justiça exigem avaliações comparativas, não apenas a identificação imaculada *de uma* "sociedade justa" (ou 'das instituições justas') (grifos do autor).

Mitra (2006) sugere a abordagem das capacidades de Amartya Sen para compreensão de como a pobreza é vista como um fator que interage com as características e o ambiente do indivíduo, podendo levar à deficiência. Para entendimento da deficiência, a abordagem das capacidades permite que a deficiência seja diferenciada em dois níveis: no nível de capacidade (como deficiência potencial), e no nível de funcionalidade (como deficiência real). Além da CIF, que possui duas escalas – uma de capacidade e outra de desempenho -, os modelos discutidos anteriormente não diferenciam entre dois níveis de deficiência (Mitra, 2006).

Além disso, na abordagem das capacidades há grande diversidade na ligação entre um dado impedimento e a deficiência resultante, a qual depende de diferentes fatores. A abordagem de capacidade considera esses fatores no nível individual por meio dos recursos disponíveis, do ambiente e das características pessoais. A CIF reconhece que um indivíduo pode ter participação restrita por muitas razões, incluindo os fatores pessoais. Todavia, na prática, no entanto, em sua classificação, a CIF não aborda outras

circunstâncias, como as socioeconômicas. A avaliação desses fatores é deixada a critério do usuário da classificação, se necessário. Assim, o escopo da capacidade e a privação de funcionalidade limita-se a questões relacionadas à saúde e a falta de uma consideração explícita e central dos recursos pode ser considerada uma falha da CIF, especialmente se usada para países, comunidades, grupos ou indivíduos economicamente carentes (Mitra, 2006).

Mitra (2006) salienta ainda que a abordagem das capacidades vai além do considerado nos modelos anteriores ao abranger a dimensão econômica por meio de uma explicação da carga e ambiente econômico vivenciado pela pessoa com deficiência. Ao fazer isso, acrescenta uma dimensão econômica intrínseca à deficiência.

Por definição, os impedimentos limitam a capacidade de ganhos e colocam restrições nos padrões de gastos de uma pessoa e, portanto, constituem um fardo econômico tanto individual quanto familiar, e que podem levar a uma deficiência em nível de capacidade ou funcionalidade. O ambiente econômico influencia as oportunidades práticas, em termos de emprego ou autossuficiência que as pessoas com deficiência têm, bem como os custos de alcançar determinadas funcionalidades. Compreender a carga econômica e o ambiente econômico da deficiência faz parte da compreensão da deficiência (MITRA, 2006: 242).

Em sua abordagem da capacidade, Sen (2009) enfoca o tipo de vida que as pessoas são capazes de viver, isto é, sua capacidade de alcançar ou realizar, o que elas conseguem ser ou fazer. A posse de *commodities* (como comida), é valiosa apenas na medida em que permite que a pessoa faça ou seja uma série de coisas. A capacidade implica na “oportunidade prática”; e a funcionalidade inclui atividades e estados desejáveis, como “estar bem nutrido” ou “estar livre de malária”. Sem ainda distinguir duas formas de ver os interesses e a realização da pessoa: "bem-estar" e "vantagem". O bem-estar refere-se à realização de uma pessoa, à sua funcionalidade, o que uma pessoa realmente consegue ser ou fazer. A vantagem refere-se às oportunidades reais que uma pessoa encontra, entre as quais terá a liberdade de escolher. O conjunto de vetores das capacidades segue para funcionalidade, sobre o qual a pessoa tem a liberdade de escolher (Mitra, 2006).

A relação entre os diferentes fatores identificados na abordagem das capacidades está apresentada na Figura 2. Nela, observamos que a cesta de *commodities* disponíveis para uma pessoa, as características do ambiente em que vive e as suas características pessoais influenciam as oportunidades práticas, as capacidades que levam às funcionalidades, ou seja, aquilo que a pessoa consegue ser ou fazer. As funcionalidades são um subconjunto do conjunto de capacidades: são as capacidades que as pessoas escolhem alcançar.

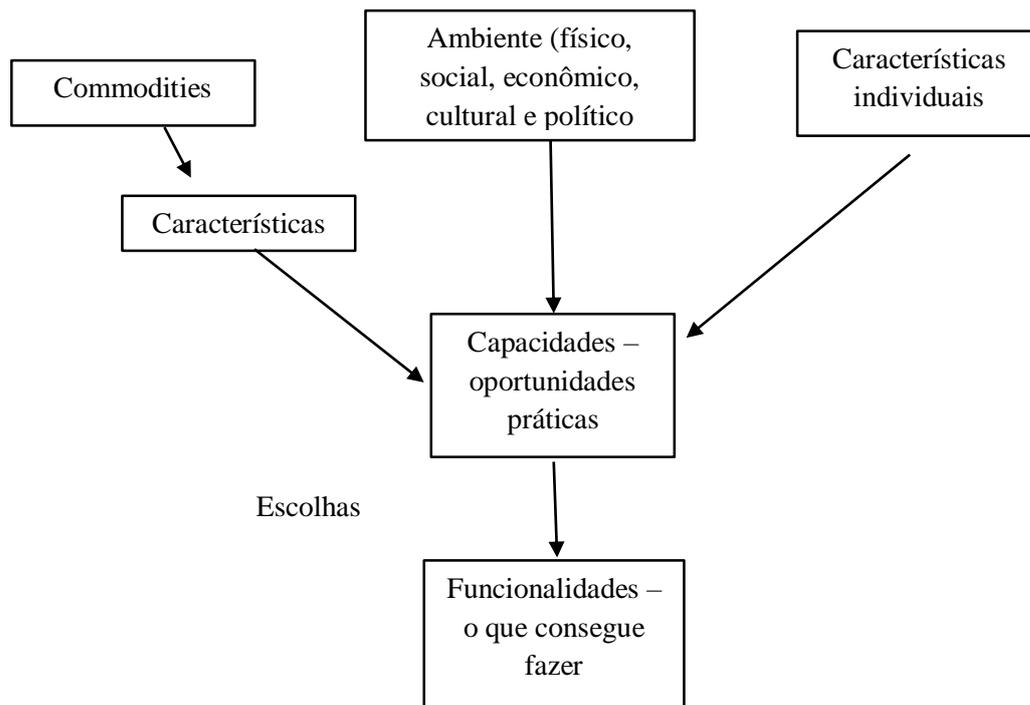


Figura 2: A abordagem das capacidades

Fonte: The Capability Approach, página 240, Mitra (2006).

Nesta esteira, o custo de alcançar uma dada capacidade varia dependendo do ambiente da pessoa, incluindo a riqueza média da sociedade em que a pessoa vive. Aplicado à deficiência, o custo de pessoas com limitações de mobilidade alcançarem a mobilidade varia enormemente de país para país, dependendo da disponibilidade local de tecnologia assistencial, bem como do ambiente físico local. O custo de alcançar um determinado nível de cuidados de manutenção através de assistência pessoal será maior em uma sociedade que é geralmente mais rica.

Mitra (2006) ressalta que esta abordagem não é uma estrutura rígida com listas fechadas de *commodities*, dimensões ambientais, características pessoais, capacidades e funções. Para a autora, Sen deixou voluntariamente a abordagem da capacidade incompleta para permitir a pluralidade e não propôs uma única métrica para medir o bem-estar, tampouco forneceu um método para classificar conjuntos de capacidades. Dependendo do problema em questão e das circunstâncias, uma variável específica pode ser uma característica pessoal, uma capacidade ou uma funcionalidade.

A abordagem de capacidade, dessa forma, fornece uma estrutura conceitual para a compreensão do ciclo existente entre a pobreza e a deficiência, incluindo os recursos disponíveis e o ambiente econômico da pessoa entre os fatores que podem levar à deficiência. A partir dessa consideração, a abordagem aponta para a necessidade de entender melhor os determinantes socioeconômicos dos impedimentos corporais e da deficiência para promover a prevenção como um elemento essencial das políticas que abordam conjuntamente a pobreza e a deficiência (MITRA, 2006).

Em 2017, a partir da abordagem das capacidades de Amartya Sen (2009), da CIF e da consideração dos estudos médicos e sociais, Mitra (2017) propõe o modelo de desenvolvimento humano da deficiência, que tem por objetivo fornecer uma estrutura conceitual para descrever e explicar as condições de saúde, impedimentos corporais, deficiência, bem como suas causas e consequências.

Mitra (2007) ressalta que o modelo de desenvolvimento humano considera em sua estrutura as crescentes evidências sobre os determinantes socioeconômicos sobre a saúde desenvolvidas pela área de epidemiologia social, e se baseia nas extensas literaturas sobre a abordagem de capacidade em geral, em particular sobre a deficiência. O modelo proposto organiza e mapeia os conceitos existentes nestas literaturas de uma nova maneira com o intuito de descrever e explicar as privações de saúde, suas causas e consequências sobre o bem-estar.

Nesta organização e mapeamento, o bem-estar resulta da interação entre as privações de saúde, as características individuais, os recursos e o ambiente (fatores estruturais). A privação de saúde é um ingrediente necessário, mas não suficiente, para a deficiência. A partir desta definição, nem todas as pessoas com impedimentos/condições de saúde são pessoas com deficiência, mas todas têm algum potencial de ter uma deficiência (MITRA, 2017).

Dessa forma, Mitra (2017) ressalta a noção contínua, multidimensional e potencialmente heterogênea de bem-estar e privação que esse modelo usa para definir a deficiência. Conforme podemos observar na Figura 3, as setas descrevem possíveis links bidirecionais entre diferentes componentes do modelo. As características individuais podem incluir tanto informações demográficas simples (como sexo, raça/etnia e idade), quanto características mais complexas, como traços de personalidade. Os recursos incluem bens, serviços e informações. Eles podem pertencer ao próprio indivíduo, ou denotar recursos

que ele pode acessar através da família ou comunidade (bens públicos). Os fatores estruturais são amplos e cobrem aspectos físicos, sociais, econômicos, epidemiológicos, e políticos do contexto do indivíduo. Os fatores estruturais referem-se às características do ambiente do indivíduo: o ambiente imediato (por exemplo, família, casa e local de trabalho), o mesoambiente (a comunidade) e o macroambiente (regional, nacional). Em cada um desses níveis, os fatores estruturais podem influenciar as capacidades e os funcionamentos.

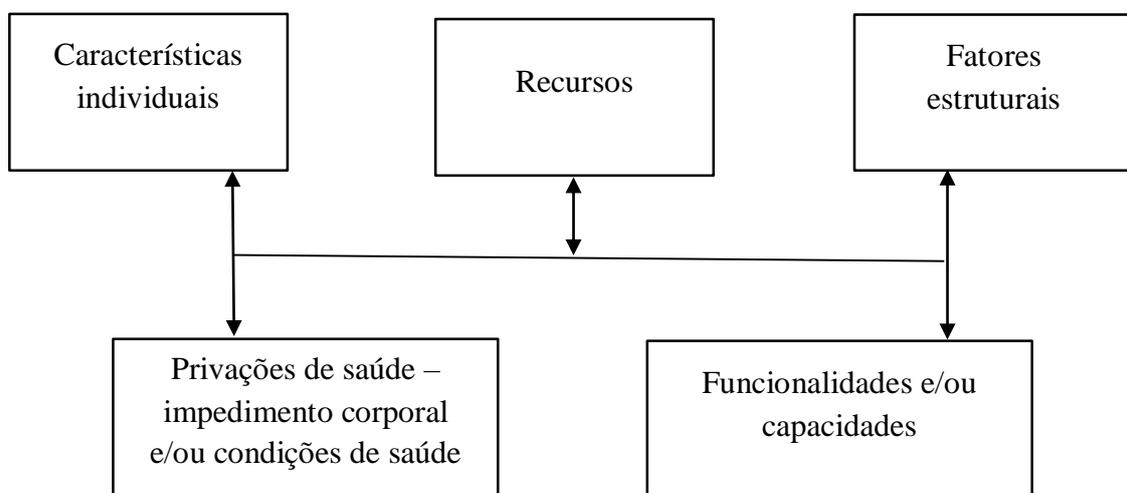


Figura 3: Modelo de desenvolvimento humano
 Fonte: Mitra (2017), página 17, figura 2.1.

As *funcionalidades e capacidades*, segundo Mitra (2017), são as principais chaves do modelo de desenvolvimento em particular e seguem a mesma conceituação da abordagem das capacidades. Da mesma forma, o *bem-estar* é multidimensional e este conceito está intimamente ligado ao do desenvolvimento humano, uma vez que Amartya Sen considera o desenvolvimento como o processo que expande as capacidades. A autora descreve da seguinte forma os demais conceitos abordados no modelo:

- As *privações de saúde* incluem os impedimentos corporais e condições de saúde, que são definidas usando as definições da OMS, onde o impedimento é um "problema na função ou estrutura do corpo como desvio ou perda significativa" (WHO, 2001) e a condição de saúde é definida de maneira ampla conforme a CIF (OMS, 2012), que pode se referir a uma doença, distúrbio, sintoma ou lesão.

- A *deficiência* é definida como uma privação em termos de funcionalidade(s) e/ou capacidade(s) entre pessoas com privações de saúde e resulta da interação entre os recursos, as características individuais, os fatores estruturais e as privações de saúde; e identifica um tipo específico de privação ou desvantagem que pode ser o alvo das políticas públicas.

- Os *recursos* referem-se a bens, serviços ou informações próprias ou disponíveis para o indivíduo. As restrições estruturais no ambiente são incluídas nos *fatores estruturais*. Eles incluem o ambiente físico (terreno, clima, arquitetura), o ambiente econômico (mercados de trabalho), atitudes sociais, leis e instituições (domicílio, escola e emprego) serviços, sistemas e políticas (transporte, saúde e serviços sociais), cultura, produtos e tecnologia.

- Os *fatores pessoais* (idade, sexo, raça/etnia) podem interagir com as privações de saúde na conversão de recursos em bem-estar. Por exemplo, em um ambiente onde as mulheres são constrangidas em seus movimentos fora de suas casas, uma cadeira de rodas não se traduzirá em mobilidade para mulheres com lesão medular (MITRA, 2017).

Além dos fatores considerados no esquema interativo, Mitra (2017) ressalta que o modelo de desenvolvimento humano considera, assim como a abordagem das capacidades, as *funções de conversão*, *diversidade humana* e *agência*. A consideração da diversidade humana abrange o entendimento de que as privações de saúde podem levar a diferenças nos fatores de conversão e diferenças nos conjuntos de capacidades e, portanto, são fontes de diversidade. A *agência* é capacidade de perseguir objetivos valorizados, de agir e provocar mudanças, se um indivíduo é capaz de agir em nome daquilo que lhe interessa ou do que ele/ela tem para valorar.

Por *diferença entre meios e fins*, Mitra (2017) aponta que esse é o objetivo último da abordagem de capacidade, do modelo de desenvolvimento humano e de suas aplicações, que em particular, servem para descrever, explicar e comparar as funcionalidades e/ou capacidades das pessoas.

Neste caminho, entendemos que no modelo de desenvolvimento humano o foco é verificar como as privações de saúde podem se relacionar com outras dimensões de bem-estar. O propósito das pesquisas ou iniciativas políticas guiadas por este modelo é melhorar o desenvolvimento humano, ou seja, expandir as funcionalidades/capacidades dos indivíduos em privações de saúde ou expandir as funcionalidades/capacidades,

evitando as privações de saúde. Os recursos ou fatores estruturais (serviços de saúde, mecanismos de assistência) e outros meios podem ser usados para atingir este objetivo, mas não são fins em si (MITRA, 2017).

Desta forma, as funcionalidades e/ou capacidades são o espaço avaliativo e é necessário especificar quais funcionalidades ou capacidades refletem os valores das pessoas consideradas ou são relevantes para um exercício em particular, e quais são os critérios ou raciocínios usados na elaboração desta especificação. Por exemplo, Mitra (2017) sugere um exercício analítico para informar quais políticas podem ser destinadas a melhorar o acesso à escola para crianças com deficiência. Para tanto, seria necessário se concentrar nas capacidades e/ou funcionalidades relacionadas à frequência escolar, progressão escolar e interações com as crianças na sala de aula. Os fatores estruturais relevantes abrangeriam a acessibilidade física de edifícios, a capacitação dos docentes e as mensalidades escolares.

A partir das considerações sobre a abordagem das capacidades e o modelo de desenvolvimento humano nesta seção, notamos que em suas abrangências, ambos se concentram nos recursos e necessidades econômicas das pessoas com deficiência, assim como no bem-estar econômico desse subgrupo da população e sua comparação com a da população em geral. Todavia, para Mitra (2006, 2017) o bem-estar econômico das pessoas com deficiência recebeu atenção limitada tanto nos países em desenvolvimento quanto nos industrializados. Até então, segundo a autora, apenas o aspecto da renda se mostrou diferenciado em trabalhos anteriores sobre o bem-estar econômico dessas pessoas. Na próxima seção buscaremos discutir as interfaces e inter-relações entre deficiência e pobreza especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

1.3.3 Deficiência e pobreza

Por favor, lembrem-se que eu não sou vitimado por uma arma de fogo ou por um bandido, eu sou vitimado por uma sociedade que é injusta, e que permite esse tipo de coisa acontecer, como aconteceu comigo.

Marcelo Yuka, 2012²⁶.

A sociedade injusta descrita por Yuka pode ser exemplificada através dos dados do Censo 2010, em relação às pessoas com deficiência: estas pessoas estão presentes entre os grupos mais vulneráveis: são majoritariamente negras, com níveis menores de escolaridade, mais presentes em trabalhos precários e informais, com renda familiar inferior a 1 salário mínimo *per capita* e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país (Gracia e Maia, 2014; Almeida et al, 2018).

Em 2000, Marcelo Yuka parou de andar depois de ser baleado em um assalto, aos 35 anos de idade. Em 2017, a Rede Sarah de Reabilitação²⁷ verificou a maioria masculina entre os pacientes internados devido a lesões causadas por armas de fogo. Esta maioria compôs o segundo maior conjunto de pacientes com lesões oriundas de causas externas. Por causas

²⁶ Marcelo Yuka, nome artístico de Marcelo Fontes do Nascimento Viana de Santa Ana (1965 - 2019), foi músico, compositor, ativista político e palestrante. Foi um dos fundadores da banda O Rappa e, posteriormente do grupo F.UR.T.O. Em 2000, Marcelo ficou paraplégico após ser baleado em um assalto. A história de Marcelo, bem como a fala citada, foram apresentadas no documentário *Marcelo Yuka e o caminho das setas*, de Daniela Broitman (2012)

²⁷ A Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação é mantida pela Associação das Pioneiras Sociais (APS), órgão instituído pela Lei nº 8.246/91, de 22 de outubro de 1991. Hoje é constituída por nove unidades, localizadas em diversas capitais brasileiras, que realizam mais de 19 milhões de procedimentos por ano. Tem por meta devolver ao cidadão brasileiro os impostos pagos por meio de atendimento público de alta qualidade, com tecnologia de ponta e humanismo, alcançando todos os níveis da população. Na execução de suas atividades, são objetivos estratégicos: 1] Prestar assistência médica e de reabilitação, de excelência e gratuita, nas áreas neurológica e ortopédica; 2] Desenvolver programas de formação e qualificação para estudantes e profissionais de outras instituições e manter programas de educação continuada para profissionais; 3] Exercer ação educacional na sociedade visando prevenir a ocorrência das principais doenças atendidas na Rede SARAH; 4] Desenvolver pesquisa científica.

externas, entende-se as causas não naturais ou causas violentas, as quais englobam os acidentes e as violências propriamente ditas (auto e hetero infligidas)²⁸.

Ao entrevistar os pacientes, verificou-se que 20% deles sofreram algum acidente de trânsito ou foram vítimas de agressão. Os dados obtidos mostram o quanto os jovens no Brasil são vulneráveis a essas violências: dentre aqueles, 47,6% tiveram as lesões causadas por acidentes de trânsito (especialmente com motos) e 23,8% dos casos foram causados por agressões incluindo armas de fogo e armas brancas (Sarah, 2017).

A maior incidência isolada de casos de acidentes de trânsito ocorreu com motocicletas (52,7%) e por automóvel utilitário (36,8%). As vítimas eram, em sua maioria, jovens e adultos homens (74,6%), solteiros (64,4%) e residentes em área urbana (73,5%). Ressalta-se que na faixa etária de 20 a 29 anos foi encontrada a proporção de 4 homens para cada mulher (Sarah, 2017).

Em relação as lesões causadas por armas de fogo, observamos a significativa diferença entre pacientes do sexo masculino e do sexo feminino: os homens foram 7 vezes mais numerosos do que as mulheres. A maior incidência isolada de casos de lesões decorrentes de agressão por arma de fogo ocorreu na faixa de 20 a 29 anos, e vale ressaltar que a faixa etária de 10 a 19 anos concentrou quase $\frac{1}{4}$ dos pacientes envolvidos nesse tipo de lesão. A idade média que possuíam na ocasião da agressão foi de 26,8 anos. Majoritariamente, os pacientes foram feridos na rua (49,0%), em período noturno (67,5% dos casos) e entre sexta-feira e domingo (52,0%). Em relação ao agente da agressão, a maioria dos pacientes relatou ter sido vítima de bandido (38,5%) ou de desconhecido (30,7%) (SARAH, 2017).

A população de homens jovens também se mostra, em maioria, entre as vítimas de homicídio no Brasil. Segundo a pesquisa sobre o Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade Racial – IVS (BRASIL, 2014b), os homicídios são a grande tragédia da população jovem, masculina e negra. O panorama nacional apresenta uma taxa de homicídio entre jovens negros 155% maior do que a de jovens brancos. A pesquisa teve por objetivo mensurar a vulnerabilidade à violência entre adolescentes e jovens de 12 a 29 anos para as 27 unidades da federação e incorporar a existência de desigualdades de raça/cor a partir do risco relativo de negros e brancos serem vítimas de homicídios.

²⁸ Mais informações disponíveis no sítio eletrônico <http://www.sarah.br/programas-educacionais/estudos-epidemiologicos/>.

Foram consideradas as mortalidades de adolescentes e jovens por homicídios e por acidentes de transportes, e as dimensões socioeconômicas e de desigualdades socioeconômicas foram utilizadas como controle do contexto em que se analisa os indicadores relacionados diretamente à violência.

Os dados da referida pesquisa demonstram que, de modo geral, os municípios com mais de 100 mil habitantes e/ou as unidades da federação que apresentam situações mais graves de exposição juvenil à violência são aqueles com altos indicadores de violência letal. Porém, mesmo nos casos classificados como de baixa vulnerabilidade, parece haver uma sobre representação de negros, reforçando a desigualdade racial e a necessidade de políticas de prevenção mais focalizadas nesse grupo de risco (BRASIL, 2014b).

Esses resultados foram corroborados pelo Atlas da Violência no Brasil (CERQUEIRA; LIMA; BUENO; VALENCIA *et al.*, 2017). Entre 2005 e 2015, enquanto foi verificado um crescimento de 18,2% na taxa de homicídio de negros, a mortalidade de indivíduos não negros diminuiu 12,2%. De cada 100 pessoas que sofreram homicídio no Brasil, 71 eram negras. Quando considerada apenas a população jovem masculina, observamos uma dinâmica parecida, apenas com um patamar diferente, uma vez que mais de 92% dos homicídios acometeram os homens.

Os dados da Rede Sarah também sugerem a possibilidade de uma maior vulnerabilidade e/ou exposição dos homens à violência armada em geral, e em especial à violência interpessoal não-delitual, concentrada nos casos de brigas, discussões ou desavenças com pessoas desconhecidas, com conhecidos ou amigos (SARAH, 2017). Entre as pacientes da Rede Sarah, os dados relativos ao agente da agressão confirmaram uma maior predisposição das mulheres à violência passional produzida por companheiros, uma vez que nas demais categorias as proporções de homens foram sempre superiores as de mulheres e parecem corroborar a vitimização da mulher frente à violência conjugal (SARAH, 2017).

Nesse mesmo sentido, os dados do Atlas da Violência revelam um quadro grave, e indicam também que muitas das mortes de mulheres poderiam ter sido evitadas. Em inúmeros casos, até chegar a ser vítima de uma violência fatal, a mulher é vítima de uma série de outras violências de gênero, como a violência psicológica, patrimonial, física ou sexual, em um movimento de agravamento crescente, mas que muitas vezes, antecedem

o desfecho fatal. A respeito da mortalidade das mulheres devido a armas de fogo, os autores destacam que os dados guardam diferenças significativas se compararmos as mortes de mulheres negras e não negras (CERQUEIRA; LIMA; BUENO; VALENCIA *et al.*, 2017).

Enquanto a mortalidade de mulheres não negras teve uma redução de 7,4% entre 2005 e 2015, atingindo 3,1 mortes para cada 100 mil mulheres não negras (abaixo da média nacional), a mortalidade de mulheres negras teve um aumento de 22%, chegando à taxa de 5,2 mortes para cada 100 mil mulheres negras (acima da média nacional). Para os autores essa verificação é uma evidência de que a combinação entre desigualdade de gênero e racismo é extremamente perversa e configura uma variável fundamental para a compreensão da violência letal contra a mulher no país (CERQUEIRA; LIMA; BUENO; VALENCIA *et al.*, 2017).

No tocante às regiões do país, Cerqueira et al (2017) apontam que os 10 estados onde houve maior crescimento no uso da arma de fogo para cometer homicídios estão no Norte ou Nordeste, regiões onde a aumento da criminalidade violenta letal foi mais acentuado. Especificamente em relação ao indicador de violência letal entre jovens, ao desagregar por raça/cor, as taxas de mortalidade por homicídio entre jovens negros são superiores em todas as regiões, com a maior discrepância verificada na região Nordeste, cuja taxa de homicídios entre jovens negros (87,0) é quase 4 vezes superior a de jovens brancos (17,4) (Brasil, 2014b). Nessa esteira, os resultados encontrados na pesquisa sobre o IVS demonstram que os fenômenos socioeconômicos e demográficos que vulnerabilizam a população jovem brasileira são territorialmente localizados (BRASIL, 2014b).

Para Cerqueira *et al* (2017) o drama da juventude perdida no Brasil demonstra, de um lado, a perda de vidas humanas, do outro, a falta de oportunidades educacionais e laborais que condenam os jovens a uma vida de restrição material e de anomia social, que terminam por impulsionar a criminalidade violenta. Os autores ressaltam ainda que uma das maneiras principais que o desempenho econômico pode afetar a taxa de criminalidade nas cidades se refere ao mercado de trabalho. O crescimento econômico aumenta a oferta de postos de trabalhos, ao mesmo tempo em que eleva o salário real do trabalhador. Isto faz com que o custo de oportunidade de entrar no mundo da criminalidade urbana aumente, diminuindo os incentivos a favor do crime.

Cerqueira e Moura (2015), por meio dos dados dos Censos Demográficos de 1980 a 2010 e informações de mortalidade do SIM/MS/SVS/Dasis²⁹, avaliaram o efeito da taxa de desemprego entre os homens de 15 a 65 anos sobre a taxa de homicídios e encontraram um sinal positivo, não somente para a média geral, mas também ao restringir essa variável para o grupo dos jovens de 15 a 29 anos, independentemente da escolaridade. O aumento de 1% na taxa de desemprego dos homens está associada ao aumento de 2,1% na taxa de homicídio. Por sua vez, o aumento de 1% na taxa de desemprego dos homens jovens, eleva em 2,5% a taxa de homicídios local, sendo esse efeito crescente com a idade do jovem.

O emprego, juntamente com a educação, e a proporção de gastos com saúde sobre o total de gastos são as três dimensões determinantes sobre a condição de pobreza entre as pessoas com deficiência quando comparadas àquelas sem deficiência (MITRA; POSARAC; VICK, 2013). Por outro lado, segundo Dalal (2010), mais de 50% das deficiências que poderiam ser evitadas estão diretamente relacionadas à pobreza. A deficiência e a pobreza são indissociáveis e estão em um círculo vicioso onde se reforçam, fazendo com que as pessoas com deficiência e pobres sejam o grupo em maior desvantagem social.

Segundo o autor, as pessoas com deficiência são aproximadamente 10% da população em qualquer país e representam por volta de 20% da população pobre do mundo. Dalal (2010) ressalta que a participação dessas pessoas em programas de desenvolvimento é suprimida pela exclusão social e barreiras físicas. Por consequência, as pessoas com deficiência estão em baixos níveis de três índices socioeconômicos: saúde, educação e emprego. Assim, para romper com entraves psicossociais e físicos, seria essencial promover o acesso em condições iguais de participação das pessoas pobres e com deficiência nas atividades sociais e econômicas, oferecendo a igualdade de oportunidade. O *loop* resultante do fomento da participação e a consequente redução das desvantagens é crucial para quebrar onexo intercausal entre a pobreza e a deficiência.

Groce et al (2011), em artigo sobre os estudos empíricos e as teorias a respeito do nexo intercausal entre a deficiência e a pobreza, afirmam que a comunidade internacional tem considerado que as pessoas com deficiência constituem o grupo mais pobre e mais

²⁹ Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde (SIM/MS/SVS/Dasis).

vulnerável dentre todos e isso deveria ser fortemente considerado no desenvolvimento de políticas públicas. Os autores ressaltam que a relação entre a deficiência e a pobreza ainda tem sido pouco explorada na academia e que os motivos dessa lacuna são a falta de uma definição global acordada do que constitui a deficiência e a falta de dados estatísticos robustos em relação à situação econômica das pessoas com deficiência, particularmente nos países em desenvolvimento.

Para Martins *et al* (2018), essa realidade conta fartamente com a invisibilidade social das pessoas com deficiência, numa lógica em que invisibilidade e exclusão se perpetuam recursivamente. Esta omissão seria amplamente reproduzida nas Ciências Sociais, onde o investimento analítico pouco considera a deficiência enquanto uma das linhas mais decisivas de produção e perpetuação de desigualdades (OLIVER; BARNES, 1998). Contudo, Groce *et al* (2011) apontam que os estudos iniciais já apresentam de forma contundente as intrincadas relações entre a deficiência e a pobreza.

Os desafios inerentes às pesquisas incluem a necessidade de compreender as implicações da pobreza-deficiência, não apenas no nível individual, mas também nos níveis doméstico e comunitário. Além disso, compreender as ligações entre deficiência e pobreza não apenas em um ponto no tempo, mas como uma preocupação em evolução ao longo da vida de um indivíduo - e como algo que pode, de fato, ter implicações ao longo de várias gerações (GROCE; KETT; LANG; TRANI).

Nos últimos anos, no entanto, um pequeno, mas crescente, corpo de pesquisa foi além de amplas declarações gerais sobre as ligações entre a pobreza e deficiência para fornecer especificidade. O crescente número desses estudos reflete uma sofisticação crescente em pesquisa e metodologia sobre deficiência e questões de pobreza. Por exemplo, novos dados estão começando a mostrar claramente que pessoas com deficiência em países de baixa e média renda são mais pobres do que os não deficientes em termos de acesso à educação, acesso a cuidados de saúde, emprego, renda, apoio social e envolvimento cívico (GROCE; KETT; LANG; TRANI, 2011).

Especificamente em relação à pobreza em suas múltiplas dimensões, esse novo corpo de pesquisa utilizou o método proposto por Alkire e Foster (2011a; b), o qual considerou a teoria de bem estar proposta por Amartya Sen (2009). O método leva em consideração a privação em uma ou mais dimensões, baseado em duas linhas de corte. A primeira linha

de corte identifica em cada dimensão, se há uma privação e se a pessoa pode ser considerada pobre nesta dimensão. A segunda identifica o número de dimensões pelas quais uma pessoa pode ser considerada pobre em determinado contexto. Nesta, é proposto um mínimo de dimensões em privação por meio do qual é possível identificar a pobreza multidimensional com o intuito de melhor adequar as políticas públicas. O método proposto por Alkire e Foster (2011a; b) foi utilizado por Mitra, Posarac e Vick (2013) em 15 países em desenvolvimento, por Trani e Loeb (2012) no Afeganistão e Zâmbia, por Hanass-Hancock e Mckenzie (2017) na África do Sul e por Trani *et al* (2018) no Marrocos e na Tunísia, todos com o intuito de avaliar a pobreza multidimensional entre pessoas com e sem deficiência, como veremos a seguir. Em todos esses estudos foi verificada a privação das pessoas com deficiência nas diferentes dimensões, bem como sua pobreza multidimensional.

No Brasil, temos os estudos de Otonelli e Mariano (2014), Fahel, Teles e Caminhas (2016), Serra, Yalonzky e Belik (2017), Vieira, Kuhn e Marin (2017) e Marin *et al* (2018), os quais utilizaram a metodologia de Alkire e Foster (2011a; b) aplicada aos dados nacionais, principalmente por meio das PNAD's e Censos demográficos, mas sem a consideração da deficiência, como realizado nos estudos citados anteriormente.

Mitra, Posarac e Vick (2013) no estudo comparativo entre 15 países em desenvolvimento, entre eles o Brasil³⁰, utilizando os dados do *World Health Survey*, com respondentes em idade produtiva (18 a 65 anos) verificaram que, na maioria dos países estudados a deficiência está significativamente associada a uma grande pobreza multidimensional. “Como um grupo, as pessoas com deficiência, em média, vivenciam múltiplas privações em taxas mais elevadas e em maior amplitude, profundidade e severidade do que pessoas sem deficiência” (POSARAC E VICK, 2013, p. 11). Em todas as dimensões de bem-estar econômico (educação, emprego, despesas, bens e despesas com saúde), a deficiência foi sistematicamente associada à privação nos 15 países. Foi observado também que as lacunas no bem-estar econômico são significativamente mais presentes nos países de renda média, como o Brasil, em comparação com países de baixa renda.

³⁰ Os autores ressaltaram que os países incluídos neste estudo variam em seu nível de desenvolvimento: são oito países de baixa renda (Bangladesh, Burkina Faso, Gana, Quênia, República Democrática Popular de Laos, Malauí, Zâmbia e Zimbábue), três países de renda média baixa (Paquistão, Paraguai e Filipinas) e quatro países de países de renda média (Brasil, República Dominicana, Mauritânia e México) (MITRA; POSARAC; VICK, 2013).

A inclusão de questões como saúde, educação e acesso a recursos como água e saneamento indica que a interação entre deficiência, pobreza e saúde é multidimensional (BRAITHWAITE; MONT, 2008; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MITRA; SAMBAMOORTHY, 2008; TRANI; LOEB, 2012). Segundo Groce et al (2011), o fato de pessoas com deficiência enfrentarem em seu cotidiano dificuldades em acessar água potável e saneamento básico nos países em desenvolvimento é fartamente conhecido, mas pouco estudado. Os problemas que impedem o acesso dessas pessoas a água e saneamento nesses países podem variar dependendo de contextos culturais e geográficos, bem como pelo tipo de deficiência. Uma pessoa com uma deficiência física pode enfrentar dificuldades mais significativas ao ter que usar uma bomba manual de água ou banheiro fora da casa, e uma pessoa com deficiência auditiva ou cognitiva podem não ter essa mesma dificuldade, mas podem encontrar problemas devido a questões de segurança.

Em revisão de artigos e pesquisas a respeito das questões relacionadas ao saneamento e recebimento de água potável e a deficiência nos países em desenvolvimento, Jones *et al* (2003) apontaram que as pessoas com deficiência em comunidades de baixa renda reiteradamente não têm acesso à água e saneamento, devido principalmente a barreiras externas - no ambiente, na infraestrutura e nas práticas institucionais - e não por suas limitações corporais. Segundo os autores, há falta de conscientização e compreensão sobre a deficiência entre a maioria dos prestadores de serviços, o que é agravado pela falta de informação apropriada e disponível que lhes permita tomar medidas práticas para melhorar o acesso das pessoas com deficiência. Todavia, salientam que os prestadores de serviços de água e saneamento têm um papel fundamental a desempenhar na redução das barreiras à participação de pessoas com deficiência nas atividades diárias, diminuindo assim sua pobreza e isolamento.

Segundo Bailey e Groce (2010), as pessoas com deficiência necessitam de ajuda para utilizar o banheiro podem restringir significativamente a ingestão de água e comida ao longo do dia, por ficarem esperando até a noite um membro da família para ajudá-los com as atividades de higiene pessoal (BAILEY; GROCE, 2010). Todavia, a restrição de comida a uma refeição por dia pode levar a subnutrição grave ou desnutrição de indivíduos que já estejam nutricionalmente comprometidos devido a deficiências e morbidades (YOUSAFZAI; FILTEAU; WIRZ, 2007). Outros possíveis problemas de saúde foram verificados em indivíduos com deficiências de mobilidade que precisam

rastejar no chão ou através da água contaminada por matéria fecal, aumentando o risco de exposição a doenças infecciosas (BAILEY; GROCE, 2010). Além disso, ressalta-se que caso uma pessoa com deficiência adoça devido ao acesso restrito a água potável e saneamento básico, terá menos probabilidade de acesso a tratamento médico oportuno que as demais pessoas sem deficiência (GROCE; BAILEY; LANG; TRANI *et al.*, 2011).

A questão da alocação de tempo dentro das famílias também é frequentemente relatada por pessoas com deficiência que necessitam de assistência devido à inacessibilidade das instalações. As barreiras ambientais e a necessidade de gastar mais tempo para acesso à água e ao saneamento são relacionadas à percepção de tempo insuficientes para a família, comunidade ou lazer (ALAM; BRYANT, 2016), e aos sentimentos de baixa autoestima e falta de dignidade daqueles que são dependentes de membros da família para ajudá-los no uso de instalações de água e particularmente saneamento (HANNAN, 2005). Além disso, a dependência de outras pessoas pode influenciar negativamente as atitudes negativas já existentes nas famílias onde há um membro com deficiência que é percebido como um ônus social ou financeiro (SNIDER; TAKEDA, 2008). Por outro lado, a independência na higiene por parte das pessoas com incapacidade física está relacionada à percepção dessas pessoas, bem como os membros da família, da utilização do tempo de forma mais produtiva tanto em casa quanto no local de trabalho (ALAM; BRYANT, 2016; JONES; REED, 2004).

Dessa forma, para Groce *et al* (2011), embora sejam necessários estudos mais específicos sobre a temática, é possível deduzir dos estudos mais abrangentes que alguns resultados de saúde serão diferentes para pessoas com diferentes tipos de deficiência. Ademais, os autores apontam que há diferenças significativas em ambas as morbidades e mortalidades para pessoas com deficiência devido às doenças relacionadas com a água e o saneamento e recomendam o estudo das implicações da exposição a essas doenças para os demais membros das famílias.

Como fator contextual, segundo Groce *et al* (2011), a pobreza pode igualmente aumentar a probabilidade de que uma condição de saúde resulte em uma deficiência, por exemplo, se houver falta de assistência médica ou barreiras para acessar os serviços que são necessários. Além disso, o estigma associado a determinadas condições de saúde pode levar à não participação ou participações restritas em um contexto social e cultural, e esse estigma pode ser reforçado pelo estigma associado à pobreza. Nessa esteira, a deficiência

pode excluir as pessoas social e economicamente, e isso levar a menos acesso a saúde, agravando ainda mais a deficiência (DALAL, 2010; MITRA; POSARAC; VICK, 2013).

Dalal (2010) também aponta que alguns dos fatores psicossociais responsáveis pela deficiência envolvem a discriminação social e econômica, os ambientes inacessíveis fisicamente, a segregação social, as políticas e instituições contraproducentes, as baixas expectativas, a baixa autoestima, o auto reforço da exclusão, e as necessidades específicas de saúde e reabilitação. Esta lista pode ser infinita, segundo o autor, e tipicamente constitui as condições de vida das pessoas com deficiência. Quando esses fatores são compostos pela limitação de acesso aos cuidados de saúde, à nutrição às condições sanitárias inadequadas, às oportunidades de escolarização e emprego, as pessoas podem cair em um círculo endêmico de deficiência-pobreza (DALAL, 2010).

Dessa forma, para romper com entraves psicossociais e físicos, é essencial promover o acesso em condições iguais de participação das pessoas pobres e com deficiência nas atividades sociais e econômicas, oferecendo a mobilidade. A mudança resultante do fomento da participação e a consequente redução das desvantagens é crucial para o rompimento do nexo *intercausal* entre a pobreza e a deficiência (DALAL, 2010). E o componente chave para a efetiva inclusão é a oferta de condições para a efetiva inserção no mercado de trabalho (MIZUNOYA; MITRA, 2013).

A respeito das barreiras arquitetônicas e falta de acesso aos meios públicos de transporte enquanto dificultadores para a participação de pessoas com deficiências nas diferentes áreas, segundo Imrie e Kumar (1998), o ambiente urbano construído tende a perpetuar a concepção de que as pessoas com deficiência são diferentes e “incapazes”, restringindo suas possibilidades de acesso e mobilidade. Os autores ressaltam que as ruas se mostram vias de obstáculos que impedem a movimentação fácil, enquanto a maioria dos edifícios tem degraus e eles atuam como barreiras eficazes contra os usuários de cadeira de rodas. Para os autores, esses entraves implicam na vivência das pessoas com deficiência de um “*apartheid by design*” (IMRIE; KUMAR, 1998; IMRIE, 1996). Para Imrie (2008), isso ocorre porque os discursos predominantes abordam a deficiência como um encargo de responsabilidade privada, não pública; e o problema da imobilidade é visto como pessoal e específico da pessoa que possui a deficiência. E de outro lado, os pressupostos políticos sobre mobilidade e movimento têm como premissa um sujeito universal que é concebido

como neutro, isto é, sem sexo, ou qualquer outra característica social ou biológica atribuída, incapaz de se adequar às necessidades específicas desses corpos.

Nessa esteira, para Imrie (2000a), a mobilidade e o movimento das pessoas com deficiência estão entrincheirados, definidos por relações hierárquicas que também estão implicadas na definição de hierarquias (específicas do local) que determinam onde as pessoas com deficiência podem e não podem ir. E por isso, alternativas às atuais políticas de mobilidade são difíceis de serem desenvolvidas, uma vez que estar com pouco ou nenhum movimento ou mobilidade é ser considerado enquanto “uma pessoa não para quem poder de escolha e participação não têm sentido” (CORKER, 1998, citado por IMRIE, 2000, p. 1642).

Para Rolnik (2002), a distribuição urbana desigual prejudica o acesso de boa parte dos moradores da cidade a serviços e equipamentos essenciais. E é nesse ponto que autora formula o problema que debate: se o acesso aos bens e serviços (públicos e privados) no espaço urbano pelos habitantes se dá de forma desigual, temos então um planejamento urbano que contribui para que a desigualdade entre seus habitantes se aprofunde e se perpetue. E essa exclusão não pode ser encarada apenas como uma “expressão da desigualdade de renda e das desigualdades sociais: ela é agente de reprodução dessa desigualdade” (ROLNIK, 2002, p.53). Os moradores com maior dificuldade de acessar a infraestrutura disponível se encontram em clara desvantagem se comparados àqueles que acessam essa infraestrutura com facilidade.

Assim, o morador de áreas menos favorecidas acaba tendo maior dificuldade para acessar as oportunidades de trabalho, cultura, educação e lazer. O trabalho desenvolvido pela arquiteta e urbanista Ermínia Maricato (2001) direciona para conclusão semelhante e lista algumas das principais adversidades enfrentadas por esses moradores em sua rotina, seja na periferia desassistida, seja nas favelas mais centrais:

À dificuldade de acesso aos serviços e infraestrutura urbanos (transporte precário, saneamento deficiente, drenagem inexistente, dificuldade de abastecimento, difícil acesso aos serviços de saúde, educação e creches, maior exposição à ocorrência de enchentes e desmoronamentos, etc) somam-se a menores oportunidades de emprego (particularmente do emprego formal), menores oportunidades de profissionalização, maior exposição à violência (marginal ou policial), discriminação racial, discriminação de gênero e idade, difícil acesso à justiça oficial, difícil acesso ao lazer (MARICATO, 2001:4).

Sendo assim, a questão da mobilidade é crucial para entendermos essa desigualdade no esforço investido pelo habitante no intuito de alcançar as oportunidades oferecidas pela

cidade. Para Pires (2013), “circular é a maneira primordial de usufruir a vida urbana”. Nesse sentido, se mostra pertinente considerar as oportunidades de mobilidade do sujeito na cidade. Mas não somente a mobilidade considerada como mero deslocamento geográfico e sim aquela definida pela “possibilidade de um sujeito social ultrapassar os obstáculos físicos, morais e estéticos para a realização de seus interesses” (PIRES, 2013: 16).

Quanto menor a mobilidade do morador, maior será sua dificuldade para escapar do quadro de exclusão. Equivale a dizer que quanto maior a mobilidade do habitante, maior será sua chance de se incluir socialmente. Portanto, considerando a desigualdade como um grave problema a ser enfrentado, seria importante então poder pensar em políticas urbanas que consigam parar a máquina de produção da exclusão (ROLNIK, 2002). E tal política urbana deve considerar a importância do papel da mobilidade no contexto de inclusão socioespacial.

Todavia, para Imrie (2000a) as pesquisas sobre pessoas com deficiência geralmente não levam em consideração o contexto urbano e geográfico. Para o autor, essa lacuna se mostra curiosa, haja vista o quanto esses contextos se mostram fundamentais para a compreensão das oportunidades e/ou restrições sociais, econômicas e políticas das pessoas com deficiência. No Brasil, encontramos os estudos qualitativos de Carvalho, Santos e Praga (2017), no Rio de Janeiro, a respeito da experiência de orientação e mobilidade numa situação de cegueira adquirida; de Bernis, Lourenço e Almeida (2018) a respeito do que é previsto em relação à acessibilidade urbana na Lei Brasileira de Inclusão³¹ e a vivência como cadeirante em Belo Horizonte; e o estudo de Lima, Carvalho-Freitas e Santos (2013) em uma cidade histórica de Minas Gerais no tocante às repercussões psicossociais da acessibilidade urbana para cadeirantes. Neste estudo, foi ressaltado pelas autoras que a acessibilidade contribui para o sentimento de segurança, autonomia e independência das pessoas com deficiência física, e que a forma como essas

³¹ Segundo a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015), por acessibilidade entende-se a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida. Em seu art. 46, a referida norma prevê que o direito ao transporte e à mobilidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida será assegurado em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, por meio de identificação e de eliminação de todos os obstáculos e barreiras ao seu acesso. No art. 53, aponta a acessibilidade como direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social.

peças percebem e utilizam o espaço urbano tem repercussões sobre a afetividade delas com “a cidade, na satisfação com o trabalho, no exercício da cidadania e nas relações sociais. Por outro lado, a falta de acessibilidade contribui para o surgimento de constrangimentos diários” (Lima, Carvalho-Freitas e Santos, 2013: 370).

A dificuldade de acesso aos espaços públicos, bem como a falta de adaptação e acesso às instituições também foi apontada por Almeida, Carvalho-Freitas e Marques (2009) como entraves à escolarização, qualificação e inserção no mercado de trabalho por parte das pessoas com deficiência. Por outro lado, quando presente, a infraestrutura de acessibilidade no ambiente escolar, bem como a formação docente especializada e o recebimento do Atendimento Educacional Especializado, tendem a favorecer o desempenho escolar dos alunos com deficiência (ALMEIDA; SILVA; DE PAULA; VILELA *et al.*, 2010).

Os dados do Censo 2010 apresentam uma sistemática desvantagem para as pessoas com deficiência em relação à escolaridade: enquanto para população total de indivíduos com 15 anos ou mais a taxa de alfabetização foi de 90,6%, aqueles que tinham alguma deficiência tiveram essa taxa em torno de 82%. Além disso, somente 17,7% das pessoas de 15 anos ou mais de idade com deficiência possuíam o ensino médio completo e superior incompleto, versus quase 30% daquelas sem deficiência (GARCIA; MAIA, 2014).

Especificamente a respeito da deficiência e seu impacto sobre a educação, observamos que a idade do indivíduo no início da deficiência pode levar à pobreza através do impacto adverso na educação, no emprego, nos ganhos e no aumento das despesas relacionadas. A deficiência pode impedir a frequência escolar de crianças e jovens com deficiências e restringir seus direitos humanos de acumulação de capital, levando assim a limitadas oportunidades e redução de ganhos na vida adulta (OMS, 2012; MITRA *et al.*, 2013).

Em estudo comparativo em 13 países em desenvolvimento, com crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos, Filmer (2008) verificou que as crianças com deficiência são quase sempre muito menos propensas a estarem na escola, a iniciarem seus estudos, e em alguns países têm taxas de transição menores. O autor salientou que as diferenças de participação escolar devido à deficiência são substancialmente maiores que as diferenças associadas a características como sexo, residência na área rural ou status econômico. Em todos os

países, o hiato de escolaridade entre crianças com e sem deficiência começou no primeiro ano, sugerindo que são necessários esforços para impulsionar as crianças com deficiência nos primeiros anos, bem como fomentar a permanência dos alunos com deficiência na escola. Para Filmer (2008), a análise realizada sugere que nos países em desenvolvimento a deficiência está associada com a pobreza em longo prazo, no sentido de ser menos provável a aquisição e aumento de capital humano para as crianças com deficiência, capital que lhes permitirá futuramente auferir rendimentos mais elevados.

Em outro estudo comparativo sobre a escolaridade de jovens até 17 anos, com e sem deficiência, em 30 países em desenvolvimento (entre eles o Brasil), Kuper *et al* (2014) verificaram, assim como Filmer (2008), que as crianças com deficiência eram muito menos propensas a frequentar a escola do que as crianças sem deficiência. Quando frequentavam a escola, o nível de escolaridade era inferior ao de seus pares com idade semelhante. Os autores ressaltaram que a exclusão da escolaridade variou de acordo com o tipo de dificuldade, sendo aquelas com dificuldades de aprendizagem ou comunicação as menos frequentes, enquanto aquelas com deficiência auditiva ou visual as mais frequentes. Além disso, foi encontrada uma forte relação entre a deficiência e a presença de uma doença grave na infância, demonstrada por meio de um link entre a deficiência e a desnutrição em alguns países. A maior prevalência da deficiência em meninos que em meninas foi uma constatação consistente em todos os países, e os autores apontam que esta verificação é condizente com a maior taxa de mortalidade infantil observada entre os meninos na maioria dos países do mundo.

Em estudo mais recente, Mizunoya, Mitra e Yamasak (2018), também sobre a escolaridade de crianças com e sem deficiência em 15 países em desenvolvimento, verificam que há uma significativa lacuna na frequência escolar devido à deficiência, corroborando os resultados encontrados anteriormente por Filmer (2008) e Kuper *et al* (2014). Além disso, também foi encontrado que a maioria esmagadora das crianças com deficiência em idade primária (85%) nunca frequentou a escola. As autoras também verificaram que o gap devido a deficiência para crianças em idade primária tem uma função de U invertido com o PIB per capita: este resultado pode sugerir que, como o PIB aumenta e mais recursos se tornam disponíveis para melhorar o sistema educacional, como o ensino primário, as crianças sem deficiência tendem cada vez mais a frequentarem a escola, enquanto a matrícula de crianças com deficiência aumenta mais lentamente.

Ademais, as autoras encontram que o *gap* na escolarização referente à deficiência é maior nos países de renda média em comparação com aqueles de baixa renda; o que é consistente com alguns resultados sobre emprego e pobreza multidimensional em estudos de países em desenvolvimento usando um conjunto de dados diferentes, mas uma medida de deficiência semelhante como na proposta da pesquisa (MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MIZUNOYA; MITRA, 2013).

Outro achado de Mizunoya, Mitra e Yamasak (2018) foi que nem características individuais das crianças com deficiência, nem suas características familiares e socioeconômicas foram capazes de explicar a lacuna causada pela deficiência nas taxas de frequência escolar. Enquanto a redução da pobreza global ou programas sociais, ao transferir recursos para a população mais pobre tende a incentivar a escolaridade em geral, eles não alcançam e não contribuem para diminuir o *gap* entre as crianças com deficiência. Para os autores, possíveis explicações para isso implicariam nos obstáculos provenientes de materiais de aprendizagem inadequados, na falta de conhecimento especializado dos professores e na ausência de dispositivos de assistência e ambientes de aprendizagem adequados.

Em relação às aspirações educacionais e ocupacionais dos jovens com deficiência, Burchardt (2004) afirma que, apesar de jovens com deficiência ter aspirações semelhantes aos demais, aos 16 anos existe uma lacuna na participação educacional imediatamente após escolaridade obrigatória. A continuidade dos estudos após esta etapa dependeria de uma decisão em que o valor observado no presente dos benefícios futuros (por exemplo, a recompensa de mercado adicional) são ponderados em função dos custos mais imediatos (tanto em termos de despesas adicionais e os custos da atividade).

Para Jenkins e Rigg (2004), há uma correlação entre uma menor escolaridade e um risco maior de adquirir algum tipo de deficiência. Assim, aqueles que adquiriram a deficiência mais tarde na vida não são um grupo aleatório, dentre aqueles com deficiência e pouca escolaridade descritos anteriormente. A respeito disso, Loprest e Maag (2007), em um estudo norte-americano sobre a idade de aquisição da deficiência, verificaram que há uma pequena diferença na escolaridade de pessoas com deficiência com idade superior a 45 anos. Todavia, esta diferença se deve a idade de início da deficiência: se foi precoce, antes dos 22 anos, ou tardia, depois dos 22 anos.

No estudo realizado por Mitra et al (2013) em 15 países em desenvolvimento a respeito da pobreza e da deficiência, a menor diferença entre as proporções de adultos com idade entre 18 a 60 anos, a respeito de não possuírem nem o nível fundamental de estudo foi obtida pela República Dominicana. A maior diferença foi encontrada no Brasil, onde enquanto 19,5% das pessoas sem deficiência não possuem nem o ensino fundamental, 42,5% daquelas com deficiência não contam com a credencial. Ainda segundo os autores, na maioria dos países, três dimensões se destacam na definição de uma condição de pobreza multidimensional, para as pessoas com deficiência quando comparadas àquelas sem deficiência: educação, a proporção de gastos com saúde sobre o total de gastos domiciliares e emprego.

Em relação à proporção de indivíduos desempregados, o Brasil apresentou uma diferença de 13 pontos percentuais, onde 52% das pessoas com deficiência estão desempregadas versus 39% daquelas sem deficiência (MITRA; POSARAC; VICK, 2013). A baixa taxa de empregabilidade das pessoas com deficiência em relação às pessoas sem deficiência foi verificada em outros países, por exemplo, em Uganda (HOOGEVEEN, 2005), Vietnã (PALMER; THUY; QUYEN; DUY *et al.*, 2012), Afeganistão e Zâmbia (TRANI; LOEB, 2012), Malawi (LOEB; EIDE, 2004) e Zimbábue (EIDE; NHIWATHIWA; MUDEREDZI; LOEB, 2003).

Na África do Sul, Hanass-Hancock e Mckenzie (2017) verificaram que as pessoas com deficiência são especialmente afetadas por problemas relacionados à pobreza multidimensional, tais como nível inferior de escolaridade e menos oportunidades de emprego que as pessoas sem deficiência. Além disso, as famílias de pessoas com deficiência (com exceção de problemas visuais mais moderados) possuem renda significativamente inferior que as famílias de pessoas sem quaisquer deficiências, e isso se aplica particularmente a agregados familiares de pessoas com deficiências severas. Além do nível de deficiência, essa vulnerabilidade também varia de acordo com o tipo de deficiência. Na Índia, Mitra e Sambamoorthi (2008) verificaram que a diferença de emprego entre indivíduos com e sem deficiência não pode explicada por diferenças de capital humano e produtividade, e pode resultar de retornos diferentes para as mesmas características e da discriminação no acesso ao emprego.

No Afeganistão e na Zâmbia, Trani e Loeb (2012) verificaram a ligação entre deficiência e pobreza, e o ponto mais relevante dessa conexão reflete a complexidade e a

interdependência de relacionamentos – a pobreza é multidimensional e matizada por diferentes fatores. Em relação ao emprego, observaram que as pessoas com deficiência cognitiva, mental ou múltipla são as menos propensas a trabalhar, em contraste com pessoas com deficiências sensoriais. E no geral, verificaram que as pessoas com deficiência têm uma associação negativa e significativa com a chance de emprego, e que várias características individuais têm diferentes efeitos nessa chance entre pessoas com deficiência e sem deficiência. No Afeganistão, por exemplo, as mulheres com deficiência têm menor probabilidade de serem empregadas que os homens com deficiência.

A relevância da consideração do gênero para entendimento da diferença de empregabilidade entre pessoas com e sem deficiência foi apontada por Mizunoya e Mitra (2013) em um estudo que utilizou o mesmo banco de dados que a pesquisa de Mitra et al (2013) – *World Health Survey (WHS)*. Mizunoya e Mitra (2013) examinaram as diferenças de empregabilidade entre as pessoas com e sem deficiência nos 15 países em desenvolvimento, e, em nove foi encontrado um gap de empregabilidade entre essas pessoas. O Brasil fez parte do estudo, e ao contrário do encontrado na maioria dos países, aqui a taxa de empregabilidade é inferior para as mulheres. Nos outros, a taxa de empregabilidade dos homens com deficiência é inferior entre 11 e 53% que aqueles sem deficiência em 12 dos países pesquisados. No Brasil, essa diferença foi de apenas 5% para os homens e o dobro para as mulheres.

Além do gênero, Mizunoya e Mitra (2013) ressaltaram a necessidade de considerar as dinâmicas entre os mercados informal e formal para compreender as diferenças entre as taxas, haja vista a grande quantidade de pessoas com deficiência que se encontram no mercado informal em 9 dos 15 países. No Brasil, verificaram que enquanto 41% das pessoas sem deficiência estão no mercado informal, 55% daquelas com deficiência estão. Ao comparar essas proporções em relação a ter somente uma deficiência ou múltiplas, verificaram que ambas contam com 55% das pessoas com deficiência no mercado informal. Para os autores, é relevante estudar até que ponto as pessoas com deficiência são limitadas ao setor informal devido às barreiras de acesso ao setor formal e em que medida podem optar por estar no setor informal.

Mizunoya e Mitra (2013) realizaram a decomposição de Oaxaca³² e verificaram que a diferença de empregabilidade não pode ser atribuída às diferenças demográficas, de capital humano e às outras características observadas. A lacuna não explicada parece resultar em parte de diferentes retornos por características, como educação e residência na área rural. É possível também que essas diferenças sejam devidas a variáveis não observadas, como o tempo e o custo financeiro para chegar ao trabalho, bem como à discriminação.

Foi ressaltada pelos autores a necessidade de mais pesquisas sobre deficiência e emprego nos países em desenvolvimento por três vias, quais sejam: a pesquisa é necessária para avaliar intervenções que tentam melhorar a empregabilidade das pessoas com deficiência nos países em desenvolvimento. Algumas intervenções, como as previstas nas abordagens reabilitacionais, estão sendo usadas há muito tempo, mas pouco se sabe sobre sua efetividade. Mais coleta de dados também é necessária para pesquisas a serem realizadas. Dados longitudinais ou dados com variáveis instrumentais são necessários para avaliar as vias causais entre deficiência e desemprego. Nos países em desenvolvimento, os *surveys* longitudinais aplicados em famílias que possuem questões relacionadas à deficiência são muito raros. Ademais, Mizunoya e Mitra (2013) sublinham a necessidade de se estudar a empregabilidade em países em desenvolvimento, principalmente por tipo de deficiência e pela idade de seu início, e para além da empregabilidade, pesquisar as ocupações exercidas ou os rendimentos auferidos.

No Brasil, a melhoria da condição socioeconômica (auferida através da renda familiar, escolaridade materna do entrevistado) demonstrou ter efeito significativo e negativo sobre as chances de uma pessoa declarar ter alguma deficiência. O estudo de Felicíssimo *et al* (2017) verificou que a melhoria da posição socioeconômica diminui as chances da auto declaração da deficiência, mesmo ao considerar a idade e a presença de doenças. Em estudo similar, mas com o recorte por sexo, foi visto que esse autorrelato é mais frequente entre mulheres em idade produtiva e de menor renda e entre homens de menor escolaridade e renda (FELICÍSSIMO; FRICHE; ANDRADE; ANDRADE *et al.*, 2017).

³² O método de decomposição de Oaxaca (1973) é um método estatístico que explica a diferença nas médias de uma variável dependente entre dois grupos decompondo a lacuna naquela parte que é devido a diferenças nos valores médios da variável independente dentro dos grupos, por um lado mão, e diferenças de grupo nos efeitos da variável independente, por outro lado.

Os autores, ao considerarem a relação entre posição socioeconômica e autorrelato da deficiência, salientam a importância de políticas de bem-estar social no Brasil, em especial do Benefício de Prestação Continuada – BPC - para a população com deficiência, enquanto política social focalizada em populações com elevado nível de vulnerabilidade, buscando ampliar seus benefícios e, assim, eliminar a pobreza extrema (FELICÍSSIMO; FRICHE; XAVIER; PROIETTI *et al.*, 2017).

O BPC foi previsto na Constituição Federal de 1988 e é um benefício de transferência regular de renda para pessoas idosas ou com deficiências mais graves e pobres. Segundo o art. 20 da Lei nº 12.435/ 2011 (BRASIL, 2011), o BPC é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. No próximo tópico serão abordados alguns pontos relacionados a este benefício, como sua concessão, relevância para diminuição da pobreza das pessoas com deficiência e implicações no mercado de trabalho.

Garcia e Maia (2014), em pesquisa por meio dos dados do Censo Demográfico de 2010, verificaram que a taxa de participação das pessoas com deficiência (pessoas com alguma incapacidade ou dificuldade permanente) no mercado de trabalho é de 37%, expressivamente inferior àquelas observadas para as pessoas que relataram ter alguma dificuldade permanente - 58,1% -, e para as pessoas sem nenhuma dificuldade permanente - 70,4%. Entre as pessoas com qualquer dificuldade ou incapacidade, a participação no mercado de trabalho foi maior entre aquelas com deficiência auditiva e, sobretudo, deficiência visual. Para as pessoas com deficiência mental e com total ou grande dificuldade física, a taxa de participação foi consideravelmente baixa: 21,1% e 23,5%, respectivamente. Somada à menor participação, as pessoas com deficiência apresentaram rendimento médio inferior em 26% em relação às pessoas sem qualquer dificuldade permanente ou incapacidade.

As pessoas com deficiência, segundo Garcia e Maia (2014) associam-se, ainda, às formas mais precárias de inserção no mercado de trabalho: emprego sem carteira assinada e trabalho conta-própria. Por outro lado, as participações das pessoas com alguma deficiência ou alguma dificuldade permanente no emprego com carteira assinada eram, respectivamente, 12,4 e 8,4 pontos percentuais inferiores à das pessoas sem qualquer dificuldade permanente. Para os autores, este resultado reflete, em grande medida, a

elevada participação das pessoas com deficiência no trabalho conta-própria, bem como sua relativa concentração no emprego agrícola.

1.3.4 Deficiência e o Benefício de Prestação Continuada (BPC)

Apesar de previsto na Constituição Federal de 1988, foi somente na década seguinte que o BPC foi regulamentado através da Lei nº 8742 de 1993 – que dispôs sobre a organização da Assistência Social (BRASIL, 1993). Para Felicíssimo et al (2017), o BPC, em muitos aspectos, antecipou uma importante característica das novas políticas sociais brasileiras – a focalização. Assim como o BPC, as mais importantes políticas sociais que surgiram na década passada – como é o caso do Programa Bolsa Família (PBF) – são focalizados por medidas de testes de meios baseadas fundamentalmente na renda familiar *per capita*.

É importante salientar que a implantação do BPC na década de 1990 se deu com base em modelo biomédico da deficiência, e que apesar de em 2001 ter havido a proposição do paradigma social para abordagem da deficiência e da capacidade, efetivando-se no plano internacional com a divulgação da CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade – pela OMS, somente ao final da década de 2000 que os critérios dessa classificação passaram a serem usados para concessão do BPC. Todavia, ressaltamos que uma importante proporção de beneficiários só tem conseguido acessá-lo por meio judicial (COSTA et al., 2016).

Como vimos na seção a respeito da CIF e do modelo de desenvolvimento humano da deficiência, a partir de 2007, com a publicação do Decreto nº 6.214 (BRASIL, 2007), a CIF passou a ser utilizada para embasar a avaliação social e médica para concessão do BPC. Em 2013, houve a publicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro – IF-Br (FRANZOI; XEREZ; BLANCO; AMARAL *et al.*, 2013), baseado na CIF. Este instrumento sofreu adaptações para aplicação à aposentadoria da pessoa com deficiência, recebendo a denominação de IF-BrA pela Portaria Interministerial³³ nº 01/2014 (BRASIL, 2014a), que aprovou o instrumento destinado à avaliação do segurado da Previdência Social e à identificação dos graus de deficiência. Dessa forma, a deficiência passou a ser considerada como o resultado da relação entre um corpo com impedimentos

³³ A Portaria foi assinada pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, da Previdência Social, da Fazenda, do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Advocacia-Geral da União.

e a sociedade, ou seja, avaliada com base na participação de uma pessoa com impedimentos corporais na vida social.

Como identificar as diferenças entre as pessoas com e sem deficiência, como classificá-las e, principalmente, o que fazer para proteger as desigualdades não desejadas são algumas das perguntas continuamente feitas pelas políticas de promoção da equidade (MEDEIROS; DINIZ; BARBOSA, 2010). A partir da conceituação da CIF, o desafio para o BPC está em estabelecer em que medida os saberes biomédicos e sociais sobre a deficiência devem se combinar quando do processo pericial. Por um lado, os saberes biomédicos têm centralidade na avaliação de quais impedimentos corporais são elegíveis; por outro lado, o fato de o BPC estar amparado em princípios constitucionais de promoção da igualdade faz com que o modelo social se revigore para a assistência social para as pessoas com deficiência (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2010).

Dessa forma, observamos que é nesse contexto de mudanças no cenário legal e nas práticas de avaliação para o acesso à proteção social que as ideias dos modelos social e biomédico da deficiência estão presentes na prática médica que avalia a elegibilidade dos corpos com impedimentos ao BPC. Para que uma pessoa tenha acesso ao benefício, é preciso que se submeta a perícias médicas e sociais que atestarão a condição de deficiência e de pobreza. Nas perícias, diferentes perspectivas sobre o corpo com impedimentos e sobre a deficiência são negociadas para definir o sujeito a ser protegido pela assistência social (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2010).

Em estudo qualitativo e quantitativo sobre o impacto de bem-estar provocado na vida das pessoas com deficiência após o acesso ao BPC, Santos (2011) verificou que esse benefício é um mecanismo de segurança de renda, e que proporciona o consumo de bens básicos de alimentação, tratamentos de saúde e gastos com moradia das pessoas com deficiência e familiares. Além desse efeito imediato, foi associado pelas pessoas com deficiência a concessão do benefício com o aumento da independência social e financeira em suas famílias, alargando as noções de autonomia e cidadania. Em relação a ser um instrumento capaz de proteger os beneficiados e suas famílias da situação de vulnerabilidade social resultante da pobreza, o BPC mostrou-se capaz, “muito embora as mães de crianças com deficientes saiam do mercado de trabalho para exercer o cuidado diário dos filhos e não recebam nenhum tipo de proteção social por parte do Estado” (SANTOS, 2011: 790).

Santos (2011) ressalta que outro impacto de segurança social provocado pelo recebimento do BPC para as pessoas com deficiência tange a proteção social contra as vulnerabilidades provocadas pela informalidade no mercado de trabalho:

O BPC não passa a incentivar a informalidade dos beneficiados, nem dos familiares, para manterem os critérios que configuram o direito ao benefício – tanto de renda quanto de incapacidade para o trabalho. Na verdade, o que pode ser verificado é que o BPC se configura em segurança social e econômica, uma vez que as pessoas beneficiadas ou seus familiares já estavam submetidos à situação de informalidade no mercado de trabalho antes do recebimento do benefício (SANTOS, 2011: 793).

A permanência em uma situação de informalidade não seria explicada pelo recebimento do BPC e estratégias de não inserção no mercado formal de trabalho para manutenção do recebimento, mas sim pelas condições em que as pessoas com deficiência e suas famílias se encontram: pobreza, baixa qualificação profissional e educacional ou desemprego (SANTOS, 2011).

Além da informalidade no mercado de trabalho por parte dos indivíduos com deficiência, Santos (2011) verificou que as desigualdades provocadas pela experiência da deficiência atingem também as mães das crianças com deficiência, as quais têm de sair do mercado formal de trabalho para exercer as atividades de cuidado diário, ou para tentar conciliarem as atividades informais com o cuidado.

A discussão realizada por Santos (2011) a respeito do trabalho informal e do recebimento do BPC se mostra extremamente relevante na pesquisa, uma vez que consideramos a população desses beneficiários para análise da inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Todavia, utilizamos uma *proxy* de BPC porque o Censo não registra especificamente quem é beneficiário desta política.

Sobre esse ponto, salientamos as diferenças entre os conceitos de família utilizados para concessão do BPC e no Censo, uma vez que cálculo dos rendimentos familiares depende de qual conceito de família é utilizado. Segundo Medeiros *et al* (2010) o BPC possui uma definição peculiar, que replica, em certa medida, o conceito utilizado na Previdência Social, mas diverge daquele adotado em outras políticas brasileiras, como o Bolsa Família. Ao contabilizar as pessoas que vivem em uma família, o BPC exclui, entre outros, irmãos e filhos maiores de 21 anos, sogros, avós e netos dos beneficiários, independentemente de sua quantidade na família e seu nível de renda. Considera enquanto

família somente o requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto (BRASIL, 2011).

Para Marcelo *et al* (2010), não parece haver nenhuma justificativa razoável para essa exclusão, especialmente a desconsideração de filhos e irmãos não parece ter qualquer embasamento nos princípios que guiam a assistência social. Isso poderia “tanto autorizar a exclusão de pessoas extremamente pobres do BPC quanto levar à inclusão de indivíduos vivendo em famílias de renda elevada segundo critérios de composição familiar mais comumente utilizados” (MEDEIROS; BARROS; NETO, 2010).

Todavia, ao adotarem uma concepção de família mais próxima do BPC com os dados do Censo de 2000, os autores apontam que uma modificação no conceito de família do BPC alteraria, a renda calculada de cerca de metade das pessoas idosas ou incapazes. Porém, em termos do tamanho total do benefício, o saldo final dessa mobilidade de renda seria reduzido, dado que a mudança conceitual afetaria a distribuição dos elegíveis, mas não sua quantidade (MEDEIROS; BARROS; NETO, 2010).

Em outra pesquisa, Medeiros *et al* (2010) ao utilizarem os dados da PNAD 2006 (que tem informações sobre o recebimento do BPC) e do Censo 2000, propuseram uma definição de incapacidade para o trabalho e para a vida independente que, além de levar em conta os impedimentos corporais das pessoas, considerou sua interação com o meio em que vivem. Foram consideradas características sociais dos indivíduos e do ambiente em que residem, trabalham e estudam, e os resultados apontaram que não há uma concentração relevante da população de idosos e incapazes em qualquer estrato da população, seja ele pobre ou rico, os benefícios são distribuídos predominantemente aos estratos de renda mais baixa. Todavia, em relação ao BPC, os autores ressaltaram que um terço dos beneficiários pertence ao décimo mais pobre da população brasileira e apenas um por cento deles pertence ao décimo mais rico. A maioria dos beneficiários encontra-se acima do critério de renda de um quarto de salário mínimo usado pelo benefício, o que evidentemente caracteriza erros de seletividade conforme o critério legal. Contudo, para os autores, esses erros são, em sua maioria, de intensidade muito baixa, dificilmente evitáveis, e não podem ser interpretados como resultados sistemáticos de uma má gestão do benefício.

Com o intuito de verificarmos a inserção das pessoas com deficiência no mercado formal de trabalho, encontramos no BPC uma discussão bastante relevante para nos processos de ingresso. Uma vez no mercado de trabalho, buscamos discutir a renda auferida por essas pessoas e as diferenças verificadas entre aqueles que não possuem deficiência. Nesse sentido, no próximo capítulo abordaremos as teorias a respeito da determinação de rendimentos e os estudos empíricos já realizados e que abordam as desigualdades no mercado trabalho.

2. Diferenciais de renda

2.1 Fatores que impactam os rendimentos: teorias explicativas

Segundo Granovetter (1981), no sistema econômico moderno, com poucas exceções, os rendimentos individuais podem ser auferidos por três fatores: [1] as características pessoais, [2] as características do emprego e [3] o processo que assimila estes dois, denominado *matching process* – processo de pareamento. Segundo o autor, as discussões teóricas a respeito da determinação de remuneração existentes poderiam ser categorizadas por quanta atenção elas dão a cada um desses fatores. Uma teoria adequada deveria considerar e integrar todos os três fatores, entretanto, a maioria existente possui diferentes enfoques, e pode, de fato, ser percebida usualmente quase que exclusivamente focada somente em um fator (GRANOVETTER, 1981).

Em um extremo, com grande enfoque sobre o lado da demanda, Granovetter (1981) apresenta os teóricos da economia institucional, para os quais as remunerações de um determinado emprego dependem crucialmente de onde ele está localizado dentro da estrutura do mercado de trabalho. Em outro extremo, estaria a teoria neoclássica, onde a determinação dos salários dependeria somente das qualificações dos empregados, ou seja, do lado da oferta de mão de obra (GRANOVETTER, 1981).

A seguir serão descritas algumas teorias sobre a determinação de rendimentos, começando pela teoria do capital humano e aquelas que se desenvolveram posteriormente a ela. Dar-se-á um enfoque maior sobre esta teoria, uma vez que ela já foi utilizada, bem como suas variáveis, em estudos empíricos sobre a inserção de pessoas com deficiência (BALDWIN; JOHNSON, 1994b; BALDWIN; JOHNSON, 1995; BALDWIN; JOHNSON, 2000; DELEIRE, 2001; JONES, 2010; JONES, 2006; JONES, M. K.; LATREILLE, P. L.; SLOANE, P. J., 2006; KIDD, M. P.; SLOANE, P.; FERKO, I., 2000; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012a; RIGG, 2005). Além disso, a teoria do capital humano abarca e enfatiza os fatores referentes à qualificação e experiência no mercado, apontados por diversos autores enquanto principais entraves para efetiva inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho (ARAÚJO; MOREIRA; ROMAGNOLI, 2007; BRUMER; PAVEI; MOCELIN, 2004; CANÇADO, 2006; CARNEIRO; RIBEIRO, 2008; JONES, 2010; JONES, M. K.; LATREILLE, P. L.; SLOANE, P. J.,

2006; SUZANO; NEPOMUCENO; ÁVILA; LARA *et al.*, 2008; TANAKA; MAZINI, 2005).

2.1.1 Teoria do Capital Humano

Segundo Lombardi *et al* (2006), a origem da Teoria do Capital Humano está ligada ao surgimento da disciplina Economia da Educação, nos Estados Unidos, em meados dos anos 1950. Na época, Theodore W. Schultz era professor do departamento de economia da Universidade de Chicago e é considerado o principal formulador dessa disciplina e da ideia de capital humano.

Até então, segundo Schultz (1973:33), o tema não era tratado porque “nossos valores e crenças nos inibem de olhar para os seres humanos como bens de capital”. E assim, ver “os seres humanos como riqueza que pode ser ampliada por investimento é um ato contrário a valores fundamente arraigados. Parece que seria reduzir o homem, mais uma vez, a um mero componente material, a alguma coisa afim com a propriedade material”.

Além do autor, dentre poucos que anteriormente tiveram o olhar sobre seres humanos como capital, pode-se destacar Adam Smith em seu clássico “A riqueza das nações”, em 1776, no qual “audaciosamente incluiu todas as habilidades adquiridas e de utilidades de todos os habitantes de um determinado país como parte do capital” (Schultz, 1973:33).

Schultz (1973) argumenta que as capacidades úteis e conhecimentos são uma forma de capital, e que este capital, em grande parte, o produto de investimento deliberado. Para o autor, muito daquilo que é nomeado como consumo constitui investimentos em capital humano. Sobre os tipos desses investimentos em capital humano, o autor diz que irá se concentrar

“[...] em cinco categorias de maior importância: [1] recursos relativos à saúde e serviços, concebidos de maneira ampla de modo a incluir todos os gastos que afetam a expectativa de vida, o vigor e a capacidade de resistência, e o vigor e a vitalidade de um povo; [2] treinamento realizado no local do emprego, incluindo-se os aprendizados à velha maneira pelas firmas; [3] educação formalmente organizada nos níveis elementar, secundário e de maior elevação; [4] programas de estudos para os adultos que não se acham organizados em firmas, incluindo-se os programas de extensão, notadamente no campo da agricultura; e [5] migração de indivíduos e de famílias, para adaptar-se às condições flutuantes de oportunidades de empregos” (1973: 42-43).

O capital humano consistiria então, no valor adicionado ao indivíduo quando obtém habilidades e conhecimentos interessantes para o empregador. Além disso, para Schultz (1973:53), a característica distintiva entre o capital humano e o não humano, é que o primeiro se torna parte do homem: “É humano porquanto se acha configurado no homem, e é capital porque é uma fonte de satisfações futuras, ou de futuros rendimentos, ou ambas as coisas”. E sobre sua aquisição: “pode, sem dúvida, ser adquirido, não como um elemento de ativo, que se adquire no mercado, mas por intermédio de um investimento no próprio indivíduo”.

Os investimentos supracitados seriam interessantes tanto para o empregador quanto para o empregado, uma vez que, quanto maior o estoque de capital humano do indivíduo, maior será a sua produtividade marginal e mais elevado será o seu valor econômico no mercado de trabalho. É interessante também para o empregado porque ele adiciona valor ao trabalho, parte do qual pode ser negociado e retido com salários e bens além do mínimo adquirido para a subsistência. Assim, infere-se que o capital humano traz maior produtividade, que por sua vez, leva a um maior crescimento econômico (VILELA, 2008).

Segundo Schultz (1973:33), o estoque de capital humano tem elevado significativamente a renda dos indivíduos. Além disso, “se o coeficiente de todo capital, em relação à renda, permanece essencialmente constante, então o crescimento econômico inexplicado, que tem sido de uma presença tão perturbadora, tem a sua origem primordialmente a partir da elevação do acervo do capital humano [...]”.

Quanto à relação entre os investimentos em capital humano e o retorno em rendimentos a ser obtido, para Schultz (1973: 36), “as grandes diferenças de rendimentos parecem refletir, antes, principalmente, as diferenças em saúde e educação” e nesse sentido, os trabalhadores se tornariam capitalistas “pela aquisição de conhecimentos e de capacidades que possuem valor econômico” [p.35].

Com isso, segundo Lin (2006, citado por Vilela, 2008), a visão da estrutura socioeconômica da sociedade alterou-se uma vez que agora é possível a todos investir e adquirir capital. Dessa forma, a estrutura social de estratificação evidencia uma hierarquia com muitas classes de capitalistas, com mobilidade possível e extensiva, superando o sistema de duas classes (capitalistas e trabalhadores).

Para Vilela (2008), os pensadores da teoria da modernização, em acordo com a teoria do capital humano, afirmaram que o desenvolvimento econômico, fruto de uma crescente industrialização e urbanização, seria acompanhado de uma constante queda nas taxas de desigualdades na distribuição de benefícios do progresso, produto de uma intensificação nos níveis educacionais da população.

Sob essa linha de pensamento, à medida que o nível dos requerimentos educacionais cresce com o desenvolvimento econômico, as qualificações educacionais tornam-se mais importantes para a alocação ocupacional (Fernandes, 2004: 26). Além disso, segundo essa abordagem, com a modernização e a expansão do sistema educacional, o acesso aos níveis educacionais se torna mais meritocrático e menos baseado na herança de *status* (FERNANDES, 2004).

Nesta concepção, a escolaridade seria então uma maneira eficiente e racional de distinguir e selecionar pessoas talentosas, no qual o mais hábil e mais motivado alcança as mais altas posições (FERNANDES, 2004). Caberia à escola ensinar os tipos de normas e habilidades cognitivas que são necessários para o desempenho de papéis sociais quando adultos (DREEBEN, 1968, citado por FERNANDES, 2004). Habilidades estas fundamentais para o preenchimento de posições econômicas, dado que de forma crescente a sociedade necessitaria mais de conhecimento, que por sua vez é imprescindível para o crescimento econômico (TREIMAN, 1970, citado por FERNANDES, 2004).

Assim, segundo a teoria do capital humano, a relação entre educação e desenvolvimento econômico seria baseada nas habilidades cognitivas para o trabalho que os indivíduos adquirem durante a escolarização e que posteriormente refletem na sua produtividade geral, renda e crescimento econômico (XAVIER; FERNANDES; TOMÁS, 2009). Os indivíduos alcançariam as posições de prestígio somente através de seus méritos individuais, por meio das credenciais (diplomas) educacionais. Sob este aspecto, os teóricos da modernização (da abordagem meritocrática) acreditam que a sociedade pode ser igualitária: universalizando a educação formal, dando oportunidades iguais a todos de alcançarem a posição almejada (VILELA, 2008).

Nesse sentido, para essa linha de pensamento, as pessoas alcançariam as posições de prestígio somente por méritos individuais adquiridos (*achievement*), - em especial, a escolaridade -, e não mais através do status educacional e ocupacional dos pais e da renda deles, nem por outras variáveis de *background*, a elas atribuídos (*ascription*) e outras de

significado social – tais como raça e gênero (HELAL, 2005). Dessa forma, a hipótese meritocrática, proposta pelo paradigma funcionalista, não prediz menos desigualdade no processo de alocação de status, mas antes uma racionalidade neste processo (FERNANDES, 2004).

Tal visão meritocrática baseia-se no paradigma funcionalista da sociologia, o qual pressupõe segundo Davis e Moore (1945) que, na estrutura ocupacional da sociedade, há uma distinção de tarefas ou posições que são de importância funcional desigual para a organização social, como também há uma disponibilidade desigual de pessoas com habilidades, capacidades e talentos para preencher essas posições. Nesse sentido, as ocupações que demandam mais treinamento e aptidões especiais seriam mais relevantes para a sociedade. Quanto maior a importância funcional de uma posição na organização social e menor a oferta de indivíduos dotados de talentos e motivações para se submeter ao treinamento necessário, melhores seriam as recompensas socialmente atribuídas a essa posição, havendo recompensas desiguais para assegurar as posições mais importantes às pessoas com maior qualificação (DAVIS; MOORE, 1945).

Em suma, segundo Oliveira (1983), a teoria do capital humano se propõe a explicar as diferenças salariais entre ocupações enfatizando as diferentes qualidades de trabalhadores. Considera o lado da oferta do mercado de trabalho, as características das pessoas, a crença de que investimentos crescentes nos componentes da produtividade – habilidade natural, educação formal e profissional, treinamento e experiência no trabalho – tendem a gerar maiores salários e a reduzir a pobreza e as desigualdades sociais. Isso porque existiria uma relação positiva entre investimentos em capital humano – notadamente educação formal – e salários, num contexto de mercado de trabalho contínuo, embora não homogêneo, com informação adequada e relativa mobilidade horizontal e vertical entre os trabalhadores. Estes podem adquirir qualificação (capital humano) da mesma forma como os consumidores compram bens e serviços, mas no mercado de trabalho os gastos com treinamento geral e específico são confrontados com o retorno futuro em termos de renda (OLIVEIRA, 1983).

Entretanto, segundo Granovetter (1981), seria muito arriscado aceitar facilmente a idéia de que há uma relação descomplicada entre as variáveis de educação e rendimentos – que a correlação estatística não reflete os complexos processos de negociação ou influências estruturais, mas mais uma tradução direta de um “recurso” em dinheiro. Para o autor, as

ideias de capital humano superestimam as variáveis de qualificação ao supor que somente elas são necessárias para análise das diferenças de rendimentos. O desequilíbrio é similar aos argumentos utilizados pela teoria funcionalista do status adquirido, que também assume que as características do trabalhador são suficientes para explicar a desigualdade. Para o autor, isso seria implausível, pois implica, por exemplo, que remunerações deveriam crescer indefinidamente se somente indivíduos continuassem investindo mais em suas qualificações (GRANOVETTER, 1981).

Entretanto, segundo Vilela (2009), apesar das críticas à teoria do capital humano, os seus elementos principais – notadamente educação e experiência – continuam sendo usados para explicar o rendimento pessoal e o fato dos sujeitos renunciarem à renda corrente diante da possibilidade de ganhos maiores no futuro. Dito de outro modo, as variáveis referentes ao capital humano permanecem como importantes para a explicação desses aspectos.

2.1.2 Teoria do credencialismo

Além das críticas apontadas por Granovetter (1981), segundo Vilela (2009), são muitas as questões que desafiam a visão meritocrática e, em consequência, se contrapõem à teoria do capital humano, tais como: [1] seria o capital humano, em especial a educação, uma forma de investimentos para ganhos futuros ou de uma simples credencial ou de um filtro no processo de seleção no mercado de trabalho? [2] O capital humano realmente torna os indivíduos mais produtivos ou não existe essa relação causal entre a educação e a produtividade? [3] Seria a educação um meio de alcançar melhores empregos e rendimentos ou é apenas uma ferramenta utilizada pela classe dominante para permanecer no poder e assegurar o sistema de desigualdade existente nas sociedades modernas?

A respeito disso, Lima (1980: 227) aponta que esta “relação positiva entre renda e educação independe (ou depende muito pouco) do aumento da habilidade cognitiva dos estudantes, que, supostamente, é o que as escolas produzem.” Para o autor, essa relação pode ser compreendida pela suposição de que a educação na verdade apenas seleciona e socializa os estudantes, conferindo-lhe credenciais (diplomas) valorizadas no mercado de trabalho (LIMA, 1980).

Nesse mesmo sentido, Bowles e Gintis (1975), baseando-se na teoria econômica, ressaltam o papel de socialização da escola, e não do desenvolvimento de habilidades cognitivas. Para os autores, a expansão educacional serve para excluir os indivíduos pertencentes às classes sociais inferiores de posições ocupacionais altamente desejadas e isto ocorreria por ser a classe dominante quem dita o que é ensinado nas escolas, de acordo com seus interesses. Fernandes, Neves e Haller (1999), ao rever o proposto por Bowles e Gintis (1975; 2000), afirmam que, segundo estes autores, o que é realmente importante para o empregador sobre a educação do trabalhador não é que ela necessariamente implique em um melhor preparo técnico, mas sim, ofereça uma socialização ao trabalhador para uma melhor adaptação na hierarquia industrial e burocrática, característica determinante do modelo produtivo exigido pelo sistema capitalista.

Assim, a escola tem uma função social, dentro do modo de produção capitalista, de capacitar os trabalhadores dando-lhes qualificações não-cognitivas. Trabalhadores de origem social mais baixa são socializados na escola para serem dóceis e acatar ordens, pois a estes cabe ocupar cargos da base da hierarquia dentro de cada empresa. Por outro lado, trabalhadores de origem social elevada e que ocupam posições no topo da firma são socializados para ter auto-direção, facilitando assim o comando dos outros e a tomada de decisões (FERNANDES; NEVES; HALLER, 1999: 1036).

De forma similar, segundo Xavier, Fernandes e Tomás (2009), a sociologia resalta o papel da estrutura social na definição das desigualdades, partindo do ponto de que a distribuição de recursos não é aleatória, e que a escolaridade também seria um fator de seleção que reforça o padrão de estratificação social. Para as autoras, duas abordagens sociológicas argumentam sobre a imperfeição do mercado e da existência dos custos de transação, e discorrem sobre como fatores além do mercado interferem nos processos econômicos com o objetivo de reduzir os custos. Uma se refere à abordagem de Collins (1977) e a outra de Thurow (1977).

Para Collins (1977; 1979), as credenciais poderiam ser concebidas como um fator extra-mercado, facilitando a seleção de mão de obra. Collins (1977) argumenta que as habilidades para o trabalho são aprendidas no próprio local de trabalho e o efeito da escolaridade, mesmo em profissões que requeiram determinadas habilidades iniciais, se perderia com a experiência. Para o autor, assim como para Bowles e Gintis (1975), o que é aprendido na escola estaria muito mais associado com os padrões de convivência e sociabilidade do que o desenvolvimento de habilidades instrumentais ou cognitivas. O

sucesso profissional, então, estaria relacionado aos níveis de escolaridade principalmente pelo valor que a educação formal ofereceria. Collins (1977) ainda aponta que estamos vivendo atualmente em uma sociedade “super-educada”, onde credenciais desnecessárias determinam o acesso a empregos almejados.

Já para Thurow (1975), parte do efeito da educação sobre a renda do indivíduo deve-se às credenciais, que seriam uma forma de mensurar indiretamente a “treinabilidade” do trabalhador, reduzindo os custos de transação. Como as habilidades do trabalho não existem previamente no mercado de trabalho, elas seriam informalmente desenvolvidas pelo treinamento no próprio local de trabalho. Assim, os trabalhadores com experiências anteriores detêm qualificações importantes para o processo de seleção, na medida em que podem significar custos de treinamentos mais baixos. Assim, tanto a educação como a experiência seriam características relevantes para a seleção dos indivíduos, dado o número limitado de características que servem como indicadores para a seleção, barateando os custos.

Além disso, segundo Lima (1980), as credenciais poderiam apontar para o empregador demais características do empregado, tais como persistência e determinação. Para o autor, a perspectiva credencialista deriva da observação empírica de discontinuidades em perfis de renda exatamente nos pontos em que as credenciais são adquiridas, como conclusão do Ensino Fundamental ou Médio. Como se duvida que a produtividade de alguém que terminou o Ensino Fundamental seja muito superior daquele que quase terminou, conclui-se que o diferencial da renda seria explicado pela credencial. Outros racionalizam que a diferença em educação, no caso anterior, demonstra que o sujeito que terminou o Ensino Fundamental seria mais persistente que o outro que não terminou. E este fato consistiria em um importante sinal para o empregador, “levando a supor que, *ceteris paribus*, uma pessoa mais persistente tem maior probabilidade de ser mais produtiva” (LIMA, 1980: 230).

Desta forma, os pressupostos da perspectiva credencialista se opõem diretamente à base da teoria do capital humano do motivo pelo qual a educação é relacionada com ganho: não necessariamente porque ela torna os trabalhadores mais produtivos, mas somente porque ela certifica-os como tais, sem aumentar necessariamente a produtividade (GRANOVETTER, 1981).

2.1.3 Teoria da segmentação do mercado de trabalho

Demais críticas à teoria do capital humano, tais como as realizadas pelos teóricos do credencialismo, se intensificaram principalmente ao final da década de 60 e início da década de 70, sem que necessariamente, conforme Lima (1980), emergisse alguma alternativa. Entretanto, para o autor, a partir de meados da década de 70 emergiu o contorno de uma nova teoria, capaz de explicar de maneira diferente a determinação dos salários e mobilidade ocupacional - a teoria do mercado dual ou segmentado.

Segundo Piore (2008), haveria a manutenção da pobreza e a polarização da estrutura ocupacional do mercado de trabalho em dois setores: setor primário e setor secundário. O setor primário concentraria as ocupações com as seguintes características: altos salários, boas condições de trabalho, produtividade elevada, uso de tecnologia mais avançada e, sobretudo, estabilidade no emprego e chances de promoção (mobilidade ascendente). Como este setor tem por condição o conhecimento e experiência para ascensão econômica, seus trabalhadores tendem a ser altamente profissionalizados e educados. No setor secundário, os empregos contam baixas remunerações, alta rotatividade da mão de obra, baixa produtividade, más condições de trabalho e poucas oportunidades dos trabalhadores ascenderem profissionalmente. Empregos neste mercado exigem (e propiciam) pouco treinamento (do tipo geral) e as oportunidades de aprendizagem no trabalho são virtualmente nulas e apenas um mínimo de qualificação seria necessário. Além disso, neste setor não há um retorno salarial considerável mediante investimentos em educação e treinamentos dentro das empresas (DICKENS E LANG, 1985, citados por VILELA, 2008).

Segundo Piore (2008), os fatores que promovem o mercado dual e impedem os empregados do setor secundário de se inserirem no setor primário estariam relacionados: [1] aos diferentes requerimentos comportamentais impostos à força de trabalho de cada setor; [2] discriminação pura e simples no mercado de trabalho; [3] como há grupos interessados na manutenção da pobreza, haveriam resistências em ações voltadas para sua redução; [4] aprendizado e manutenção de hábitos e comportamentos comuns no setor secundário, como a falta de pontualidade e assiduidade; [5] a obtenção de rendimentos alternativos ao emprego, como assistência pública e atividades ilegais, tende a ser mais compatível com o setor secundário que o primário.

De maneira diferente à teoria do capital humano, a teoria do mercado segmentado considera que empregos com características distintas são associados a diferentes pessoas. Escolarização e experiência no emprego, mas também características de *background* (como a raça e o sexo) irão determinar a gama de oportunidades para o indivíduo. E sua alocação em um emprego, por sua vez, irá condicionar a uma evolução futura de suas características pessoais (LIMA, 1980). Isso porque os indivíduos moldariam suas formas de comportamento e pensamento no ambiente de trabalho: as características “secundárias” seriam “aprendidas” e se tornariam habituais. Em condições de emprego intermitentes e erráticas, os empregados tenderiam a perder hábitos de assiduidade e pontualidade. Como atrasos e faltas são vistos com naturalidade pelos empregadores do setor secundário, eles acabam incentivando a participação instável desses trabalhadores no setor. Esses hábitos aprendidos no setor secundário criam um hiato ainda maior entre os dois setores, uma vez que não são aceitos no setor primário. Além disso, os hábitos aprendidos no trabalho seriam reproduzidos no contexto familiar; e, assim, estando o trabalhador no mercado secundário, ele e seus herdeiros possuem uma probabilidade muito elevada de ficarem “amarrados” àquele segmento. Por resultado, tem-se que a filtragem discriminatória de trabalhadores tende a perpetuar, durante gerações, o comportamento típico do setor secundário (LIMA, 1980:327).

Deste modo, para Piore (2008) o empregador, devido a uma discriminação étnica, ou por sexo, pode alocar o indivíduo em ocupações do mercado secundário. Por consequência, ao dar tamanha importância às características individuais e comportamentais, enfatiza uma dimensão da estratificação do mercado de trabalho baseada no “*lado da oferta*” da mão de obra (LIMA, 1980). Contudo, ressalta-se os rendimentos salariais são determinados pelo emprego, e não pelos indivíduos e suas qualificações (GRANOVETTER, 1981).

2.1.4 Teorias neo-estruturalistas

Assim como na teoria do mercado de trabalho segmentado, os teóricos neo-estruturalistas entendem que as diferenças salariais são determinadas pelo emprego, não pelos empregados (GRANOVETTER, 1981).

Para Thurow (1977), em um mercado de trabalho competitivo, onde há a competição por emprego - *job competition* – a renda de um indivíduo é determinada por sua posição na “fila” do trabalho e pela distribuição de oportunidades de trabalho na economia. Conforme apontado anteriormente, para o autor as habilidades não existem no mercado de trabalho, pois são adquiridas dentro do próprio trabalho. Com isso, aqueles candidatos que possuem mais experiência ou escolaridade, indicam para os empregadores menores custos de treinamento. Desta forma, o autor observa que o mercado de trabalho é primeiramente um mercado não para parear as demandas para suprir diferentes habilidades de trabalho, mas para parear as “treinabilidades” individuais, segundo a graduação de treinamentos que os candidatos possuam. Assim, o problema prático no mercado competitivo seria a escolha dos empregados com o intuito de gerar a produtividade desejada com os menores custos de treinamento.

Os empregadores, então, para o referido autor, categorizam os candidatos em uma escala do melhor ao pior potencial para o trabalho, com o intuito de estimar o custo potencial dos treinamentos. Mas como raramente eles possuem evidências concretas para prever quais seriam os custos dos treinamentos que serão necessários, os elencam um *ranking* segundo as características de *background* dos mesmos, tais como a idade, o sexo, o nível educacional (credenciais), as habilidades prévias e os resultados em testes psicológicos.

Para haver disponibilidade de vagas de emprego, segundo Sørensen e Kalleberg (2008), é preciso que haja a desistência do titular. A partir disso, a vaga só deverá existir para a pessoa que deve ter acesso a ela, ou seja, para aquele que possui as características necessárias para ocupá-la. O processo envolvido na disposição de candidatos a determinadas vagas e a disposição das mesmas é definido pelos referidos autores como competição de vagas – *vancancy competition*. Nesta competição, assim como no mercado competitivo descrito por Thurow (1975), o empregador fica atento às características de formação dos candidatos, incluindo a capacidade para cumprir o treinamento requerido para o trabalho.

Variáveis de *background*, bem como educação e experiências anteriores podem ser usadas como indicadores de performances potenciais. E os principais requisitos serão os indicadores escolhidos, os quais sejam visíveis e os empregadores, baseados em suas experiências, consigam prever as relações dos mesmos com os futuros desempenhos dos empregados. Como também proposto por Thurow (1975), a situação pode ser concebida

como uma fila de candidatos. A posição da pessoa nessa fila seria determinada não pelo nível absoluto de capacidade produtiva e laborativa, mas sua posição no ranking em relação aos demais candidatos à vaga, de acordo com as características julgadas como relevantes pelos empregadores (SORENSEN; KALLEBERG, 2008).

Como há uma fila de candidatos para os trabalhos, haverá também uma fila de vagas de trabalho, onde nesta, a ordem do ranking é estabelecida pelos salários, oportunidades de carreira e outras características, tais como *status* e conveniência, provenientes das vagas. O processo de pareamento – *matching process* – seria feito através do pareamento da fila de candidatos com a fila de vagas de trabalho. O lugar mais alto de uma pessoa na fila de candidatos irá conduzi-la à melhor vaga de trabalho (SORENSEN; KALLEBERG, 2008).

Sorensen e Kalleberg (2008) ressaltam que na competição de vagas, as taxas de remuneração são características dos empregos, não das pessoas. Isso seria um contraste ao proposto pela teoria do capital humano, na qual a principal fonte de variação concerne às características pessoais, que determinariam as diferentes capacidades produtivas (SORENSEN; KALLEBERG, 2008).

Nesse sentido, na competição de vagas, a maior barreira para o aumento de rendimentos seria o acesso a novos empregos. Somente se houver outros empregos disponíveis, o trabalhador conseguirá obter outras remunerações. O acréscimo de rendimentos é então, resultado da utilização de oportunidades de mobilidade por empregos melhores, e esta oportunidade estrutural, e não mudanças de capacidades, que implica em variações de rendimentos ao longo do tempo (SORENSEN; KALLEBERG, 2008).

Desta forma, no processo de competição de vagas existe uma distribuição de trabalhadores em um lado e empregos vagos que precisam ser pareados do outro lado. Para Granovetter (1981), alguns fatos contradizem esta simples versão e leva à necessidade de mais ênfase no processo de pareamento, tais como casos em que trabalhadores conseguem empregos que nunca foram ocupados, então não se pode dizer que havia uma “vaga”. Segundo o autor, em pesquisa anterior, ele verificou que em grande parte, os novos empregos eram criados somente porque empregadores vieram a conhecer uma pessoa cujas características e habilidades eram consideradas particularmente apropriadas para aquele trabalho – mesmo quando eles não procuraram ativamente por tal pessoa. Além disso, o processo de competição de vagas não aborda

outras variáveis que podem ser intervenientes no processo de contratação de pessoas, como contatos e indicações pessoais (GRANOVETTER, 1981).

2.1.5 Teorias organizacionais

Muitos estudiosos da desigualdade questionam as abordagens da obtenção de status e do capital humano devido ao seu foco exclusivo nos determinantes individuais sobre o alcance e retornos obtidos pelos indivíduos em suas carreiras. Os pesquisadores têm cada vez mais reconhecido que as recompensas estão ligadas a posições organizacionais e que as organizações diferem sistematicamente em suas práticas de pessoal e sistemas de recompensas. Por conseguinte, a ligação entre organizações e estratificação se mostra como uma área de interesse de investigação (BARON, 1984).

Para Baron e Bielby (1980), a abordagem de fatores organizacionais parte de uma grande insatisfação com a economia ortodoxa e teorias sociológicas sobre a determinação dos salários. De um lado, os autores apontam que a teoria econômica ortodoxa refere às diferenças salariais enquanto variações na produtividade do trabalhador, investimentos em capital humano e da oferta de trabalho. De outro lado, apontam que as análises sociológicas sobre os mecanismos de obtenção de status, assim como as pesquisas sobre capital humano, tipicamente abarcam alguma variante da teoria funcional da estratificação.

A respeito da teoria do capital humano, pesquisadores geralmente concordam que a educação afeta fortemente realização socioeconômica, mas eles discordam sobre a natureza dos seus efeitos (BARON; BIELBY, 1980). Enquanto a teoria do capital humano considera que há uma relação entre escolaridade, produtividade e renda, para Thurow (1975) a escolaridade simplesmente confere ao empregador as garantias de treinabilidade do empregado. Para Collins (1979), a expansão educacional e a consequente busca por credenciais são resultantes da competição entre grupos sociais por status e prestígio, e não das crescentes necessidades da sociedade por mais treinamento. Já Bowles e Gintis (1975) apontam que a expansão educacional serve para excluir os indivíduos pertencentes às classes sociais inferiores de posições ocupacionais altamente desejadas, uma vez que quem dita o que é ensinado nas escolas é a classe dominante – a escolarização seria, dessa forma, em conformidade à ideologia capitalista e disciplina organizacional (BOWLES; GINTIS, 1975).

Nesse sentido, Baron (1984) relata que primeiramente os pesquisadores, ao analisarem a obtenção de status e investimentos em capital humano olharam para o mercado de trabalho e o associaram as características individuais. Recentemente, os estudiosos adotaram uma visão diferente do mercado de trabalho, a qual enfoca o que pode não ser tão diretamente observado: por exemplo, o porquê de os indivíduos ocuparem determinadas posições nas organizações e os processos de alocação entre os trabalhadores e essas posições. Para o autor, a estratificação é inerente à forma em que se dá estrutura de posições, e este tem sido o foco de uma literatura crescente, relativa às organizações e a estratificação.

Todavia, Baron (1984) ressalta o cuidado necessário ao estudar as ocupações e suas relações com retornos salariais e organizações. Para ele, alguns pesquisadores acabam abstraindo as ocupações de seu contexto organizacional: não especificam quais são as características do trabalho que podem afetar os resultados no mercado de trabalho, nem a quais empresas e postos de trabalho elas se “encaixam”. Por outro lado, é importante considerar que alguns empregos são intrinsecamente ligados a determinados tipos de organizações e se torna difícil distinguir os determinantes a nível ocupacional, dos determinantes no nível da empresa.

Nesse sentido, Baron e Bielby (1980) propõem um esquema heurístico para representar os níveis e as unidades de organização do trabalho. Para os autores, a consideração das empresas é um elo perdido nas pesquisas de estratificação social. Eles sugerem que o trabalho está estruturado em cinco níveis de organização social: social, institucional, organizacional, ocupacional e individual. Correspondentemente, a desigualdade social pode ser examinada em cinco unidades hierarquicamente conectadas de análise: economia, indústria ou setor, empresa, trabalho e indivíduo. Dentro deste contexto, os autores propõem que as empresas devam vincular as dimensões "macro" e "micro" da organização do trabalho e da desigualdade.

Para os autores, dentro das empresas, o trabalho tem um preço e é alocado, as técnicas de produção são organizadas e implementadas, e o poder é organizado e estruturado. A mobilidade social e econômica é alcançada dentro e entre organizações econômicas. As forças sociais e institucionais impactam os funcionários através dos constrangimentos organizacionais enfrentados pelas empresas; e, inversamente, as ações tomadas pelos estabelecimentos afetam o ambiente macro (BARON; BIELBY, 1980).

Nesse sentido, ao considerar as resultantes das relações entre os trabalhos, carreiras e organizações, Baron (1984) aponta algumas possíveis correlações entre as carreiras e as organizações. Organizações mais antigas, maiores e mais burocráticas tendem a padronizar e formalizar as práticas de emprego, sendo mais propensas a explicitar as diferenças entre os postos de trabalho e suas recompensas, e, conseqüentemente, a distribuição das características dos trabalhos deve estar relacionada com os resultados nas carreiras mais do que em outras empresas. Esta discussão ilustra como o raciocínio organizacional pode ajudar a gerar um modelo de contingência dos resultados do mercado de trabalho que identifica quando determinado funcionário ou atributo organizacional será mais decisivo e o porquê (BARON, 1984).

Baron e Bielby, nessa mesma perspectiva, citam o estudo de Pfeffer (1977). O pesquisador, ao estudar os alunos graduados numa escola de administração de empresas, buscou compreender a relação entre a origem socioeconômica e os salários. Pfeffer observou que a influência de variáveis socioeconômicas e educacionais sobre a renda e o status social alcançado pelo indivíduo é uma consequência da posição que ele ocupa dentro da organização, do tamanho e do setor a que essa pertence. Desse modo, apreende-se que o estudo da estratificação deve ser extensivo ao exame dos determinantes da renda dentro das organizações do trabalho. Uma vez que a posição de classe é derivada da posição na organização, para que a origem socioeconômica possua um efeito na posição de classe, ela deve ter algum efeito na estratificação organizacional.

Para Granovetter (1981) as organizações impactam nos resultados de carreira em dois aspectos importantes: em primeiro lugar, a divisão de trabalho entre empregos e organizações gera uma distribuição de oportunidades e recompensas que muitas vezes antecede, tanto lógica quanto temporalmente, a contratação de pessoas para preencher os postos de trabalho. Em segundo lugar, práticas organizacionais para alocar trabalhadores nesses postos afetam a distribuição de recompensas e oportunidades dentro e entre empresas e, assim, influenciam a probabilidade de sucesso da carreira. Além disso, Granovetter (1981) ressalta que o ambiente organizacional gera complexas redes de interação, onde circulam informações sobre vagas de empregos, favorecendo a mobilidade dos indivíduos.

Quanto aos aspectos organizacionais considerados nos estudos, as pesquisas organizacionais, em âmbito internacional, têm dado maior atenção à ligação entre o

tamanho das empresas e a determinação dos trabalhos do que qualquer outro tópico (Baron, 1984). Para Ganovetter (1981) essa atenção é devida às grandes mudanças na organização do trabalho a partir do século XX, com a predominância da formação de grandes organizações.

A respeito da associação entre o tamanho das organizações, escolaridade e renda dos indivíduos, Stolzenberg (1978), considerando o aumento do tamanho das organizações, verificou os efeitos da escolaridade sobre a renda e status ocupacional para brancos, homens e trabalhadores não agrícolas. Este achado pode demonstrar o funcionamento dos mercados internos de trabalho em organizações de grande porte, os quais podem considerar a educação como critério de promoções (BARON, 1984).

Por outro lado, outros pesquisadores enfocam os determinantes técnicos. Para Doeringer e Piore (1971), o progresso tecnológico aumenta o monopólio de habilidade dos trabalhadores dentro das empresas. Com isso, as oportunidades de avanço internas necessitam, cada vez mais, do treinamento dos empregados juniores pelos profissionais seniores, com maior tempo de experiência. Nesse sentido, considerando o tamanho das empresas, para os autores esse tempo de experiência apresenta um efeito diferenciado em grandes organizações, dado que nelas há um maior progresso técnico. Em outras palavras, a senilidade do trabalhador apresenta um efeito positivo em relação ao tamanho das empresas.

Baron (1984) apresenta as diferentes concepções a respeito do tamanho das empresas e seus efeitos sobre os salários, considerando as perspectivas neoclássicas e neomarxistas. Quanto à primeira perspectiva, grandes organizações podem pagar e promover mais os funcionários porque possuem uma economia de escala. Com isso, podem aumentar a produtividade dos funcionários - e sua remuneração vinculada - sem que isso tenha impacto significativo sobre os preços das mercadorias. Phelps Brown (1977) também atribui os salários mais altos e oportunidades em grandes empresas para seus locais urbanos, nos quais se faz necessário compensar as ofertas dos concorrentes e maiores recompensas para compensar os trabalhadores para viagens mais longas para trabalhar. Alternativamente, os neomarxistas argumentam que as grandes organizações são mais vulneráveis a conflitos trabalhistas e os salários tendem a ser mais altos para reduzir as chances de conflitos entre os trabalhadores e a administração.

Dessa forma, os proponentes das abordagens concorrentes assumem que o tamanho é uma *proxy* para diferentes atributos organizacionais. Apesar de ser necessário considerar covariáveis para explicar os efeitos das diferenças organizacionais sobre as recompensas, o tamanho ainda é provavelmente a dimensão da organização mais fortemente relacionado com todas as demais (Hall, 1982).

Todavia, apesar dessas considerações, Baron e Bielby (1980) ressaltam que estudos que levem em consideração as empresas têm sido quase universalmente ignorados na pesquisa sobre estratificação social. Os autores reforçam a necessidade de estudos empíricos e afirmam que embora as fontes de dados ao nível das empresas sejam reconhecidamente escassas, elas existem.

Para Granovetter (1981) as teorias, acima expostas, algumas vezes se localizam nas características e decisões nos empregos (lado da demanda), e algumas vezes nas características dos trabalhadores (lado da oferta), mas não de ambas; e, principalmente, negligenciam os complexos mecanismos cujos ambos os lados são pareados.

Buscaremos, no presente estudo, abarcar da maneira mais completa as variáveis que possam nos esclarecer como tem sido a inserção ocupacional e os diferenciais de renda entre os trabalhadores com e sem deficiência, por gênero e tipo de deficiência. Nesse sentido, serão consideradas variáveis referentes ao indivíduo, ao vínculo empregatício que possui, à ocupação exercida, bem como variáveis referentes ao estabelecimento empregador.

2.2 Pesquisas sobre as desigualdades no mercado de trabalho: gênero, raça e deficiência

Segundo Maroto *et al* (2018) os estudos interseccionais sobre a desigualdade social enfatizam como os sistemas de opressão sobrepostos estruturam a desigualdade de gênero, mas ao focar as bases de estratificação de gênero, por classe e raça, muitas vezes negligenciam a deficiência como uma importante categoria social na determinação dos resultados econômicos. Para os autores, isso seria uma omissão significativa, dado que a deficiência limita severamente as oportunidades e contribui para a desvantagem cumulativa.

A deficiência se entrelaça com raça e gênero e expande o acúmulo de desvantagens, (PETTINICCHIO; MAROTO, 2017), influenciando o acesso à educação regular e o alcance educacional (FILMER, 2008; MIZUNOYA; MITRA; YAMASAKI, 2018; RISCHEWSKI; KUPER; ATIJOSAN; SIMMS *et al.*, 2008), o acesso ao mercado de trabalho (MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MITRA; SAMBAMOORTHY, 2008; MIZUNOYA; MITRA, 2013; TRANI; LOEB, 2012); suas ocupações (ALMEIDA; PEREIRA; SILVEIRA, 2018; MAROTO; PETTINICCHIO; PATTERSON, 2018; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017), renda auferida (ACEMOGLU; ANGRIST, 2008; ALMEIDA; VILELA, 2016; HARA, 2004; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017); onde residem, seu acesso aos serviços sociais e sua saúde ao longo da vida (BARTON; SINGH, 2004; DOSSA, 2005; 2006; 2008; SHUEY; EMILY, 2013; STIENSTRA, 2012).

No entanto, a inclusão da deficiência como um eixo de desigualdade que se intersecciona com os demais tem sido bastante escassa nas ciências sociais (DINIZ, 2007; GARLAND-THOMSON, 2011; MELLO; NUERNBERG, 2012), e em pesquisas específicas sobre desigualdades no mercado de trabalho (PETTINICCHIO; MAROTO, 2017). Ademais, os estudos já existentes que demonstram como o emprego e os ganhos salariais variam para homens e mulheres, por etnia/raça e segundo os tipos e nível de deficiência, apontam para a necessidade de mais análises interseccionais dessas desigualdades (PETTINICCHIO; MAROTO, 2017; WOODHAMS; LUPTON; COWLING, 2015) uma vez que essas múltiplas características levam à sobreposição de opressões que são incorporadas e reproduzidas dentro da estrutura social mais ampla (MAROTO; PETTINICCHIO; PATTERSON, 2018).

Com intuito de compreender como a deficiência interage com outros marcadores sociais, especialmente gênero e raça, abordaremos a seguir os estudos que buscaram compreender a dinâmica dessas categorias no mercado de trabalho. Posteriormente abordaremos as pesquisas que incluíram nessa dinâmica a deficiência, considerando seus diferentes tipos e níveis. E por fim os estudos sobre a inserção de pessoas com deficiência com base nas demandas das instituições empregadoras, uma vez que ao olharmos para as diferenças salariais entre grupos de trabalhadores com e sem deficiência, se faz necessário levar em conta as diferenças individuais, ocupacionais e produtivas e também abarcar as explicações alternativas sobre os fatores do lado das empresas (Jones, 2008).

Segundo Charles e Grusky (2004), apesar dos avanços recentes em direção à igualdade de gênero e raça, como as leis antidiscriminação, a entrada e presença cada vez maior de mulheres no mercado de trabalho e as políticas públicas direcionadas à família, o mercado de trabalho apresenta uma persistente segregação ocupacional por gênero e raça. Essa segregação reflete dois tipos diferentes de estratificação: a desigualdade vertical e a desigualdade horizontal. Um exemplo da primeira é quando notamos que as mulheres e negros são excluídos das posições ocupações mais valorizadas. Na desigualdade horizontal há uma inconsistência de poder, prestígio e recompensas materiais (CHARLES; GRUSKY, 2004).

Nesse sentido, diversos pesquisadores chamam a atenção para a necessidade de considerar os efeitos do trabalho em uma ocupação típica ou atípica de gênero sobre o sucesso profissional medido pelo status ou prestígio ocupacional, por salários ou por promoções no emprego (ENGLAND, 1992; HIRATA; KERGOAT, 2007; SILVEIRA; LEÃO, 2017). Essa literatura tem avançado na discussão acerca da identificação dos mecanismos de discriminação que substituem mulheres por homens e negros por brancos, em ocupações com melhor remuneração, qualidade e com carreiras profissionais de maior prestígio (GUIMARÃES, 2002). Suas verificações já demonstram que ser mulher e negro explicam a maior parte da desigualdade salarial no Brasil e que mulheres ocupam piores cargos no mercado de trabalho mesmo tendo mais escolaridade que os homens (SILVEIRA; LEÃO, 2017).

Considerando a composição altamente estratificada da sociedade, no Brasil a modernização do sistema de gênero afetou desigualmente, e contraditoriamente, as mulheres das diferentes classes sociais. As mulheres das classes média e alta tiveram

maior acesso aos níveis mais altos de educação e a remunerações de emprego, que não foram equivalentes às oportunidades tidas pelas mulheres de classes baixas. Aquelas de classe média contaram com acesso aos empregos que foram criados com a rápida expansão do setor de serviço e alcançaram bons salários, e as de classes mais altas de maior escolaridade galgaram profissões de maior prestígio. A entrada dessas mulheres ao mercado de trabalho não era mal vista, desde que não afetasse sua reputação, sua feminilidade ou ameaçasse a posição do chefe de família ao gerar salários que possibilitassem a independência da mulher (BRUSCHINI, 1994).

Não obstante as mulheres pobres que já faziam parte do setor industrial desde o século XIX passaram a encarar crescente hostilidade pela participação na força de trabalho, ao passo que os homens antes presentes no mesmo setor alcançavam maiores benefícios e oportunidades. Elas permaneceram segregadas nos empregos de menores salários e de baixas habilidades, devido à tradicional concepção dos papéis femininos, à limitação da oportunidade de estudo e do interesse dos empregadores em manter um estoque de trabalhadores com baixos salários. Além das mulheres do setor industrial, aquelas também “veteranas” empregadas domésticas representavam a maior fonte de recurso e emprego para as mulheres pobres. Ao mesmo tempo em que estas trabalhadoras liberavam as mulheres da classe média para investir em suas carreiras, elas mesmas permaneciam na “esfera privada” sob a tutela de suas bem-sucedidas empregadoras. Além de não ter acesso às proteções sociais de trabalho, baixos salários e trabalhar em condições de exploração, a natureza do trabalho das empregadas domésticas reforçam o não empoderamento por manter estereótipos da “natureza feminina” (BESSE, 1996 *apud* VENEROSO, 2012).

Nesse sentido, podemos observar que nas últimas décadas um aumento progressivo da participação das mulheres no mercado de trabalho. Na década de 1970 notamos que além das mulheres mais pobres, as mais instruídas e de camadas médias da sociedade também entraram para o mercado de trabalho devido a necessidades econômicas que se intensificaram com a queda dos salários dos trabalhadores, que também as obrigou a complementar, de alguma forma, a renda domiciliar. Além disso, a transformação na economia e nas expectativas de consumo contribuiu para que as mulheres quisessem realizar trabalhos remunerados (BRUSCHINI, 1994).

A crescente modernização do país, que se tornava cada vez mais urbanizado, trouxe novas transformações de ordem econômica, demográfica e social. Houve o aumento do

número de empregos e a queda da fecundidade por mulher. Esses fatores associados ao maior acesso à educação e às mudanças nos padrões de comportamento contribuíram para que a presença da mulher na força de trabalho persistisse, mesmo durante a crise econômica na década de 80. Entretanto esta permanência pode ser explicada, também, pelo intenso processo de terceirização da economia brasileira, que compreende os tipos de trabalhos mais ocupados pelas mulheres, no setor de serviços e comércio. Todavia, Burschini (1994) nos atenta para a necessidade de compreensão da inserção das mulheres na força de trabalho considerando o papel que elas ocupam na família e na reprodução:

A persistência de um modelo de família no qual cabem à mulher as responsabilidades domésticas e socializadoras determina a necessidade de uma constante articulação entre papéis familiares e profissionais. A disponibilidade dos indivíduos do sexo feminino para o trabalho depende de uma complexa família, como o estado civil e a presença de filhos, como ainda de características da própria família, como o ciclo de vida e a estrutura familiar. Mas esses fatores se relacionam também com a condição econômica da família, direcionando as mulheres em cada etapa da vida familiar para os afazeres domésticos ou para as atividades econômicas dentro ou fora do lar. (BRUSCHINI, 1994, p.182)

Por outro lado, ao considerarmos o próprio mercado de trabalho, observamos um tratamento desigual por gênero mesmo entre os trabalhadores com igual produtividade (FIGUEIREDO SANTOS, 2008). Esse fato causa um tipo de discriminação interna ao emprego ou de posição, fazendo com que mulheres recebam menores remunerações apesar de ocuparem a mesma posição trabalhista que homens; ou que sejam alocadas, na maioria das vezes, em cargos com menores recompensas:

Estudo recente dos efeitos da composição por gênero das ocupações sobre os salários mostra que persiste no Brasil uma penalidade salarial para aqueles que estão inseridos em ocupações tipicamente femininas, sendo que esta penalidade mostra-se mais forte para as mulheres que para os homens (FIGUEIREDO SANTOS, 2008: 7).

Em estudo a respeito da dinâmica do trabalho feminino durante a década de 1990, Bruschini e Lombardi (2000) observaram que a participação das mulheres no mercado de trabalho se dá em dois polos opostos de atividade. No primeiro há as ocupações de má qualidade em relação aos níveis de rendimentos, formalização das relações e proteção no trabalho. Foi tomado como objeto de estudo nesse primeiro polo o emprego doméstico, o qual manteve durante o período estudado algumas das marcas de precariedade que sempre o caracterizaram: longas jornadas de trabalho, baixíssimos

níveis de rendimento e de formalização, embora esses dois últimos aspectos apresentem sinais promissores de mudanças. As autoras relatam que, em 1997, 47% das domésticas trabalhavam mais de 45 horas por semana, 28% delas por mais de 49 horas. Em 1998, 76% delas não possuíam carteira de trabalho e 88% ganhavam até dois salários mínimos.

Faz-se mister destacar que essa categoria de trabalhadoras tem uma cor predominante: cerca de 59% delas são pretas e pardas. E seguindo um padrão de discriminação presente em todo o mercado de trabalho, suas condições de trabalho são piores quando comparadas às brancas: são mais jovens e estão mais presentes entre as que residem no domicílio do patrão, estando sujeitas a jornadas de trabalho mais extensas e a restrições em sua liberdade de ir e vir; e apenas 19% possuem carteira de trabalho, em contraposição a 24% das brancas (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2003). Além disso, as autoras verificaram a ocorrência de um relativo envelhecimento dessa categoria ocupacional, tradicionalmente formada por mulheres muito jovens. Para elas isso pode ser devido a um provável deslocamento das mais jovens e mais escolarizadas para outras ocupações. Para Brites (2013) isso pode ser também um indicativo de que as jovens estejam encontrando ocupações não necessariamente mais rentáveis, mas ao menos com maior reconhecimento social no comércio e no setor de serviços.

No segundo polo há as "boas" ocupações, caracterizadas por níveis mais elevados de formalização, de rendimentos e de proteção. Bruschini e Lombardi (2000) selecionaram algumas carreiras universitárias como Engenharia, Arquitetura, Medicina e Direito. A análise das pesquisadoras verificou que o ingresso das mulheres nesses nichos ocupacionais teria se dado como resultado da convergência de vários fatores. De um lado uma intensa transformação cultural a partir do final dos anos 60 e principalmente nos anos 70. No caminho dos movimentos sociais e políticos dessa década as mulheres eram impulsionadas para as universidades em busca de um projeto de vida profissional e não apenas doméstico. A expansão das universidades (maioria privadas) na mesma época foi ao encontro desse anseio feminino.

A racionalização e as transformações pelas quais passaram essas profissões abriram novas possibilidades para as mulheres que se formaram nessas carreiras, ampliando o leque profissional feminino para além dos guetos tradicionais como o Magistério e a Enfermagem. Os dados ainda revelaram que o perfil dessas profissionais se diferencia daquele dos seus colegas do sexo masculino apenas por serem mais jovens. E apesar de não mencionarem especificamente a cor dessas mulheres, observamos que em 1998 as

mulheres brancas estavam mais bem representadas nos setores mais organizados da economia, com maior probabilidade de obter salários mais altos e ter representatividade sindical. Elas, assim como eles, estavam distribuídas de forma semelhante entre os setores público e privado e trabalhando um número similar de horas por semana.

Todavia, como exemplo de desigualdade horizontal, notamos que apesar de estarem adentrando novos e promissores espaços de trabalho nem por isso essas mulheres deixaram de estar sujeitas a padrões diferenciados por gênero, entre os quais a discriminação salarial é apenas o mais evidente: em todas as profissões analisadas foi verificado o menor patamar de ganhos femininos quando comparado ao masculino. Por outro lado, há desigualdade vertical entre essas profissionais pois ainda não auferem, como os homens, rendimentos infinitamente superiores aos da ocupação do outro polo analisado, das trabalhadoras domésticas e negras. “Ironicamente, é no trabalho das empregadas domésticas que as profissionais frequentemente irão se apoiar para poder se dedicar a própria carreira. Este é o elo que une os dois polos analisados” (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2000: 101).

É interessante notar que, a despeito das expectativas das teorias da modernização (que apostavam em uma correlação entre desenvolvimento técnico e cenários mais democráticos), o trabalho doméstico remunerado e as desigualdades que ele acarreta cresceram nas últimas décadas, inclusive em sociedades com economia capitalista bem estabelecida. Milkman, Reese e Roth (1998, *apud* BRITES, 2013) justificam o crescimento do serviço doméstico nos Estados Unidos e sua variabilidade geográfica mundial em termos de desigualdade. O aumento dos empregos domésticos coincidiu com o crescimento do número de mulheres da elite exercendo profissões liberais ou administrativas, com rendimentos que possibilitariam a compra do trabalho doméstico de outras. Sem menosprezar os avanços trazidos pelos estudos de gênero, que contribuíram significativamente para o conhecimento sociológico destas realidades, Milkman, Reese e Roth (1998) salientam que, de certa forma, alguns desses estudos encerraram suas análises em segmentações étnicas, de raça e de gênero, deixando de lado as determinações de classe. Lançando mão de uma comparação “macrossociológica”, as autoras verificam que o trabalho doméstico é diretamente proporcional ao nível de desigualdade social dos países ou regiões onde se estabelece.

Nessa esteira, Biroli (2018) aponta que o foco da divisão sexual do trabalho tem como desdobramento a definição das mulheres como grupo que ganha unidade em

contraposição ao dos homens, que recebem vantagens na atribuição diferenciada das responsabilidades nessa forma binária de construção de gênero. Ao mesmo tempo, o acesso ao mercado de trabalho também se dá de forma distinta segundo raça, posição de classe e nacionalidade, se levarmos em conta os fluxos migratórios. Na conexão entre divisão sexual do trabalho não remunerado e trabalho remunerado, a vida das mulheres se organiza de maneiras distintas segundo a posição que elas ocupem em outros eixos nos quais se definem vantagens e desvantagens.

Ao analisarem os dados das PNAD's de 1990, 1993, 1995 e 1998 referentes à população economicamente ativa (PEA), Bruschini e Lombardi (2003) verificaram que que sob uma perspectiva de cor as taxas de atividade feminina e masculina quase não apresentam diferença. Os brancos de ambos os sexos predominam, tanto em números absolutos quanto relativos. Todavia, se as mulheres brancas estão bem representadas na PEA, o estão mais ainda entre os empregados, categoria que abriga os assalariados (com ou sem carteira assinada), considerados os setores mais organizados da economia. No caso dos homens os percentuais de brancos e negros, seja na PEA ou entre os empregados, são muito parecidos, com o pequeno predomínio de brancos. As autoras ressaltam que as diferenças encontradas na PEA e emprego entre brancas e negras, e as similaridades nas proporções entre os homens brancos e negros podem ser consideradas como indício de maior discriminação racial sobre as trabalhadoras negras do que em relação aos trabalhadores negros.

Bruschini e Lombardi (2003) verificaram que as trabalhadoras negras ganhavam menos e ocupavam as posições mais frágeis no mercado de trabalho. Para as autoras isso demonstra que a discriminação de raça é mais intensa que a de gênero, dado que os homens brancos são os que ganham mais e ocupam as melhores posições no mercado de trabalho, seguidos pelas mulheres brancas, pelos negros e, no nível mais baixo, pelas negras. Ainda segundo esses estudos, em todos os indicadores sociais, as desigualdades raciais são contundentes. Em educação, por exemplo, as taxas de escolarização, eram de 4,2 anos de estudo para os negros e 6,2 para os brancos. A taxa de analfabetismo era de 8,3% para brancos e 20% para pretos e pardos. No mercado de trabalho as mulheres negras predominavam nas piores ocupações, como o emprego doméstico, e seus rendimentos são os mais baixos de todas as categorias sociais. Além disso, 60% das famílias chefiadas por mulheres negras tinham renda inferior a um salário mínimo. “Em

suma, no quesito cor, pouca coisa parece ter mudado no país até o final da década analisada” (BUSCHINI; LOMBARDI, 2003: 328).

Nesse sentido, para Hirata (2014) é imprescindível para uma melhor compreensão da interdependência das relações de poder de raça, sexo e classe, a consideração da articulação entre eles. Para a autora o interesse teórico e epistemológico dessa articulação fica claro em pesquisas que não focam apenas nas diferenças por gênero, mas também para as diferenças entre homens brancos e negros e mulheres brancas e negras e que mobilizam a raça e o gênero para explicar desigualdades salariais ou diferenças quanto ao desemprego.

Para Soares (2000) um diferencial de rendimentos pode ser provocado por pelo menos três fatores: qualificações diferentes, inserções no mercado de trabalho diferentes ou um diferencial salarial puro. O autor, utilizando os dados da PNAD de 1987 a 1998, comparou os rendimentos médios entre homens brancos (tomados como o grupo padrão) e homens negros, mulheres brancas e mulheres negras. Soares (2000), ao considerar o efeito da escolaridade e experiência no mercado de trabalho sobre os diferenciais de rendimento, observou que os homens negros sofrem mais discriminação na formação e na inserção ocupacional.

Os homens negros possuiriam menor qualificação, e isso seria devido à discriminação sofrida pelos negros durante a escolarização. “É na escola, e não no mercado de trabalho, que o futuro dos negros seria selado” (SOARES, 2000: 23). Ao serem contratados os homens negros sofrem discriminação, recebendo menos que os homens brancos, sendo que esse diferencial cresce com a renda do homem negro. Nas primeiras etapas esse diferencial seria por volta de 10%, por trabalharem em setores ou terem vínculo com o mercado de trabalho inferior aos dos homens brancos. Entretanto, quanto mais alto é o nível de renda, maior é a discriminação salarial entre os homens negros e brancos. Para Soares (2000:15) isso seria evidência de que “a sociedade brasileira não aceita que negros ocupem posições favoráveis na estrutura de rendimentos e que, quanto mais os negros avançam, mais são discriminados”. A razão disso seria a existência de uma visão do que seja o lugar do negro na sociedade, que se refere ao trabalho manual, sem fortes requisitos de qualificação, em setores industriais e pouco dinâmicos. Se o negro ficar no lugar a ele alocado, sofrerá pouca discriminação. Mas se porventura tentar melhores posições,

“sentirá todo o peso das três etapas da discriminação sobre os ombros” (SOARES, 2000: 25).

Já as mulheres brancas sofreriam mais discriminação na definição salarial, uma vez que tão bem ou mais qualificadas que os homens brancos, e trabalhando em setores e regiões idênticas, recebem em torno de 35% a menos. Já as mulheres negras ocupam um lugar intermediário entre homens negros (com os diferenciais baseados na formação e inserção) e as mulheres brancas (diferenciais baseados na definição salarial). No entanto, o autor ressalta que a discriminação salarial contra as mulheres, tanto brancas quanto negras, vem caindo a uma taxa lenta mas constante (SOARES, 2000).

Para Figueiredo Santos (2008) a desigualdade de gênero no Brasil estrutura-se com características diferenciadas de raça. Segundo o autor gênero cria uma discrepância de renda observada bem menor que raça, entretanto produz uma divergência de renda ajustada ou controlada muito maior, o que indica que se tratam de discrepâncias de renda muito divergentes. Desse modo o autor nos diz que, embora exista uma desigualdade de gênero de acesso à estrutura de classes e à ordem ocupacional, as mulheres possuem vantagens posicionais particularmente nos controles de credenciais educacionais, e o efeito direto de gênero (desigualdade de tratamento) prepondera sobre o efeito indireto (desigualdade de acesso) na explicação das discrepâncias de renda entre homens e mulheres (FIGUEIREDO SANTOS, 2008).

Mais recentemente, Silveira e Leão (2017) ao analisarem os dados das PNADs de 1996 e 2014 verificaram que entre os anos as mudanças na distribuição dos grupos de raça e gênero dentre as ocupações foram pequenas e relativas e que as mulheres negras tiveram uma melhora expressiva, apesar de continuarem em situação muito inferior aos demais grupos.

Os autores verificaram que as mulheres negras se concentram nas ocupações mais precárias no mercado de trabalho, bem como o alto percentual da discriminação em seu salário, que praticamente não mudou nos dois anos analisados. A estratificação horizontal demonstra relação com os padrões de segregação uma vez que o primeiro arranjo das desigualdades parece recair principalmente sobre as mulheres brancas, que possuem rendimentos médios inferiores aos homens brancos e negros mesmo com escolaridade semelhante. Dessa forma, o aumento da escolaridade das mulheres, principalmente as brancas, não repercutiu em ocupações de maior prestígio, dado que cargos gerenciais, por

exemplo, apresentaram uma diversificação muito mais lenta do que as ocupações profissionais e técnicas (SILVEIRA; LEÃO, 2017).

Os resultados dos autores vão ao encontro daqueles publicados por Guimarães (2002) que verificou, ao analisar os dados da PNAD de 1989 e 1999 sobre as desigualdades nos rendimentos auferidos no trabalho entre grupos de sexo e cor, a maior presença de homens brancos nas ocupações com os melhores salários; em seguida, os homens negros e as mulheres brancas; e, por último, as mulheres negras com os salários significativamente inferiores. Dessa forma, esses achados (GUIMARÃES, 2002; SILVEIRA; LEÃO, 2017; SOARES, 2000) identificam uma maior desigualdade no mercado de trabalho provocada pelo gênero que pela raça, ao contrário do apontado por Bruschini e Lombardi (2003).

Todavia, Guimarães (2002) ressalta a grande necessidade de se considerar que entre os grandes fatores explicativos das desigualdades no contexto brasileiro, que estão na base dos processos de discriminação, seja ela produzida diretamente nos locais de trabalho ou em espaços sociais mais amplos e neles refletida, destacam-se os fatores adscritos, cujos demarcadores estão inscritos no corpo, ou seja, na aparência física dos indivíduos. Esses marcadores são socialmente valorados e transformados em elementos de qualificação (ou desqualificação) social, de qualificação (ou desqualificação) para o trabalho. Dessa forma seria imprescindível desvendar as maneiras como as representações sociais sobre as diferenças de corpo se expressam e se recriam no espaço simbólico das relações sociais no trabalho.

A deficiência, também um fator adscrito, tem sido apontada recentemente como marcador relevante para a segregação ocupacional no mercado de trabalho. Comparando os diversos grupos de trabalhadores por gênero, raça, e tipo de deficiência, Almeida e Vilela (2016) verificaram inicialmente uma maior segregação ocupacional por gênero no mercado formal de trabalho brasileiro, segundo os dados da RAIS 2013. Ao levar em consideração os tipos de deficiência, notaram que, com exceção somente do grupo de trabalhadores com deficiência auditiva, as mulheres estão mais concentradas em determinados nichos ocupacionais que os homens. Especificamente entre os tipos de deficiência, destacam-se a maior segregação entre aqueles com deficiência cognitiva e múltipla. Esses dois grupos também foram os que apresentaram maior segregação ocupacional no estudo de Maroto e Pettinicchio (2014) sobre a população estadunidense. Todavia, a segregação verificada no Brasil (ALMEIDA; VILELA, 2016) entre os grupos

com os diferentes tipos de deficiência se mostra bastante superior à encontrada por esses autores nos Estados Unidos.

Os estudos da desigualdade provocada pela deficiência no mercado de trabalho começaram na década de 1980 nos Estados Unidos e Reino Unido. A princípio, verificaram a disparidade provocada pela própria deficiência, alguns em associação ao gênero e à escolaridade. Posteriormente passaram a considerar cada vez mais fatores macro e micro para entendimento das diferenças de acesso ao emprego e diferenças de rendimentos, como a produtividade, o tipo e nível de deficiências, as limitações funcionais, influência de raça, gênero, idade e acessos a políticas públicas, preferência dos empregadores, as características das instituições empregadoras etc, tornando as análises cada vez mais complexas e robustas.

Segundo Jones (2008) as pessoas com deficiência representam uma proporção significativa de trabalhadores em idade produtiva em vários países. Entretanto observa-se de forma substantiva as diferenças nos retornos obtidos por essas pessoas comparadas às outras sem deficiência no mercado de trabalho, em pesquisas nos Estados Unidos (BALDWIN; JOHNSON, 1994b; BALDWIN; SCHUMACHER, 2002; BALDWIN; JOHNSON, 1995; BALDWIN; JOHNSON, 2000), no Reino Unido (JONES, 2006; JONES, M. K.; LATREILLE, P. L.; SLOANE, P. J., 2006; JONES, MELANIE K.; LATREILLE, PAUL L.; SLOANE, PETER J., 2006; KIDD, M. P.; SLOANE, P. J.; FERKO, I., 2000; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012a; RIGG, 2005; RIGG, 2000), e, mais recentemente, no Brasil (ALMEIDA, 2011; ALMEIDA; PEREIRA; SILVEIRA, 2018; ALMEIDA; VILELA, 2016; GARCIA; MAIA, 2014).

A respeito dos principais temas em desenvolvimento da literatura internacional, Jones (2008) revisou pesquisas que buscam relacionar o impacto da deficiência no mercado de trabalho e identificou que as taxas de empregabilidade dos trabalhadores com deficiência são baixas nos mais diferentes países. No tocante aos rendimentos auferidos, Jones (2008) ressalta que independente da definição de deficiência ou do banco de dados utilizado, há evidências consistentes de que os trabalhadores com deficiência, mesmo controlando as diferenças de capital humano e características do trabalho, recebem menos que aqueles sem deficiência.

Segundo Simonetta, Chetti e Platt (2012a), foram Johnson e Lambrinos (1985) os primeiros pesquisadores a fazer uma análise de decomposição das diferenças salariais

encontradas entre as pessoas com e sem deficiência. Os autores utilizaram os dados do *Social Security Survey of Disabled and Non-Disabled Adults de 1971*. No estudo eles diferem os seguintes termos: *impairment*, que seria uma perda psicológica, mental, anatômica ou qualquer anormalidade; *disability* como uma restrição ou falta, (resultante do *impairment*) da habilidade de desenvolver uma atividade na forma ou dentro daquilo que é considerado normal; e *handicap* como uma desvantagem resultante do *impairment* ou *disability*. Adotaram a definição de *handicapped* em seu estudo e buscaram diferenciar, através deste conceito, alguns tipos de deficiência que ao contrário de outros *impairments*, não necessariamente levam à discriminação. Nesse sentido, *handicapped*, para Johnson e Lambrinos (1985) se refere somente aos *impairments* que favorecem a comportamentos discriminatórios, sendo por isso, visíveis, como uma dificuldade de comunicação, alterações motoras ou na forma do corpo, paralisias, doenças mentais, dificuldades de enxergar mesmo com óculos, cegueira.

Os autores fundamentam a adoção dessa definição de *handicapped* por meio das seguintes considerações, feitas por estudos anteriores: [1] a discriminação contra pessoas com deficiência pode ser resultado de preconceito (BECKER, 1957); [2] estudos sobre atitudes revelam um preconceito substantivo contra certos tipos de deficiência (YUKER; BLOCK; YOUNG, 1966); [3] as atitudes dos empregadores frente a empregados com deficiência são menos favoráveis que as atitudes frente a idosos ou a membros de outras minorias (BOWE, 1978); [4] as pessoas com deficiência são vítimas de uma grande animosidade e rejeição, mais do que os outros grupos da sociedade (HAHN, 1983).

Johnson e Lambrinos (1985) utilizaram variáveis referentes ao capital humano, ocupação, se essa pertencia ao setor público ou não e raça. Os autores discriminaram os resultados por gênero e utilizaram a decomposição da diferença salarial entre *handicapped* e *non handicapped workers* conforme método proposto por Oaxaca (1973) e encontraram uma discriminação salarial contra os primeiros. Ao considerar o gênero, notaram que as mulheres com deficiência recebem 85% do que é auferido pelas mulheres sem deficiência e que 28% das mulheres com deficiência estão empregadas, versus 36% daquelas sem deficiência. Quanto à discriminação, ao comparar trabalhadores com e sem deficiência notaram que para os homens ela corresponde a 33% da diferença salarial, e para as mulheres a 40%. Além disso, a discriminação com base na deficiência reforçou a discriminação sexual: os fatores de discriminação sexual foram responsáveis por cerca de

um sexto do diferencial salarial entre homens e mulheres *handicapped*. Além disso, como a diferença salarial aumentou com o tempo de empresa os autores questionaram se realmente a dúvida que os empregadores têm a respeito da produtividade diminui com melhores informações sobre os trabalhadores com deficiência. Jhonson e Lambrinos (1985) ainda ressaltaram que a discriminação salarial limitou o sucesso dos programas de reabilitação profissional e reduziu os incentivos das pessoas com deficiência a trabalharem.

Na busca por apreender a influência das características socioeconômicas das pessoas com deficiência sobre o emprego no mercado de trabalho e o salário, Pfeiffer (1991) realizou uma pesquisa de survey com pessoas com deficiência em Massachusetts em 1989, obtendo 733 respondentes. A respeito das chances de estar empregado, utilizando regressões logísticas, o autor verificou o efeito positivo dos seguintes fatores: ser branco, ser homem, ter educação superior, estar casado ou ser divorciado, ser jovem. E o efeito negativo desses: ter deficiência mental, ter deficiência de mobilidade, morar sozinho, ter deficiência visual ou múltipla, ser veterano de guerra, ser uma mulher trabalhando em regime de tempo parcial. Sobre esta última consideração, o autor ressaltou que as mulheres tendem a ser empregadas dessa forma mais do que os homens. Ao levar em conta a ocupação, verificou que os homens brancos e que trabalham em tempo integral tem mais chances de estarem empregados em ocupações administrativas e técnicas. No tocante aos rendimentos, Pfeiffer (1991) obtém resultados semelhantes. Utilizando regressões lineares, o autor conclui que homens com deficiência, brancos, com nível superior de escolaridade e com ocupações administrativas e técnicas foram os que têm os melhores salários.

Baldwin e Johnson (1994b) investigaram a discriminação salarial para homens com e sem deficiência para os EUA através dos dados do *Survey of Income and Program Participation* de 1984. Baseados na classificação de deficiência utilizada por Johnson e Lambrinos (1985) conceberam os trabalhadores com deficiência de duas formas: aqueles com impedimentos mais perceptíveis e por isso mais sujeitos ao preconceito (*handicapped*), e aqueles menos sujeitos, com impedimentos menos notáveis (*disabled*). Comparando esses dois grupos com os homens sem deficiência verificaram que há grandes diferenças na probabilidade de estarem empregados e nos rendimentos por horas trabalhadas. As razões de chance de emprego e o salário por hora dos trabalhadores considerados *disabled* foram significativamente menores que dos homens sem

deficiência, mas substancialmente maiores que dos trabalhadores considerados *handicapped*. E, ao comparar esses dados com os de 1972, referentes ao *Social Security Survey of the Disabled*, verificaram que as diferenças salariais entre os homens sem deficiência e aqueles considerados tanto *disabled* quanto *handicapped* aumentou entre 1972 e 1984. E, apesar da empregabilidade dos *handicapped* ter aumentado no último ano ela se manteve substancialmente inferior aos demais grupos.

No tocante às variáveis independentes observadas os autores consideraram a produtividade representada por anos de educação, três fatores de mensuração de saúde (capacidades funcionais, como capacidade de enxergar, andar e subir escadas) e três fatores de experiência no mercado de trabalho (anos de experiência no atual emprego, tempo de emprego total e tempo de desemprego). Outras variáveis foram: status marital, ocupação e raça. Com exceção da experiência no mercado de trabalho, na qual contavam com maior quantidade de anos, verificou-se que os homens *disabled* eram bastante semelhantes àqueles sem deficiência. Todavia, os homens *handicapped* recebiam as menores médias salariais, tinham um tempo inferior considerável no mercado de trabalho e menos anos de escolaridade.

No tocante aos diferenciais de renda, Baldwin e Jhonson (1994) observaram que os anos de educação, ser branco e estar casado contribuem positiva e significativamente para os melhores rendimentos dos homens que não tem deficiência e os *disabled*. Além disso, verificaram que as ocupações com melhores rendimentos eram aquelas de profissionais e gerentes, quando comparadas às ocupações de serviços, administrativos, de trabalhadores especializados ou semi-especializados. Todavia, utilizando o método Oaxaca-Blinder, os autores verificaram que 40 pontos percentuais do diferencial de renda entre *handicapped* e os homens sem deficiência foi devido à discriminação.

Em outro estudo, dessa vez considerando somente as mulheres, Baldwin e Johnson (1995) observaram que em 1971 o salário recebido pelas mulheres com deficiência era aproximadamente 85% dos rendimentos auferidos pelas trabalhadoras sem deficiência, e 28% das mulheres com deficiência estavam empregadas, comparadas aos 36% daquelas sem deficiência. Passados treze anos, o salário das mulheres com deficiência continuava sendo somente 86% dos rendimentos daquelas sem deficiência e o *gap* de empregabilidade ainda aumentou em 27%.

Os autores foram os primeiros a estimar os diferenciais de renda para mulheres com deficiência para a década de 80 e seus resultados indicaram que mais da metade do diferencial de renda entre mulheres com e sem deficiência é devido à discriminação. Não usaram a classificação do estudo anterior e consideraram apenas as mulheres sem deficiência e mulheres com deficiência como aquelas que reportavam uma condição de saúde que a limitavam em algum tipo de trabalho, sua habilidade para os trabalhos de casa ou limitava sua mobilidade. Todavia, os autores ressaltaram que todas as mulheres do estudo estavam aptas para o trabalho e que

Um impedimento que limita algum tipo de trabalho para as mulheres pode não necessariamente limitar sua produtividade em todos os trabalhos para os quais seja elegível. A discriminação pode, entretanto, reduzir as propensões de emprego e salários da mulher com algum impedimento para o qual ela seria tão produtiva quanto uma mulher sem deficiência (Baldwin e Johnson, 1995, p. 558, tradução livre).

A respeito da discriminação relacionada ao gênero e à deficiência os autores relatam que segundo Fine e Asch (1988), o efeito do gênero sobre a discriminação contra pessoas com deficiência tem sido ignorado em estudos e artigos sobre políticas sociais. Salientam ainda que estudiosos sobre a deficiência têm argumentado que a discriminação por gênero é maior para as mulheres com deficiência do que aquelas sem deficiência e duas razões para esta assertiva são: [1] uma deficiência perceptível é mais incapacitante para as mulheres que para os homens porque socialmente é enfatizada a beleza física da mulher (BLACKWELL-STRATON; BRESLIN; MAYERSON; BAILEY, 1988; HAHN, 1987); e [2] uma deficiência interfere e limita o papel tradicional das mulheres como cuidadoras e apoiadoras dos homens (FINE; ASCH, 1988).

Os dados utilizados pelos autores foram do *Survey of Income and Program Participation* (SIPP) de 1984. A produtividade das trabalhadoras e as variáveis independentes foram consideradas da mesma forma que no estudo anterior (BALDWIN; JOHNSON, 1994b), acrescidas das seguintes: se trabalha ou não no setor público, se faz ou não meia-jornada de trabalho e setor econômico. Por resultado verificaram que as trabalhadoras com deficiência recebiam, em média, 14% a menos que aquelas sem deficiência. Aquelas com deficiência eram mais velhas, possuíam mais tempo de desemprego, tendiam a não se casar e a ter jornadas reduzidas. Além disso, estavam sobre-representadas em ocupações de serviços e semiqualificadas e sub-representadas em ocupações profissionais ou em cargos de gerência.

Para mensurar as diferenças salariais considerando o viés de seletividade, os autores utilizaram o modelo proposto por Heckman (1979) e é interessante notar que os autores verificaram que a educação, a experiência geral no mercado de trabalho e o fato de estar casada tiveram efeitos positivos significantes para as mulheres sem deficiência, mas não tiveram efeito significativo para as mulheres com deficiência. Sobre o efeito de estar casada os autores ressaltam que o efeito positivo não foi verificado em relação às mulheres com deficiência porque elas tendem a se casar com homens que também possuam deficiência. Além disso, ao contrário das mulheres sem deficiência que tendem a ter um decréscimo salarial no setor público, comparado ao setor privado, não foi encontrado o mesmo para aquelas com deficiência, indicando que as mulheres com deficiência encontram pouca ou nenhuma discriminação no setor público (Baldwin e Johnson, 1995).

Para testarem se há discriminação, os autores utilizaram o modelo proposto por Oaxaca (1973) e tiveram por objetivo verificar se a discriminação de gênero é maior para as mulheres com deficiência que para as mulheres sem deficiência. Compararam os diferenciais de renda entre homens e mulheres com deficiência com os diferenciais de renda entre homens e mulheres sem deficiência. A combinação dos efeitos da discriminação por deficiência e gênero foi estimada através da comparação entre mulheres com deficiência e homens sem deficiência. Por resultado, verificaram que as mulheres com deficiência recebem 85% do valor médio dos rendimentos auferidos pelos homens com deficiência e 60% do recebido pelos homens sem deficiência. Os autores ressaltaram que, apesar do grande hiato por gênero, os resultados não indicaram que as mulheres com deficiência sejam mais sujeitas a discriminação de gênero que aquelas sem deficiência, mas que elas (mulheres com deficiência) estão sujeitas a uma dupla carga de discriminação (Baldwin e Johnson, 1995).

Os estudos de Johnson e Lambrinos (1985), Baldwin e Johnson (1994b) e Baldwin e Johnson (1995) são considerados seminais para o estudo dos diferenciais de renda entre pessoas com e sem deficiência (DELEIRE, 2001; JONES, 2008; KIDD, M. P.; SLOANE, P.; FERKO, I., 2000; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012a). Todavia, críticas são feitas em relação aos achados, por não considerarem variáveis referentes à mensuração da produtividade em seus modelos. Para Jones (2008) e Longhi *et al* (2012a), os grandes percentuais de discriminação têm por justificativa, na verdade, a influência da deficiência na produtividade que não foi controlada nas regressões, uma vez que algumas deficiências

podem limitar a produtividade em alguns tipos de ocupações, mas podem ser completamente irrelevantes para outras.

DeLeire (2001) também critica as técnicas utilizadas pelos referidos autores e sugere que o preconceito associado a uma deficiência pode ser relacionado com a gravidade da deficiência em si e, por conseguinte, correlacionados com a produtividade do trabalho, o que torna impossível separar a discriminação do efeito da própria deficiência sobre a produtividade. A solução dada pelo autor foi dividir a população em três grupos: [1] pessoas com deficiência que declararam possuir limitações para o trabalho; [2] pessoas com deficiência que declararam não ter limitações para o trabalho; e [3] pessoas sem deficiência. O autor assume que as pessoas com deficiência sem limitação para o trabalho têm uma produtividade igual àquelas sem deficiência e, portanto, a diferença inexplicada de salários entre estes dois grupos seria unicamente devida à discriminação. Já a diferença não explicada entre os trabalhadores com deficiência, com e sem limitação para o trabalho seria uma combinação de discriminação e das diferenças de produtividade.

A pesquisa de Deleire (2001) também utilizou os dados do SIPP (*Survey of Income and Program Participation*), referentes aos anos de 1984, 1992, 1993, somente para os homens. Buscou, assim como os autores anteriores, a verificação da discriminação salarial através do método proposto por Oaxaca e Blinder (1973) e Oaxaca e Ransom (1994). Por resultados obteve que somente uma pequena percentagem da diferença de renda (5 a 8 por cento) é devida à discriminação. Contudo ressalta que o hiato atribuído à discriminação não diminuiu de 1984 para 1993, a despeito da publicação do *The American with disabilities Act ADA*³⁴. Uma crítica feita aos estudos de Deleire foi a utilização de uma escala subjetiva de cinco pontos para mensuração de saúde como uma

³⁴ O documento *The American with disabilities Act (ADA)*, entrou em vigor nos EUA em 1992 e teve por foco a luta contra a discriminação, por meio de suporte fornecido pelo Governo Federal e a não determinação de cotas empregatícias. Na definição do ADA, são consideradas pessoas com deficiência a parcela populacional que possui uma deficiência física, sensorial ou mental que limita substancialmente uma ou mais das principais atividades da vida (como andar, respirar, ver, ouvir, falar, aprender e trabalhar), e que enfrenta restrições vinculadas a uma história de tratamento desigual, baseado em estereótipos que não indicam a verdadeira contribuição desses indivíduos como participantes da sociedade (OLIVEIRA; GOULART JÚNIOR; FERNANDES, 2009). Ainda segundo o documento, considera-se pessoa com deficiência habilitada o empregado ou candidato a emprego que atenda às exigências do cargo ou da ocupação pretendida e que, com ou sem adaptações arquitetônicas e estruturais, possa executar as funções competentes ao cargo. Ressalta-se que, segundo o documento, os empregadores são obrigados a fazer as adaptações necessárias para receberem os trabalhadores com deficiência, para que possam gozar dos mesmos benefícios e facilidades dos demais empregados, salvo se estas modificações inviabilizarem o negócio quer seja pelo porte financeiro do empregador, quer seja pela natureza das atividades exercidas (OLIVEIRA; GOULART JÚNIOR; FERNANDES, 2009).

variável explicativa em suas equações. Para Longhi et al (2012), este método é falho em mensurar de maneira fidedigna como as pessoas percebem sua saúde e inferências sobre a produtividade a partir desses dados são comprometidas.

No Reino Unido³⁵, Kidd et al. (2000) realizaram um dos primeiros estudos a respeito das diferenças salariais entre os homens com e sem deficiência daquele país. Utilizaram o *British Labour Force Survey* (UK LFS) de 1996 e buscaram verificar se as diferenças salariais eram devidas às diferenças de capital humano e produtividade. Os autores consideraram pessoas com deficiência aquelas que tiveram problemas de saúde em longo prazo e controlaram para as diferenças de produtividade através dos afastamentos do trabalho por motivo de doença no período analisado.

Os autores verificaram que os trabalhadores com deficiência tendem a receber menos por hora que aqueles sem deficiência. Assim como encontrado por Baldwin e Jhonson (1994) nos EUA, os homens sem deficiência tendem a ser mais escolarizados do que aqueles com deficiência, os quais tendem a ser mais velhos e a ter mais experiência no mercado de trabalho. Além disso, os homens com deficiência foram sub-representados nas ocupações com melhores rendimentos, como gerentes e profissionais liberais, e sobre representados em ocupações manuais. Em relação às chances de estar empregado, os resultados também foram similares ao estudo anterior: homens sem deficiência, brancos e casados contavam com maiores chances de emprego. Sobre os que possuem deficiência, observaram que o tipo de deficiência tem papel fundamental na probabilidade de estar empregado e nos salários recebidos. E, assim como verificado em relação às mulheres no estudo de Baldwin e Jhonson (1995), as trabalhadoras com deficiência contam com melhores retornos salariais no setor público. Para verificar se havia discriminação, utilizaram o método proposto por Oaxaca e Ransom (1994) e verificaram que somente metade do hiato salarial pode ser explicada pelas características de produtividade e capital humano entre os grupos, o restante seria devido à discriminação e outros fatores.

No Reino Unido, também utilizando o UK LFS (*British Labour Force Survey*), Jones et al (2006) aplicaram o método proposto por DeLeire (2001) para comparar as lacunas

³⁵ No Reino Unido, o *Disability Discrimination Act* (DDA) foi publicado em 1995 e trata da questão do trabalho, vedando a discriminação de pessoas com deficiência em relação ao acesso, conservação e progresso no emprego, estabelecendo medidas organizacionais e físicas. O Poder Judiciário pode fixar cotas, desde que provocado e que se constate falta de correspondência entre o percentual de empregados com deficiência existente na empresa e no local onde a mesma se situa (MTE, 2007).

salariais entre trabalhadores com e sem deficiência, em dois períodos: ano de 1997, um ano após a implementação do DDA, e ano de 2003, assumindo que para a plena implementação do DDA seria necessário mais que um ano. Eles definem a deficiência como uma doença em longo prazo que limita as atividades diárias e ressaltam que o grupo de trabalhadores com deficiência não pode ser totalmente abrangido pela lei. Os autores compararam os resultados encontrados entre homens e mulheres e verificaram que, ao controlar o efeito da produtividade (horas trabalhadas), não há evidências de discriminação contra os trabalhadores com deficiência, indicando a importância do efeito da produtividade. Utilizando um método semelhante, Madden (2004) também analisa o efeito da produtividade usando dados do Reino Unido a partir dos dados do *Family Resources Survey* de 1995 e igualmente verifica que o controle da produtividade reduz a diferença salarial por discriminação.

A partir do verificado nos estudos anteriores (BALDWIN; JOHNSON, 1994b; BALDWIN; JOHNSON, 1995; DELEIRE, 2001; JOHNSON; LAMBRINOS, 1985; JONES, 2005; JONES, 2006; KIDD, M. P.; SLOANE, P. J.; FERKO, I., 2000), Longhi et al (2012) buscaram avaliar a existência de discriminação dos hiatos salariais entre trabalhadores com e sem deficiência do Reino Unido e utilizaram os dados do *LFS* de 1997 e 1998. A amostra foi composta apenas por homens e as autoras compararam os resultados entre cinco grupos: homens sem deficiência, homens com doença física de longo prazo, homens com deficiência física, homens com doença mental de longo prazo e homens com deficiência mental.

Com o intuito de controlar a produtividade dos sujeitos, as autoras selecionaram somente os trabalhadores que não tiveram nenhum afastamento por motivo de doença no período selecionado, conforme proposto por Kidd et al. (2000). É interessante observar que além das variáveis de capital humano já utilizadas nos trabalhos anteriores as autoras incluíram no modelo variáveis referentes às regiões geográficas, se havia crianças no domicílio e o tamanho da instituição em que os indivíduos estavam empregados. O método utilizado para verificar a discriminação nos ganhos salariais também apresenta inovações em relação aos estudos anteriores. As autoras utilizam o modelo desenvolvido por Oaxaca (1973), mas em regressões quantílicas, conforme proposto por Firpo et al (2007).

Por resultado, Longhi et al (2012a) encontraram pouca ou nenhuma evidência de discriminação para os homens com deficiência física. Para aqueles com doença ou

deficiência física e com doença mental, parte da diferença não explicada pode ser atribuída às diferenças de produtividade, e isso acontece em todo o espectro de quantis da renda e a característica mais importante para explicar as disparidades salariais foi a ocupação. Para aqueles com deficiência mental o hiato de renda persiste mesmo para aqueles que não tem uma produtividade reduzida – 16% em média e 26 e 28 pontos percentuais nos 75º e 90º percentis. Para as autoras isso pode ser devido à grande concentração desses trabalhadores em ocupações com menores rendimentos. Porém os autores ressaltam que uma vez que essas ocupações são de baixos rendimentos pode haver decisões discriminatórias dos empregadores que segregam as pessoas com deficiência em ocupações precárias e assim, contribuiu para o hiato salarial.

Do lado da demanda por mão de obra as razões para a não inserção das pessoas com deficiência no mercado formal de trabalho são tomadas de forma recorrente na literatura enquanto consequências da falta de capital humano, notadamente escolaridade e qualificação (CARNEIRO; RIBEIRO, 2008; JONES, 2008; MORAES *et al.*, 2009). Em relação à experiência no mercado de trabalho, pesquisas internacionais indicam que as pessoas com deficiência tendem a se concentrar em serviços públicos, setores de transporte e de comunicação e em postos de trabalho relacionados a ocupações administrativas, de secretaria e serviços pessoais e trabalhos manuais (Jones, 2008). No Brasil, nos setores de comércio e serviços (ALMEIDA; VILELA, 2011; GARCIA; MAIA, 2014). Assim, uma vez que possuem experiência profissional somente em funções mecanicistas, repetitivas e manuais, tenderiam a ser empregados e se manterem em ocupações que apresentem estas funções (SUZANO *et al.*, 2008).

Todavia, é importante ressaltar que mesmo alcançando níveis educacionais superiores as pessoas com deficiência continuam sendo alocadas em ocupações precárias e que suas credenciais educacionais são menos valorizadas, tanto no que se refere à chance de sair dessas ocupações, quanto ao rendimento auferido quando comparadas as pessoas sem deficiência (ALMEIDA, 2011; ALMEIDA; PEREIRA; SILVEIRA, 2018; ALMEIDA; VILELA, 2016; BARBOSA, 2007; MAROTO; PETTINICCHIO; PATTERSON, 2018).

Outras pesquisas têm apontado para as atitudes dos empregadores enquanto entraves para a inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Se referem percepções negativas dos empregadores em relação à capacidade dessas pessoas para o trabalho baseadas na natureza da deficiência (DOMZAL; HOUTENVILLE; SHARMA, 2008;

HUNT; HUNT, 2004; KRUSE; SCHUR, 2003), associando-a à baixa produtividade e altos custos para acomodação (CARNEIRO; RIBEIRO, 2008; UNGER, 2002). Dessa forma, a deficiência pode receber um valor de status mais baixo através dos processos baseados em fatores adscritos, especialmente predominantes quando os empregadores baseiam suas preferências sobre pessoas com deficiência em informações genéricas e superficiais sobre este grupo (BLANCK; SCHUR; KRUSE; SCHWOCHAU *et al.*, 2003).

No Brasil notamos a preferência dos empregadores pelos trabalhadores com deficiências leves como um meio menos oneroso para o cumprimento da lei de cotas (CANÇADO, 2006; CARNEIRO; RIBEIRO, 2008). Como a lei de cotas é ampla e não há quotas específicas para cada tipo de deficiência as empresas tendem a escolher entre as pessoas com os diversos tipos e níveis de deficiência os que lhes são mais úteis, dando preferência àqueles que possuem uma deficiência parcial (CARNEIRO; RIBEIRO, 2008).

Nessa direção, mais recentemente, Becker (2019) analisou o efeito da deficiência no emprego e no salário por hora de trabalho no Brasil por meio dos dados da PNAD 2013 e classificou os indivíduos em três grupos: não deficientes, deficientes com limitações das atividades e deficientes sem essas limitações. Em seus resultados verificou uma vantagem salarial dos não deficientes e dos deficientes sem limitações em relação aos deficientes com limitações das atividades nos quantis maiores da renda, que se deve principalmente às diferenças nas características observáveis dos indivíduos. A autora aponta que esse achado pode ser uma evidência de que os empregadores optam por contratar deficientes sem limitações para cargos de maior remuneração e, assim, cumprem as determinações da política de cotas para pessoas com deficiência sem que sejam necessários ajustes significativos na infraestrutura ou nas rotinas de trabalho.

Ora, se a contratação de pessoas com deficiência ancora-se somente no imperativo legal é de se esperar que as empresas, movidas por uma lógica de racionalidade instrumental, busquem formas de contornar essa exigência ou de minimizar seus efeitos, explorando as oportunidades associadas aos recursos técnicos do detalhamento operacional da lei (CARNEIRO; RIBEIRO, 2008).

No entanto, em sua pesquisa com empregadores, Unger (2002) verificou que aqueles que já haviam contratado uma pessoa com deficiência eram mais propensos a contratar outra com uma deficiência semelhante. Essa maior propensão sugere que a experiência anterior

pode dissipar os mitos sobre os trabalhadores com deficiências e isso por sua vez pode reduzir a incerteza dos empregadores avessos à contratação e promoção desses trabalhadores (MAROTO; PETTINICCHIO, 2014).

Em estudo qualitativo sobre a percepção dos trabalhadores com deficiência a respeito da discriminação vivenciada no ambiente de trabalho discriminação, Harpur (2014) verificou que muitas das práticas utilizadas pelos entrevistados para reduzir o impacto negativo dos estereótipos errôneos, refletem estratégias abordadas pela teoria do contato. Esta teoria sugere que o contato entre membros de grupos distintos permitiria a verificação de semelhanças aos valores, ideias, emoções, favorecendo à reelaboração dos estereótipos e percepção inicial de diferenças. Essa hipótese implica que o preconceito é um julgamento estabelecido na ausência da experiência e ressalta que o mero contato não basta, sendo necessária para essa reelaboração a frequência, diversidade, duração, o estatuto dos grupos dos membros em relação, se essa é competitiva ou cooperativa, se é de dominação ou de igualdade, se é voluntária se é real ou artificial, o tipo de personalidade dos indivíduos e as áreas do contato (ALLPORT, 1954)

Em suas entrevistas Harpur (2014) verificou que os empregados com deficiência podem fazer um esforço considerável para lidar com o preconceito dos colegas, mas em última análise é necessário ter locais de trabalho que promovam a igualdade. A pesquisa identificou o contato ideal como o mais eficaz na redução do preconceito (ALLPORT, 1954). Esse tipo de contato se dá em condições de igualdade de status e objetivos entre as pessoas com e sem deficiência, quando há cooperação entre grupos, e onde o contato tem o apoio das hierarquias superiores. As experiências de profissionais com deficiência no estudo de Harpur (2014) corroboram a ideia de que só é provável que ocorra um contato transformacional e significativo quando a gerência e os colegas estão interessados em promover a igualdade.

O ponto em que a teoria do contato teve o menor benefício foi verificado quando os empregadores já haviam desenvolvido condições de trabalho excludentes. Embora algumas empresas tenham adotado princípios de design universal, a maioria se concentrou em fazer acomodações razoáveis e mesmo quando os trabalhadores com deficiência demonstraram preocupações relativas à acessibilidade, seus empregadores não se sentiram motivados a alterar sua conduta ou adaptar o ambiente. Dessa forma, apesar dos trabalhadores tentarem construir uma boa rede em seu local de trabalho,

cultivar uma imagem positiva e permanecer continuamente comprometidos em atingir a excelência, essas estratégias permitiram às pessoas com deficiência reduzir o impacto negativo das práticas de trabalho excludentes mas tiveram um impacto limitado em tornar os ambientes mais inclusivos (HARPUR, 2014).

Especificamente no Brasil, Carvalho-Freitas (2007), em sua pesquisa de doutorado que investiga as crenças dos gerentes a respeito dos trabalhadores com deficiência, verificou que os gestores que possuem uma concepção espiritual da deficiência tendem a ter mais dificuldades em avaliar o desempenho dessas pessoas. Além disso, foi verificado que alguns gerentes percebem a deficiência como um desvio da normalidade e acreditam que as pessoas com deficiência devam ser alocadas em setores e funções conforme as suas deficiências. Paralelamente, foi constatado um índice significativo de insatisfação das pessoas com deficiência quanto às possibilidades de crescimento profissional, uma vez que muitas delas relatavam que não eram sequer cogitadas a vagas de promoção.

Em relação às diferenças salariais entre os trabalhadores com e sem deficiência no Brasil, em 2011, foi realizada uma pesquisa de mestrado com o intuito de compreender a inserção das pessoas com e sem deficiência no mercado formal de trabalho brasileiro em comparação com a Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), considerando os dados agregados da RAIS (Relação Anual do Inventário Social), disponibilizada pelo MTE (Ministério do Trabalho e Emprego), referente ao ano de 2008 (ALMEIDA, 2011). Foi verificada pela autora a maior concentração dos trabalhadores com deficiência em ocupações com menores ganhos salariais quando comparados àqueles sem deficiência. Além disso, foi encontrado que os trabalhadores com deficiência da RMBH tendem, em média, a auferir ganhos salariais bastante inferiores aos trabalhadores sem deficiência. Todavia, o contrário foi verificado em relação ao restante do Brasil, onde os trabalhadores com deficiência tendiam a ter uma renda superior àqueles sem deficiência. Uma grande limitação do estudo foi a utilização somente de variáveis agregadas. A autora salientou a necessidade de os achados da pesquisa serem melhor investigados posteriormente em estudos com a utilização de microdados e técnicas estatísticas mais refinadas.

Nesse sentido, em 2014 encontramos a primeira publicação que buscou verificar através de microdados se havia diferenças salariais entre trabalhadores com e sem deficiência, bem como investigar se havia discriminação neste hiato salarial. O estudo de Garcia e Maia (2014) utilizou os dados do Censo Demográfico de 2010 e buscou a comparação

entre três grupos: [1] PcD - pessoas com deficiência – contingente de pessoas que se autodeclararam ser “permanentemente incapazes” ou ter “grande dificuldade permanente” para enxergar, ouvir e/ou andar/subir escadas, somados daqueles assinalados como “sim” quanto à “deficiência intelectual/permanente”; [2] PcLF – Pessoas com limitação funcional – aquelas que declararam ter apenas “alguma dificuldade permanente” para enxergar, ouvir e/ou andar/subir escadas; e [3] PsLF – Pessoas sem deficiência ou limitação funcional – aquelas que não declararam qualquer tipo de deficiência ou limitação funcional.

A respeito da população estudada os autores apontam que o maior contingente de pessoas com deficiência é formado por aqueles que possuem deficiência visual, seguidos por aqueles com deficiência física, deficiência cognitiva e por último as pessoas com deficiência auditiva. Quanto aos indicadores do mercado de trabalho, a taxa de participação das PcD (37%) é expressivamente menor daquelas encontradas para as PcLF (58%) e para as PsDLF (70%). Ademais, as PcD apresentaram rendimento médio consideravelmente inferior ao das PsDLF: 26%.

É interessante notar que o percentual das PcD ocupadas e sem escolaridade (8,7%) era três vezes superior ao verificado para as PsDLF (2,8%), ao mesmo tempo em que a frequência de PcD com nível superior completo ou incompleto (11,7%) foi quase duas vezes inferior a frequência das PsDLF (21,8%).

Quanto às jornadas de trabalho, Garcia e Maia verificaram que as PcD e PcLF associam-se mais às jornadas parciais, inferiores a 20 horas semanais. Associam-se ainda às formas mais precárias de inserção no mercado trabalho, com empregos sem carteira assinada e trabalho por conta-própria. As proporções de PcD e PcLF no emprego com carteira foram 12,4% e 8,4% inferiores à das PsDLF, nesta ordem. Tal resultado demonstra a grande participação das PcD no trabalho conta-própria, assim como sua considerável concentração no emprego agrícola. Além disso, os autores ressaltam a concentração de PcDs no segundo grupo mais precário da estrutura das atividades: o serviço doméstico e sua sub-representação no setor de comércio e reparação.

Com o intuito de verificar as diferenças salariais os autores observaram que as variáveis com maior efeito foram aquelas associadas à escolaridade. Todavia os retornos marginais da idade, associada às diferenças de gerações quanto à experiência profissional foram

inferiores para as PcLF e, principalmente, para as PcD. Para os autores as dificuldades enfrentadas por esses ocupados podem estar atreladas a esses resultados, como as menores estabilidades nos empregos, menores retornos por produtividade e pela experiência profissional.

Garcia e Maia (2014) observaram que os empregados sem carteira e os conta-própria possuíam os rendimentos médios menores que os empregados com carteira e empregadores. As diferenças, em prejuízo para os dois primeiros grupos, são mais salientes para os PcD, refletindo os rendimentos excessivamente baixos dos trabalhadores com deficiências mais severas e excluídos do mercado mais estruturado de trabalho. Em relação aos setores de atividade, notaram que os trabalhadores agrícolas e domésticos estão submetidos a rendimentos consideravelmente inferiores aos demais setores, independente do controle das outras características. Ressalta-se que foram esses setores que apresentaram as maiores concentrações de Pcd.

Para verificar se há discriminação em relação às diferenças salariais, os autores utilizaram o método proposto por Oaxaca (1973) e verificaram um hiato entre as médias salariais entre as PcD e PsDLF de 33%. Todavia, apenas 12% dessa diferença foi explicada através das variáveis socioeconômicas e ocupacionais, sendo que os 21% não explicados podem representar o impacto de fatores não controlados na análise, como a discriminação, segregação ocupacional e menor qualificação ocupacional.

Em 2016, ao analisar os dados da RAIS de 2013, Almeida e Vilela verificaram, além dos efeitos das variáveis individuais e ocupacionais, os efeitos de variáveis organizacionais, como o tamanho da empresa, sobre a renda dos indivíduos. As autoras verificaram que o aumento do número de empregados tende a ter impacto positivo sobre a renda das pessoas com e sem deficiência, mas se dá de forma muito mais consistente para os trabalhadores sem deficiência. Além disso, o aumento da porcentagem de trabalhadores com deficiência tem efeito positivo somente para os trabalhadores sem deficiência, o que pode indicar uma segregação ocupacional dos trabalhadores com deficiência dentro das empresas (ALMEIDA; VILELA, 2016).

Diante da diferença das médias nos rendimentos entre as mulheres e homens, com e sem deficiência, Almeida e Vilela (2016) realizaram o método de decomposição de Oaxaca e verificaram que essa diferença é significativa somente para os homens, onde aqueles com

deficiência tendem a receber 79% do que é auferido por aqueles sem deficiência. A decomposição dessa diferença mostrou que apesar dos homens com deficiência terem seus atributos mais valorizados, 115% da determinação salarial se dá por outros fatores que não foram controlados no estudo, e dentre eles a discriminação.

Dessa forma, notamos um corpo crescente de pesquisas a respeito da desigualdade encontrada pelas pessoas com deficiência, tanto no Brasil quanto em outros países, em desenvolvimento e desenvolvidos, quando da inserção no mercado de trabalho, ocupações exercidas e rendimentos auferidos. Da década de 1980 até hoje esses estudos foram se tornando cada vez mais complexos e levando em consideração a relação da deficiência com outros marcadores sociais, como o gênero e a raça.

Todavia, como a deficiência atua dificultando os acessos à escolarização, saúde e serviços de forma cumulativa ao longo da vida, se faz necessária a análise de dados longitudinais para avaliar as vias causais entre deficiência e desemprego (MITRA; SAMBAMOORTHI, 2008). Na próxima seção abordaremos esses estudos e suas contribuições para o campo de estudo da deficiência no mercado de trabalho.

2.3 Estudos longitudinais sobre a deficiência e o mercado de trabalho

Dado que este estudo tem por objetivo analisar ao longo do tempo as trajetórias no mercado de trabalho dos trabalhadores com e sem deficiência, apresentamos as pesquisas encontradas que tiveram por metodologia de estudo principalmente a análise longitudinal de painel, com dados referentes ao mercado de trabalho e com foco direcionado às pessoas com deficiência.

Nos Estados Unidos, utilizando os dados do SIPP (*Survey of Income and Program Participation*) Baldwin e Schumacher (2002) analisaram a trajetória de emprego entre trabalhadores com e sem deficiência para os anos de 1990 e 1993, através de uma análise longitudinal de painel. Os autores utilizaram modelos logísticos multinomiais para avaliar as chances de mudança de emprego: se a mudança foi voluntária (com demissão do emprego voluntária), involuntária (demissão involuntária do emprego anterior) ou manutenção no emprego. Os autores também analisaram, através de regressões de mínimos quadrados ordinários, se houve aumento de salário no caso de aumento de

mudança de emprego e utilizaram para controle as variáveis de capital humano, sexo, raça, se trabalham ou não em horário integral, se trabalham no setor público e o estado civil.

Por resultado, Baldwin e Schumacher (2002) encontraram que apesar de não verificarem, no geral, diferenças significativas nas mudanças de emprego entre trabalhadores com e sem deficiência, uma exceção é a de que os trabalhadores com deficiência tendem a apresentar maiores taxas de mudanças de emprego motivadas por demissões involuntárias. Para os autores, isso indica que possivelmente há mais discriminação quando da demissão, ou que a incompatibilidade de trabalho é maior entre os trabalhadores com deficiência. No entanto, em relação aos rendimentos, os autores ressaltam que há poucas evidências para sugerir que existem diferenças nos salários devido às mudanças de emprego entre as pessoas com deficiência e sem deficiência.

Ainda nos EUA, utilizando a mesma base de dados do estudo anterior (*Survey of Income and Program Participation*), Hara (2004) analisou a discriminação salarial durante os estágios iniciais de trabalho através de um estudo longitudinal de painel, correspondentes aos anos de 1990 a 1993. A autora considerou somente mulheres em sua análise e abordou a metodologia proposta por Baldwin e Johnson (1994a), discriminando entre mulheres sem deficiência, mulheres com deficiência e com chances de sofrerem menos preconceito (deficiência menos visível), mulheres com deficiência e com chances de sofrerem mais preconceito (deficiência mais visível).

A respeito das transições de um novo emprego, Hara (2004) considera duas variáveis-chave que indicam as circunstâncias em que uma mulher começa a trabalhar para um novo empregador: (a) uma transição de emprego prevista ou (b) encontrar emprego após deixar um ex-empregador, por um motivo não planejado ou depois de estar desempregado. Por resultado, verificou que as mulheres com deficiência são duplamente penalizadas no mercado de trabalho: enfrentam uma possível discriminação com base tanto no gênero quanto na deficiência.

A discriminação salarial foi pequena para as mulheres com deficiência que tinham uma deficiência com menor chance de preconceito, e maiores para as mulheres com uma deficiência com mais chances de preconceito. Os resultados em relação às transições de emprego foram mistos. Em relação à transição de emprego satisfatória, a autora verificou

que a penalização salarial aumentou por tipo de deficiência (com maior ou menor chance de preconceito), e mulheres com deficiência eram menos propensas a fazer este tipo de mudança de emprego, quando comparadas àquelas sem deficiência. Para Hara (2004), este achado indica que as mulheres com deficiência conhecem o risco de mudar de estabelecimento. Por outro lado, a diminuição salarial devida a uma mudança insatisfatória de emprego teve baixa variação, mas as mulheres com deficiência eram mais propensas a estarem nesta situação do que as mulheres sem deficiência.

Jenkins e Rigg (2004) analisaram as desvantagens econômicas³⁶ vivenciadas pelas pessoas com deficiência através de um estudo longitudinal de painel, com os dados do *British Household Panel Survey*, de 1991 a 1998. Para os autores, há três formas de desvantagens para as pessoas com deficiência: uma desvantagem pré-existente entre aqueles que se tornam deficientes (um efeito de “seleção”), o efeito do início da deficiência em si, e os efeitos decorrentes deste início, ou seja, de ter a deficiência durante o decorrer o tempo. Os autores ressaltam a distinção entre seleção, início e duração dos efeitos é decorrente da consideração de uma perspectiva longitudinal da deficiência e suas desvantagens. Focaram nos indivíduos em idade produtiva: homens com idades entre 16 e 64 anos e mulheres com idades entre 16 e 59 anos.

A definição de deficiência adotada pelos autores refere-se à condição do indivíduo ter alguma limitação que o impossibilite de desempenhar algum tipo de trabalho. Para mapear o início da deficiência, selecionaram os indivíduos que não reportaram a deficiência nos dois anos consecutivos anteriores e depois a reportaram em outros dois consecutivos subsequentes. Com essas definições, os autores consideraram as seguintes sub amostras: [1] todos os indivíduos que tinha deficiência na data na entrevista anual (amostra de “atuais deficientes”); [2] todos os indivíduos que não tinha deficiência na data da entrevista anual (amostra de “atuais não deficientes”); [3] subconjunto de indivíduos em risco de terem alguma deficiência e que vivenciaram o início da deficiência (amostra de início de deficiência, que são também acompanhados após o início da deficiência); [4] subconjunto de indivíduos em risco de terem deficiência e que não vivenciaram a deficiência.

³⁶ Jenkins e Rigg (2004) definem desvantagem econômica em termos de empregabilidade, renda e se são classificados ou não como tendo baixos rendimentos. Os baixos rendimentos correspondem às rendas pertencentes ao quintil de menor renda da população em idade ativa, sendo o limiar do quintil calculado separadamente para cada ano do painel.

As amostras [1] e [2] forneceram as referências transversais a respeito do estoque de pessoas com e sem deficiência em um dado ponto do tempo (como em *surveys de cross-section*). Para essas sub-amostras, os autores agruparam os dados de 1991 a 1998. Já as amostras [3] e [4] formaram as amostras longitudinais que foram usadas para examinar a seleção, início e duração dos efeitos da deficiência.

Na descrição das desvantagens encontradas, em relação aos indivíduos com e sem deficiência durante todo o período analisado (amostras 1 e 2), os autores ressaltam as piores condições dos primeiros: mediana de renda correspondente a 79% da mediana daqueles sem deficiência; 1/3 na faixa de baixos rendimentos (quartil de renda mais pobre), comparados a 18% dos indivíduos sem deficiência; e enquanto 80% destes últimos possuíam emprego remunerado, somente 42% das pessoas com deficiência o possuíam.

A respeito dos subconjuntos dos indivíduos em risco de terem alguma deficiência, os autores encontram maiores desvantagens para aqueles que vieram a ter a deficiência (amostra 3) quando comparados aos que não tiveram (amostra 4), uma vez que obtinham rendas inferiores (mediana 12% menor), estavam mais presentes na faixa de baixos rendimentos (4 pontos percentuais a mais) e estavam mais propensos a não ter um emprego remunerado no ano de base – 73% dos que vieram a ter deficiência e 80% dos que não vivenciaram a deficiência tinham emprego remunerado.

Nesse sentido, Jenkins e Rigg (2004) relataram que a hipótese subjacente ao efeito de seleção é simples: alguns aspectos da desvantagem econômica observada entre os indivíduos com deficiência surgem porque uma parte significativa destes indivíduos já estava em desvantagem antes de se tornarem deficientes. Isto é, a desvantagem econômica encontrada reflete uma situação pré-existente e não somente os efeitos da deficiência em si. Os autores chamam isso de efeito de “seleção” porque é como se o surgimento da deficiência ocorresse em um conjunto de indivíduos já selecionados, mais desfavorecidos e em risco de se terem alguma deficiência.

Com o objetivo de verificar o efeito das características individuais e do domicílio sobre as chances de ter deficiência, bem como examinar se essas características estão também associadas a uma maior desvantagem econômica, Jenkins e Rigg (2004), considerando os dois anos anteriores ao início da deficiência estimaram as chances de ter uma deficiência

através de um modelo de regressão logística. Além disso, para verificar a associação com os outros fatores de desvantagem econômica, realizaram regressões (cross-section) com as seguintes variáveis dependentes: logaritmo dos rendimentos, probabilidade de ter baixos rendimentos (quartil mais baixo da renda), e a probabilidade de não estar em um emprego remunerado. Em todos os modelos utilizaram as seguintes variáveis independentes: sexo, idade, níveis de escolaridade, número de adultos no domicílio e número de crianças no domicílio. Por resultado, verificaram que aqueles que se tornaram deficientes eram tipicamente mais desfavorecidos antes do início da deficiência que os outros, também em risco de terem deficiência, mas que não se tornaram deficientes: tendiam a não ter quaisquer qualificações e a não ter emprego remunerado no período anterior; e essas foram as características mais associadas com a maior probabilidade de ter uma deficiência e também com os piores resultados de forma geral. Os autores ressaltam o grande papel da escolaridade, uma vez que o fato de não ter qualquer qualificação elevou substancialmente a chance de vir a ter deficiência (55%), não estar empregado (145%) e ter baixos rendimentos (136%). É interessante notar, em relação ao gênero, que o fato de ser mulher não teve efeito significativo sobre as chances de ter deficiência.

Em relação ao mercado de trabalho, para acompanhar de forma longitudinal os efeitos do início e da duração da deficiência, Jenkins e Rigg (2004) examinaram de forma geral os rendimentos, as proporções de pessoas na faixa de baixos rendimentos e a empregabilidade nos 2 anos anteriores e 3 anos posteriores ao início da deficiência. Observaram que o início foi associado a decréscimos acentuados das chances de ter um emprego remunerado, redução da renda média e aumento das chances de estar na faixa de baixos rendimentos. Em relação ao efeito da duração da deficiência, os autores relatam que ele foi bastante marcado em relação à empregabilidade, haja vista que cada ano a mais de duração da deficiência implicava em uma diminuição da proporção de trabalhadores empregados.

Por outro lado, os efeitos da duração da deficiência em relação à renda foram um pouco diferentes: no ano após o início da deficiência, houve uma recuperação da renda e, em média, houve um decréscimo da proporção na faixa de baixos rendimentos. Os autores ressaltam que, apesar deste achado, as proporções de pessoas com deficiência na faixa de baixos rendimentos aumentaram gradativamente a cada ano de duração da deficiência. Além disso, Jenkins e Rigg (2004), considerando a renda total das pessoas que vieram a

ter deficiência, apontaram que o declínio acentuado nos rendimentos do trabalho foi, por uma pequena parte da amostra, parcialmente substituído pela renda de algum benefício, como benefícios por invalidez ou recebimento de pensões.

Ainda sobre esta última amostra, de pessoas que vieram a ter deficiência, com o intuito de verificar os efeitos do início da deficiência entre os indivíduos, os autores estimaram dois modelos de regressão logística, referentes às chances de sair do emprego remunerado e de entrar na faixa de baixos rendimentos, e um de regressão de mínimos quadrados ordinários, com variável dependente correspondente à renda. Foi considerado um intervalo de três anos: os dois anteriores e o ano de início da deficiência e as variáveis independentes foram as mesmas utilizadas nos modelos citados anteriormente. Por resultado, encontraram que os indivíduos com idades mais avançadas têm mais chances de deixar o emprego, bem como aqueles com mais crianças no domicílio. Em relação à renda, nenhuma das variáveis teve efeito significativo. Todavia, no tocante às chances de entrar na faixa de baixos rendimentos, o fato de ter a deficiência fez as chances aumentarem em 25% no ano de início. Outras variáveis que aumentaram essa chance foram: estar desempregado no ano de base e ter mais de um adulto ou mais de duas crianças no domicílio. Todavia, é interessante salientar que as qualificações educacionais não tiveram nenhum efeito significativo em nenhum dos modelos.

Este último achado foi o oposto do que foi encontrado por Polidano e Vu (2015) na Austrália, em um estudo similar ao realizado anteriormente por Jenkins e Rigg (2004). Os autores utilizaram os dados longitudinais do *Household Income and Labour Dynamics Australia survey*³⁷, referentes aos anos de 2001 a 2009, e estimaram os impactos do início e duração da deficiência no mercado de trabalho por sexo, idade e níveis educacionais. Consideraram as idades de 15 a 62 anos, se mulher, e de 15 a 64 anos, se homem. Por resultado, encontraram o impacto predominante da educação sobre a empregabilidade no ano de início da deficiência e nos subsequentes. Aqueles sem qualificações educacionais tinham 11,5% a menos de chance de terem um emprego no ano de início, e aqueles com

³⁷ Como nos EUA e no Reino Unido, na Austrália há a legislação anti-discriminação - o *Disability Discrimination Act* de 1992, o qual impõe obrigações aos empregadores, como a realização de "ajustes razoáveis" no local de trabalho para os trabalhadores com deficiência. Esses ajustes podem ser de várias formas, incluindo o tempo fora do trabalho para recuperação, alteração da jornada de trabalho integral para parcial, e modificações físicas nos locais de trabalho. Ao decidir se um ajuste é razoável, os empregadores têm o direito de ponderar entre os custos e os benefícios potenciais. Isto significa que os empregadores podem estar menos dispostos a fazer acomodações para as pessoas com baixos níveis de qualificação e para as pessoas que podem deixar o emprego antes que os investimentos nas adaptações sejam recuperados, como as mulheres em idade fértil e os trabalhadores mais velhos (POLIDANO; VU, 2015).

níveis mais elevados de educação, 4,9% a menos. Além disso, com o passar dos anos o hiato entre as chances da empregabilidade entre dois grupos – analfabetos e pessoas com alta escolaridade – tende a aumentar, diminuindo cada vez mais as chances de emprego dos primeiros e mantendo-se constantes as chances dos segundos.

Diferente do realizado por Jenkins e Rigg (2004), Polidano e Vu (2015) estimaram modelos para cada sexo e faixa etária. Todavia, se no primeiro estudo o efeito da variável gênero não se mostrou significativo, na pesquisa de Polidano e Vu (2015) não foram encontradas diferenças significativas entre os resultados encontrados por gênero, com exceção de um achado que os autores chamam atenção: as maiores chances das mulheres trabalharem em um emprego de tempo parcial até o segundo ou terceiro ano após o início da deficiência. Em relação à idade, encontraram um maior impacto do início da deficiência sobre os mais jovens, que tem suas chances de empregabilidade mais reduzidas, quando comparados aos mais velhos.

Novamente no Reino Unido, um estudo transversal a respeito da trajetória dos trabalhadores com deficiência foi realizado por Rigg (2005). O autor utilizou os dados do UK LFS (*British Labour Force Survey*), referentes aos anos de 1997 a 2005 e teve por objetivo mensurar: [I] as alterações nos ganhos salariais e probabilidades de transição para remunerações inferiores; [II] alterações na participação no mercado de trabalho (como mudanças nas horas trabalhadas e sair do trabalho); e [III] outros marcadores do progresso do mercado de trabalho, tais como realização de treinamentos e mobilidade ocupacional ascendente. Toda a análise foi conduzida separadamente para homens e mulheres e análises adicionais por subgrupos foram realizadas para examinar o grau de heterogeneidade no mercado de trabalho – as trajetórias dos diferentes tipos de deficiência (maior ou menor severidade da limitação funcional) foram classificadas por idade, educação e ocupação.

Em seu estudo, Rigg (2005) destacou através de análises de *cross-section*, como as consideráveis evidências das menores taxas de empregabilidade e rendimentos para as pessoas com deficiência foram sensíveis às especificações dos modelos. O crescimento médio dos rendimentos anuais para homens com deficiência foi 1,4% inferior aos dos homens sem deficiência, mas essa diferença diminuiu para 0,8% e se tornou insignificante após o controle das características individuais (como idade e escolaridade). Os

diferenciais de rendimentos relacionados à deficiência seguiram um padrão semelhante para as mulheres, embora com estimativas um pouco menores.

Em relação à trajetória ocupacional, Rigg (2005) ressaltou o quanto as pessoas com deficiência foram significativamente mais propensas a terem perdas salariais, bem como contaram com menores chances de saírem de ocupações com baixos salários, independente das especificações dos modelos e do sexo. Para o autor, um dos resultados mais surpreendentes foi a elevada taxa de saída do emprego entre as pessoas com deficiência: mesmo depois de controlar pelas diferenças individuais, homens e mulheres com deficiência são aproximadamente três vezes mais propensos ao desemprego, quando comparados àqueles sem deficiência.

Em relação à progressão ocupacional, Rigg (2005) verificou que os homens com idade entre 26 e 49 anos foram os que contaram com as menores chances de progressão, quando comparados a homens mais jovens e mais velhos. Esta constatação aplica-se ao aumento salarial, a estar em faixas de baixos salários, às baixas taxas de formação e às saídas do mercado de trabalho. Em relação às mulheres, as diferenças relacionadas à idade foram menores do que aquelas encontradas em relação aos homens. Considerando as mulheres e os homens, a verificação mais notável foi o aumento significativo das chances de sair do emprego com o aumento da idade. Para o autor, isso pode indicar que talvez as pessoas com deficiência mais jovens sejam mais capazes de lidar com as consequências de uma deficiência.

Na Irlanda³⁸, Gannon (2005), através dos dados do *European Community Household Panel Survey*, referentes aos anos de 1995 a 2000, analisou através de um estudo longitudinal de painel, os fatores associados com a participação ou não participação no mercado de trabalho. A autora utilizou dados sobre pessoas que relataram ter uma doença crônica ou uma deficiência, com idades entre 15 a 64 anos.

³⁸ Na Irlanda, há determinação de cotas empregatícias para as pessoas com deficiência somente para o serviço público, a porcentagem a ser cumprida é de 3% do total de empregados. Além disso, vigora nesse a Lei de Igualdade de Emprego, a qual assegura o livre acesso das pessoas com deficiência ao mercado de trabalho, desde que comprovadas: [1] a compatibilidade da deficiência com as atividades a serem desempenhadas e [2] a capacidade do trabalhador de produzir entre 50% e 80% do que produz um trabalhador sem deficiência. Esta lei permite que o estabelecimento admita uma pessoa com deficiência com produtividade mais baixa e receba o mesmo salário daquela sem deficiência, mas torna possível que ela receba um diferencial por produtividade através de um sistema de bônus (COSTILLA; NERI; CARVALHO, 2002).

Para Gannon (2005), ao estudar o efeito da deficiência sobre a empregabilidade, duas principais fontes de influências podem surgir, quais sejam: erro de medição e endogeneidade. Na primeira, a autora considera que diferentes fatores podem afetar a resposta de um indivíduo a perguntas sobre ter ou não uma deficiência, levando a um erro de medição. Na segunda, considera que a deficiência e a empregabilidade podem ser endogenamente relacionadas por causa dos efeitos diretos da deficiência sobre a empregabilidade e vice-versa. Além disso, pode haver influências de fatores não observáveis, como investimentos prévios em capital humano, anteriores ao fato de ter a deficiência.

Nesse sentido, para a autora, a empregabilidade atual também pode ser influenciada pela empregabilidade passada, uma vez que aqueles que estavam desempregados no ano anterior podem ser menos propensos a estarem empregados no ano em curso. E, embora isto possa ser verdadeiro para todos os indivíduos, pode também ser uma característica específica das pessoas com deficiência, levando a uma interpretação incorreta do efeito da deficiência sobre a empregabilidade. Talvez a deficiência reduza a probabilidade de emprego anterior, e, portanto, indiretamente influencie a probabilidade atual de ter um emprego, mas ao utilizar os dados em painel, para Gannon (2005), pode-se incorporar este efeito de dependência e estimar o efeito da deficiência sobre empregabilidade.

Para mensurar esse possível efeito da empregabilidade anterior sobre a atual, Gannon (2005) estimou uma variável binária contendo a situação de emprego do ano anterior. Para verificar os efeitos das variáveis independentes (idade, escolaridade, número de crianças na casa, estado civil e limitação da deficiência) sobre as chances de estar ou não empregado, a autora estimou dois modelos de análise longitudinal: modelo de efeitos fixos e modelos de efeitos aleatórios. O objetivo da autora com este exercício foi o de estimar se o efeito das variáveis não observadas das pessoas com deficiência afetam ou não a sua empregabilidade³⁹.

³⁹ Segundo Torres-Reyna (2007), os modelos longitudinais de efeitos fixos exploram a relação entre as variáveis dependentes e as características intrínsecas (*within*) a uma entidade (país, pessoa, empresa, etc.). Desse modo, supõe-se cada entidade tem suas próprias características individuais que pode ou não influenciar os resultados (por exemplo, se ser homem ou mulher pode influenciar determinada opinião; ou o sistema político de um determinado país pode ter algum efeito sobre o comércio ou PIB; ou as práticas comerciais de uma empresa pode influenciar o preço das ações). Em suma, ao utilizar os modelos de efeitos fixos pressupomos que algo “dentro” do indivíduo pode afetar ou influenciar as variáveis dependentes. Considera-se que o componente referente ao efeito não observado esteja correlacionado com as demais

Por resultado, a autora verificou uma maior capacidade explicativa no modelo de efeitos aleatórios, uma vez que os resultados mostraram que a heterogeneidade não observada contribuiu substancialmente para o efeito da deficiência para homens, e em certa medida para as mulheres. No modelo de efeitos aleatórios, os homens com deficiência, com graves limitações, tiveram apenas nove pontos percentuais a menos de chances de estarem empregados, quando comparados aos homens sem deficiência. No entanto, o fato de estar ou não empregado no ano anterior teve efeito de 40% sobre a chance de estar empregado no ano atual, para aqueles com deficiência. Para as mulheres, aquelas com deficiência têm 26% a menos de chance de empregabilidade, em comparação com as mulheres sem deficiência. Já o efeito da empregabilidade no ano anterior foi menor no modelo para as mulheres, reduzindo as atuais chances de emprego em 13 pontos percentuais para aquelas com deficiência.

No Brasil não encontramos estudos longitudinais a respeito da inserção das pessoas com deficiência no mercado formal de trabalho. As análises mais recentes e transversais fornecem uma fotografia desta inserção e foram realizadas por Garcia e Maia (2014) a partir dos dados do Censo de 2010. Todavia, não houve a consideração do sexo ou tipo de deficiência dos indivíduos.

Dessa forma, com o intuito de contribuir com análises mais específicas a respeito da população de pessoas com deficiência, propomos um estudo a partir dos dados do Censo 2010, considerando as diferenças por tipo de deficiência, sexo e raça. Além disso, com o propósito de compreender a trajetória ocupacional dos indivíduos com e sem deficiência,

variáveis explicativas e, como cada entidade é diferente e as características invariantes no tempo são únicas, elas não devem estar correlacionadas com as características dos outros indivíduos. Se as estimativas de erro estiverem correlacionadas (estimativa de erro da entidade e a constante), os modelos de efeitos fixos não são adequados, uma vez que as inferências podem não estar corretas e é necessário modelar esta relação, provavelmente usando de efeitos aleatórios. Nestes, a lógica, contrária à do modelo de efeitos fixos, é que a variação entre as entidades (*between*) é assumidamente aleatória e não está correlacionada com as variáveis incluídas no modelo. Desta forma, o efeito não observado não está correlacionado com as demais variáveis explicativas. Desta forma, a distinção crucial entre os modelos de efeitos fixos e os modelos de efeitos aleatórios é se o efeito individual não observado incorpora elementos que estão correlacionados com os regressores no modelo. Nesse sentido, por exemplo, se o propósito central da análise for testar o efeito de variáveis como aquelas que classificam os indivíduos em grupos, a especificação do modelo de efeitos aleatórios mostra-se mais apropriada (XAVIER, 2004).

propomos um estudo longitudinal de painel a partir dos dados da RAIS, referentes aos anos de 2007 a 2015.

A verificação das desigualdades entre as chances de participação da população economicamente ativa, de inserção no mercado formal de trabalho, bem como as possíveis diferenças salariais entre as pessoas sem deficiência com os diferentes tipos de deficiência se mostra extremamente relevante para o estudo das interrelações entre a deficiência e pobreza (DALAL, 2010; MITRA; POSARAC; VICK, 2013). Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência, produzido pela Organização Mundial de Saúde, as menores taxas de participação no mercado de trabalho são um dos principais caminhos por meio do qual a deficiência pode levar à pobreza (OMS, 2012).

Além do emprego, a educação e os gastos com saúde são as outras duas dimensões determinantes sobre a condição de pobreza multidimensional das pessoas com deficiência quando comparadas àquelas sem deficiência (MITRA; POSARAC; VICK, 2013). Nesse sentido, além da inserção no mercado formal de trabalho, e, considerando as discussões anteriores a respeito de como a deficiência gera desvantagens cumulativas ao longo da vida dos indivíduos, buscamos compreender as inter-relações entre os tipos e níveis de deficiência com a pobreza e suas diferentes dimensões, tais como o acesso à escolarização e saneamento básico e outros.

Para desenho e realização dessas análises tomamos por referência o modelo social da deficiência, especialmente suas discussões mais recentes a respeito da interseccionalidade entre a deficiência, gênero e raça. Além dessas discussões, foram igualmente consideradas as contribuições do modelo de desenvolvimento humano da deficiência proposto por Mitra (2017), o qual também tem por pano de fundo as discussões interseccionais do modelo social, e se estrutura a partir da abordagem das capacidades proposta por Amartya Sen.

A partir dessas referências, buscamos verificar as interrelações entre os fatores pessoais (como sexo, idade, escolaridade, raça), os recursos (emprego, renda, recebimento do BPC), os impedimentos corporais (tipo de dificuldade permanente ou incapacidade) e os fatores estruturais (região geográfica, IDH municipal, setor econômico); bem como entre eles e a deficiência. Dessa forma, nosso objetivo foi compreender como os fatores de nível individual se articulam aos intermediários (condições domiciliares e características

da instituição empregadora), e macros (região do país), e resultam em uma condição de pobreza entre as pessoas com e sem deficiência.

Nesse sentido, apresentamos as seguintes hipóteses e objetivos de pesquisa.

Hipóteses e objetivos

Com base nos estudos teóricos e empíricos abordados, tem-se as seguintes hipóteses de pesquisa:

1. *Hipótese 1*: as pessoas com deficiência têm maior probabilidade tanto de apresentarem maior privação de fatores relacionados à condição de pobreza quanto de estarem em condição de pobreza multidimensional, quando comparadas às pessoas sem deficiência. As chances de privação são influenciadas pelo tipo e nível de deficiência.

Essa hipótese é fundamentada pela abordagem das capacidades de Amartya Sen (2009), e Martha Nussbaum (2013). A partir dessa abordagem, pesquisas verificaram as maiores chances das pessoas com deficiência não possuírem nenhuma instrução (FILMER, 2008; GROCE; BAKSHI, 2009; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MITRA; SAMBAMOORTHI, 2008; MIZUNOYA; MITRA; YAMASAKI, 2018) e que essas chances variam também em relação ao nível e tipo de deficiência que as pessoas possuem (HANNAH; ADRIENNE MONTEATH-VAN; KEVIN; LISA *et al.*, 2014; JILL; TAMLYN, 2017; TRANI; LOEB, 2012). Outra privação apontada como relevante para a condição de pobreza, bem como possível causa de deficiência e morbidades é o acesso à água e saneamento básico no domicílio (BAILEY; GROCE, 2010; JONES; REED; BEVAN, 2003), e, em relação a esse fator foi também verificado seus diferentes impactos sobre o tipo e nível de deficiência, notadamente entre as pessoas com alguma incapacidade física (ALAM; BRYANT, 2016; BAILEY; GROCE, 2010; GROCE; BAILEY; LANG; TRANI *et al.*, 2011).

No tocante à ligação entre deficiência e pobreza, pesquisas utilizaram o Índice de Pobreza Multidimensional (ALKIRE; FOSTER, 2011a; b), baseado na abordagem das capacidades, verificaram que o ponto mais relevante dessa conexão reflete a complexidade e a interdependência entre as esferas – a pobreza vivenciada pelas pessoas com deficiência é multidimensional e matizada por diferentes fatores (BRAITHWAITE; MONT, 2008;

JILL; TAMLYN, 2017; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MITRA; SAMBAMOORTHI, 2008; TRANI; LOEB, 2012).

A partir da *Hipótese 1*, temos o seguinte objetivo:

Objetivo 1 – verificar se e quais os tipos e níveis de deficiência aumentam ou diminuem as chances de privação em relação à instrução e saneamento básico, bem como à condição de pobreza multidimensional, em comparação às pessoas sem deficiência.

2. *Hipótese 2*: estar em uma condição de pobreza aumenta as chances de autorrelato da deficiência.

Essa hipótese se fundamenta nos estudos e pesquisas que apontam a condição de pobreza enquanto fator que aumenta as chances de aquisição da deficiência (BAILEY; GROCE, 2010; DALAL, 2010; GROCE; KETT; LANG; TRANI, 2011; MITRA, 2017; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MITRA; SAMBAMOORTHI, 2008; TRANI; LOEB, 2012), bem como para a mútua causalidade existente entre deficiência e pobreza (Dalal, 2010; Groce, Nora *et al.*, 2011).

Objetivo 2 – verificar se estar em uma condição de pobreza aumenta as chances de autorrelato da deficiência, por tipo e nível.

3. *Hipótese 3*: as pessoas com deficiência possuem probabilidades menores de inserção no mercado de trabalho, notadamente no mercado formal de trabalho, quando comparadas às pessoas sem deficiência. As chances variam por tipo e nível de deficiência.

A baixa taxa de empregabilidade das pessoas com deficiência em relação às pessoas sem deficiência foi verificada em países em desenvolvimento, como Brasil (MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MIZUNOYA; MITRA, 2013), Uganda (HOOGEVEEN, 2005), Vietnã (PALMER; THUY; QUYEN; DUY *et al.*, 2012), Afeganistão e Zâmbia (TRANI; LOEB, 2012), Malawi (LOEB; EIDE, 2004) e Zimbábue (EIDE; NHIWATHIWA; MUDEREDZI; LOEB, 2003), quanto em países desenvolvidos, como Estados Unidos (BALDWIN; SCHUMACHER, 2002; BALDWIN; JOHNSON, 1995;

DOMZAL; HOUTENVILLE; SHARMA, 2008) e Reino Unido (Kidd et al, 2000; Rigg, 2005; Jones, 2008).

As diferentes deficiências, bem como seus níveis, influenciam as chances de inserção no mercado formal, especialmente as deficiências cognitivas (BALDWIN; JOHNSON, 1994a; BALDWIN; JOHNSON, 1995; HANASS-HANCOCK; NENE; DEGHAJE; PILLAY, 2017; PFEIFFER, 1991; TRANI; LOEB, 2012).

Objetivo 3.1: verificar as chances das pessoas com deficiência, por tipo e nível, estarem na população economicamente ativa, quando comparadas às pessoas sem deficiência;

Objetivo 3.2: verificar as chances de as pessoas com deficiência estarem fora do mercado de trabalho e no mercado informal de trabalho, comparadas às pessoas sem deficiência e no mercado formal de trabalho;

Objetivo 3.3: verificar as chances das pessoas com deficiência de estarem no mercado formal de trabalho, comparadas às pessoas sem deficiência e no mercado informal de trabalho.

4. *Hipótese 4*: as pessoas com deficiência têm rendimentos menores que as pessoas sem deficiência.

As menores rendas auferidas pelas pessoas com deficiência, comparadas às demais sem deficiência, no mercado de trabalho, foram verificados em pesquisas, por exemplo, nos Estados Unidos (BALDWIN; JOHNSON, 1994b; BALDWIN; SCHUMACHER, 2002; BALDWIN; JOHNSON, 1995; BALDWIN; JOHNSON, 2000), no Reino Unido (JENKINS; RIGG, 2004; JONES, 2006; JONES, M. K.; LATREILLE, P. L.; SLOANE, P. J., 2006; JONES, MELANIE K.; LATREILLE, PAUL L.; SLOANE, PETER J., 2006; KIDD, M. P.; SLOANE, P. J.; FERKO, I., 2000; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012a; RIGG, 2005; RIGG, 2000), e, mais recentemente, no Brasil (ALMEIDA, 2011; GARCIA; MAIA, 2014).

O tipo de deficiência que o indivíduo possui também tem efeito sobre a renda, sendo os menores rendimentos obtidos pelas pessoas com deficiência cognitiva (BALDWIN; JOHNSON, 1994b; BURKHAUSER; HOUTENVILLE, 2006; JONES, 2008; JONES,

2011; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012b) e múltipla (MAROTO; PETTINICCHIO, 2014), e os maiores pelas pessoas com deficiência sensorial (BURKHAUSER; HOUTENVILLE, 2006; MAROTO; PETTINICCHIO, 2014).

Objetivo 4: verificar os efeitos da deficiência e de seus diferentes tipos sobre a renda.

5. *Hipótese 5*: as variáveis de capital humano têm efeito positivo e semelhante, entre pessoas com e sem deficiência, sobre a chance de inserção no mercado formal de trabalho e sobre a renda.

Hipótese fundamentada na teoria do capital humano de Schultz (1973). A falta de escolaridade e qualificação (TANAKA; MAZINI, 2005; CANÇADO, 2006; JONES, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2007; CARNEIRO; RIBEIRO, 2008; JONES, 2010), bem como a experiência somente em funções operacionais (SUZANO *et al.*, 2008) são tomadas de forma recorrente literatura enquanto causas da baixa empregabilidade, inserção em ocupações precárias e baixos rendimentos auferidos pelas pessoas com deficiência.

Objetivo 5: verificar e comparar os efeitos das variáveis de capital humano para as pessoas sem deficiência e com deficiência, por tipo, sobre as chances de inserção no mercado formal de trabalho e sobre a renda obtida.

6. *Hipótese 6*: as pessoas com deficiência apresentam menor status ocupacional que as pessoas sem deficiência.

As pessoas com deficiência estão concentradas em ocupações mais operacionais, precárias e com os menores rendimentos (ALMEIDA, 2011; BALDWIN; JOHNSON, 1995; GARCIA; MAIA, 2014; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012b; MAROTO; PETTINICCHIO, 2014; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017) e relatam que possuem chances reduzidas de crescimento profissional (CARVALHO-FREITAS, 2007). As pessoas com deficiência cognitiva estão mais segregadas que as pessoas com as demais deficiências em ocupações mais precárias (BURKHAUSER; HOUTENVILLE, 2006; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012b; MAROTO; PETTINICCHIO, 2014; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017).

Objetivo 6.1: verificar e comparar os efeitos das variáveis referentes aos tipos de deficiência sobre o status ocupacional.

Objetivo 6.2: verificar e comparar os efeitos do status ocupacional sobre a renda, entre pessoas sem e com deficiência, por tipo.

7. *Hipótese 7*: a acessibilidade nas vias públicas aumenta as chances de inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

Quanto maior a mobilidade do habitante, maior será sua chance de se incluir socialmente (ROLNIK, 2002). Em relação às pessoas com deficiência, as dificuldades de mobilidade se traduzem em restrições sociais, econômicas e políticas (IMRIE, ROB, 2000a). No Brasil, as dificuldades de mobilidade e falta de acessibilidade nas vias públicas foi apontada enquanto entrave à participação no mercado de trabalho (ALMEIDA *et al*, 2007; BERNIS *et al*, 2018).

Objetivo 7: verificar e comparar os efeitos da acessibilidade em vias públicas entre pessoas sem deficiência e com deficiência, por tipo, sobre as chances de participação da população economicamente ativa e sobre as probabilidades de inserção no mercado formal e informal de trabalho.

8. *Hipótese 8*: o tamanho das empresas tende a aumentar, de forma similar, a renda e status ocupacional das pessoas com e sem deficiência.

Hipótese fundamentada nos estudos de Baron e Bielby (1980) e Baron (1984). No Brasil, segundo o Decreto 3298/99 (BRASIL, 1999), as organizações são obrigadas a cumprir um percentual de pessoas com deficiência quando possuem a partir de 100 funcionários. Esse percentual é proporcional ao número de empregados: 1% para até 100 trabalhadores; 2% de 200 a 300; 3% de 300 a 400; 4% de 400 a 500; e 5% para empresas com mais de 500 funcionários.

Objetivo 8: verificar e comparar entre pessoas sem e com deficiência, por tipo, o efeito do tamanho das organizações empregatícias sobre a renda e status ocupacional.

9. *Hipótese 9*: no setor público, as pessoas com deficiência tendem a apresentar renda e status ocupacional semelhante às pessoas sem deficiência.

As pessoas com deficiência não apresentaram diferenças salariais em relação às pessoas sem deficiência quando inseridas no setor público (BALDWIN; JOHNSON, 1995; KIDD, M. P.; SLOANE, P. J.; FERKO, I., 2000).

Objetivo 9.1: verificar e comparar as rendas auferidas pelas pessoas sem e com deficiência, por tipo, nos setores público e privado.

Objetivo 9.2: verificar e comparar o status ocupacional das pessoas sem e com deficiência, por tipo, nos setores público e privado.

3. Metodologia – Parte I

3.1 Delimitação dos dados

Os dados utilizados na primeira parte da tese são referentes aos microdados do Censo Demográfico 2010, disponibilizados pelo IBGE. A escolha desse banco de dados deve-se a possibilidade de observar as variáveis individuais, domiciliares e municipais referentes à deficiência e suas características socioeconômicas. A população de estudo são todos os indivíduos com idade entre 18 e 60 anos, ou seja, em idade produtiva.

Outros fatores considerados, referente ao Censo Demográfico 2010, no banco de dados são as características urbanísticas do entorno dos domicílios, disponibilizadas de forma agregada pelo IBGE. Esse banco apresenta informações sobre presença de iluminação pública, pavimentação, arborização, bueiro/boca de lobo, lixo acumulado, esgoto a céu aberto, meio-fio ou guia, bem como calçada e rampa para cadeirante, além de informações sobre os domicílios particulares permanentes e moradores, segundo condição de ocupação, adequação das moradias, rendimento, sexo do responsável, grupos de idade e cor ou raça da população. Tais resultados são para o conjunto do País, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios⁴⁰.

A respeito da deficiência, nossa principal variável de análise, ressaltamos que, segundo o IBGE (2018) o marco conceitual adotado para investigação das pessoas com deficiência no Censo Demográfico de 2010 buscou se adaptar à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) divulgada pela Organização Mundial de Saúde – OMS – em 2001. Nesse sentido, o IBGE afirmou sua apreensão da deficiência enquanto resultado da interação entre as funções e as estruturas corporais com as limitações e entraves sociais e ambientais, em conformidade com a conceituação da Convenção da ONU dos Direitos da Pessoa com Deficiência, ratificada no Brasil pelo Decreto nº 6.949/2009 (BRASIL, 2009) e pela Lei nº 13.146/2015 – Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015).

A CIF compreende funcionalidade e deficiência como uma interação dinâmica entre os impedimentos corporais e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais e

⁴⁰ Mais informações podem ser obtidas no sítio eletrônico https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/entorno/default_entorno.shtm.

contempla um “modelo biológico-psíquico-social”. Nesse sentido, conceber a deficiência como uma interação significa que a “deficiência” não é um atributo exclusivo do sujeito. A melhoria da participação social pode ser promovida ao reduzirmos as barreiras que afetam pessoas com deficiência em seu cotidiano (WHO, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), essa classificação é universal porque abrange toda a funcionalidade humana e concebe a deficiência como um contínuo e não uma simples categorização das pessoas com deficiência como um grupo à parte. E por recomendação no Relatório Mundial sobre a Deficiência (WHO, 2012), há o apontamento de que as definições sobre a deficiência devem ser uniformizadas por critério a CIF, de forma a permitir a comparação de dados. Todavia, é ressaltado que “a elaboração de políticas públicas e a entrega de serviços pode requerer que sejam estabelecidos limites para a gravidade da incapacidade, limitações para realizar ou restrição à participação em certas atividades” (WHO, 2012: 5).

Por consequência da adoção desse critério no último Censo, observamos a investigação sob a ótica da percepção das pessoas a respeito de como as suas deficiências provocavam limitações e que o formato sintético se mostra suficiente para efeitos de comparabilidade dos dados sobre a deficiência com os de outros países. E, apesar de os dados coletados serem “limitados em termos de acurácia e cobertura, [eles] muitas vezes continuam sendo a única informação de dados que possibilitam a mensuração do número de pessoas com deficiência, associando-o a características sociais e econômicas” (Lenzi, 2012: 13).

As questões realizadas no questionário do Censo 2010 a respeito da deficiência estão descritas na Tabela 1, bem como as respostas e às pessoas as quais se referem.

Tabela 1: Questões do Censo 2010 sobre a deficiência.

Variáveis	Pergunta	Respostas	A quem se refere
V0614	<i>Tem dificuldade permanente de enxergar? (se utiliza óculos ou lentes de contato, faça sua avaliação quando os estiver utilizando)</i>	1 - sim, não consegue de modo algum	Pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de enxergar
		2 - sim, grande dificuldade	Pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato
		3 - sim, alguma dificuldade	Pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato

Variáveis	Pergunta	Respostas	A quem se refere
		4 - não, nenhuma dificuldade	Pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de enxergar, ainda que precisando usar óculos ou lentes de contato
V0615	<i>Tem dificuldade permanente de ouvir? (se utiliza aparelho auditivo, faça sua avaliação quando o estiver utilizando)</i>	1 - sim, não consegue de modo algum	Pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de ouvir
		2 - sim, grande dificuldade	Pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo
		3 - sim, alguma dificuldade	Pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo
		4 - não, nenhuma dificuldade	Pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de ouvir, ainda que precisando usar aparelho auditivo
V0616	<i>Tem dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus? (se utiliza prótese, bengala ou aparelho auxiliar, faça sua avaliação quando o estiver utilizando)</i>	1 - sim, não consegue de modo algum	Pessoa que declarou ser permanentemente incapaz, por deficiência motora, de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa
		2 - sim, grande dificuldade	Pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar
		3 - sim, alguma dificuldade	Pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar
		4 - não, nenhuma dificuldade	Pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que precisando usar prótese, bengala ou aparelho auxiliar
V0617	Tem alguma deficiência mental/intelectual permanente que limite as suas atividades	1 – sim	Pessoa que tinha alguma deficiência mental ou intelectual permanente que limitasse as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar etc ⁴¹ .

⁴¹ Segundo o IBGE (2010) “A deficiência mental é o retardo no desenvolvimento intelectual e é caracterizada pela dificuldade que a pessoa tem em se comunicar com outros, de cuidar de si mesma, de fazer atividades domésticas, de aprender, trabalhar, brincar etc. Em geral, a deficiência mental ocorre na infância ou até os 18 anos de idade. Não se considerou como deficiência mental as perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose” (p. 28).

Variáveis	Pergunta	Respostas	A quem se refere
	habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.?	2 – não	

Fonte: IBGE (2010).

O IBGE (2018) lançou a Nota Técnica 01/2018, informando que em 2010 houve a opção de identificar as pessoas com deficiência como aquelas que possuíam pelo menos uma resposta afirmativa em relação a ter alguma dificuldade/muita dificuldade/não conseguir de modo algum. Sob essa perspectiva, 45.606.048 pessoas tinham alguma deficiência, o que corresponde a 23,9% da população, em 2010. Todavia, em concordância com o objetivo institucional de incorporar os exemplos internacionais e com o intuito de garantir a comparabilidade entre os países que produzem dados censitários sobre as pessoas com deficiência, bem como as recomendações do Grupo de Washington⁴² a respeito da linha de corte para análise dessa população, o IBGE (2018) incorporou enquanto critério para classificação da pessoa com deficiência aquelas que tiveram resposta afirmativa nas respostas 1 e 2 descritas no quadro acima. Ou seja, aquelas que disseram ter uma grande dificuldade ou não conseguir de modo algum. Esse parâmetro não se aplica à questão a respeito da deficiência mental/intelectual porque as categorias de resposta são sim ou não.

Em consonância com a proposta do IBGE, consideramos enquanto deficiência a incapacidade ou a grande dificuldade permanente (respostas 1 e 2 nas variáveis V0614, V0615, V0616) - seja ela visual, auditiva, física/motora - e a deficiência mental ou intelectual (resposta 1 na variável V0617). Essa seleção se fundamenta também no estudo anterior de Garcia e Maia (2014), a respeito das características socioeconômicas entre as pessoas com deficiência (com grande dificuldade permanente e incapacidade) e alguma limitação funcional com base nos dados do Censo 2010. Garcia e Maira (2004) encontram que as pessoas que declararam ter somente alguma limitação funcional apresentaram

⁴² O Grupo de Washington para Estatísticas das Pessoas com Deficiência (Washington Group on Disability Statistics – WG) foi criado com o propósito de fomentar a cooperação internacional no âmbito das estatísticas das pessoas com deficiência e busca padronizar e harmonizar definições, conceitos e metodologias para garantir a comparabilidade de estatísticas entre os países. Está subordinado à Comissão de Estatísticas das Nações Unidas e composto por representantes de Institutos Oficiais de Estatísticas e organizações representantes da sociedade civil. O IBGE é representante oficial do Brasil e participa desde 2001, quando da formação do grupo, acompanhando as discussões e as proposições de estudos (IBGE, 2018). Mais informações sobre o Grupo de Washington podem ser encontradas no sítio eletrônico <<http://www.washingtongroup-disability.com/>>.

marcadores sociais muito mais próximos daquelas sem deficiência do que aquelas com grande limitação funcional ou incapacidade (GARCIA; MAIA, 2014).

A consideração da deficiência nos possibilita a criação da variável *proxy* se o indivíduo recebe ou não o Benefício de Prestação Continuada. Essa foi feita considerando dois critérios: se a pessoa tem alguma deficiência e se tinha rendimento mensal habitual de aposentadoria ou pensão de Instituto de Previdência Oficial (federal, estadual ou municipal), uma vez que o BPC é disponibilizado pelo Instituto de Previdência Oficial. Com o recorte de idade entre 18 e 60 anos foi possível observar o efeito do recebimento do BPC somente para a população em idade produtiva.

Para a criação das variáveis referentes ao Índice de Pobreza Multidimensional – IPM – temos por referência pesquisas que abordaram o Índice no contexto brasileiro, principalmente os estudos de Fahel et al (2016) e Serra et al (2017). Os estudos utilizaram bases de dados diferentes. O primeiro utiliza os dados da PNAD, o que implica em uma pequena diferença em relação às variáveis consideradas para a criação dos indicadores. O segundo foi feito com base nos dados do Censo 2000 e 2010, fato que nos permitiu basear a concepção e formulação dos indicadores. As variáveis refletem características socioeconômicas referentes ao indivíduo e ao domicílio a que pertence, e o peso de cada indicador para a composição do IPM estão explicitados na Tabela 2, abaixo.

Tabela 2: IPM - Dimensões, indicadores, critérios de privação e pesos.

Dimensão	Indicador	Quem é privado?	Peso
Educação	Instrução*	Indivíduo que não possui instrução ou tem somente o ensino fundamental incompleto	33,3%
Saúde	Mortalidade Infantil*	Indivíduo em que o domicílio tenha pelo menos uma criança falecida até 5 anos de idade	33,3%
Padrão de vida	Água	Indivíduo em que o domicílio não tenha água encanada em pelo menos um cômodo ou que a água não provenha de cisterna ou nascente	5,6%
	Eletricidade	Indivíduo em que o domicílio não tenha eletricidade	5,6%
	Saneamento básico	Indivíduo em que o domicílio não tenha sanitário conectado à rede de coleta de esgoto	5,6%
	Tratamento do lixo	Indivíduo em que o domicílio não tenha tratamento adequado do lixo	5,6%
	Densidade morador/dormitório*	Indivíduo em que o domicílio tenha mais de dois moradores por dormitório	5,6%
	Bens de consumo duráveis*	Indivíduo em que o domicílio: 1] não possui geladeira; ou 2] não possui pelo menos um item dentre: rádio, televisão ou telefone (fixo ou celular); e 3] não possui qualquer item dentre: máquina de lavar roupa, microcomputador ou automóvel	5,6%

* Recategorização das variáveis originais para a criação de proxies.

Elaboração baseada nos estudos de Fahel *et al* (2016) e Serra *et al* (2017).

Em relação às variáveis referentes à força de trabalho, consideramos enquanto indivíduos fora do mercado de trabalho aqueles que não estavam exercendo nenhuma atividade remunerada, não estavam disponíveis para trabalhar e não tomaram nenhuma providência para obter trabalho. Os indivíduos foram considerados enquanto participantes do mercado informal quando suprirem as seguintes condições: exercício de algum trabalho remunerado pelo menos por 1 hora na semana de referência, sem vínculo empregatício formal, e sem contribuição para qualquer instituto de previdência. Já os participantes do mercado formal são os indivíduos que exerceram atividade remunerada, com vínculo empregatício formal e/ou que contribuem para um instituto de previdência.

A partir do banco de dados com as características urbanísticas do entorno dos domicílios, criamos a variável *proxy* a respeito do índice de acessibilidade. Ele foi elaborado a partir de três variáveis, quais sejam: proporção de domicílios por município com rampa para cadeirante em seu entorno; proporção de domicílios por município com pavimentação em seu entorno; proporção de domicílios por município com calçada em seu entorno. A média dessas três proporções compõe o índice de acessibilidade que vai de 0 (nenhuma acessibilidade – 0% dos domicílios do município possui acessibilidade em seu entorno) a 1 (total acessibilidade – 100% dos domicílios do município apresentam acessibilidade em seu entorno). Contudo, sabemos que essas variáveis não representam de forma ampla a acessibilidade ao espaço público, uma vez que não contemplam as medidas arquitetônicas necessárias às pessoas com deficiência visual ou múltipla.

As variáveis mobilizadas para o estudo encontram-se na tabela abaixo:

Tabela 3: Variáveis Censo

<i>Variável</i>	<i>Tipo</i>	<i>Descrição</i>
<i>Variáveis dependentes</i>		
<i>Instrução</i>	Binária	1 = Indivíduo não possui instrução ou tem o ensino fundamental incompleto 0 = Possui o ensino fundamental completo ou superiores
<i>Saneamento</i>	Binária	1 = Indivíduo não possui no domicílio nenhum dos itens referentes à eletricidade, água encanada, saneamento básico e tratamento do lixo 0 = Possui pelo menos um dos itens
<i>IPM</i>	Binária	1 = Indivíduo considerado pobre multidimensionalmente 0 = Não considerado pobre multidimensionalmente

<i>Variável</i>	<i>Tipo</i>	<i>Descrição</i>
<i>Incapacidade física</i>	Binária	1 = Indivíduo que declarou não consegue de modo algum caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa 0 = Indivíduo que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas
<i>Incapacidade auditiva</i>	Binária	1 = Pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de ouvir 0 = Pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de ouvir
<i>Incapacidade visual</i>	Binária	1 = Pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de enxergar 0 = Pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de enxergar
<i>Incapacidade múltipla</i>	Binária	1 = Pessoa que declarou ter mais de uma incapacidade 0 = Pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade
<i>Dificuldade física permanente</i>	Binária	1 = Pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa 0 = Indivíduo que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas
<i>Dificuldade auditiva permanente</i>	Binária	1 = Pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de ouvir 0 = Pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de ouvir
<i>Dificuldade visual permanente</i>	Binária	1 = Pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de enxergar 0 = Indivíduo que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas
<i>Deficiência mental/cognitiva</i>	Binária	1 = Pessoa que tinha alguma deficiência mental ou intelectual permanente 0 = Pessoa que não possui nenhuma deficiência mental ou intelectual permanente
<i>PEA</i>	Binária	1 = Indivíduo faz parte da população economicamente ativa 0 = Indivíduo não faz parte da população economicamente ativa
<i>Força de trabalho</i>	Discreta	0 = Indivíduo está no mercado formal de trabalho 1 = Indivíduo está no mercado informal de trabalho 2 = Indivíduo está fora do mercado de trabalho
<i>Mercado de trabalho</i>	Binária	0 = Indivíduo está no mercado informal de trabalho 1 = Indivíduo está no mercado formal de trabalho
<i>Logaritmo da renda mensal</i>	Contínua	Logaritmo da renda mensal auferida
<i>Percentual da renda mensal</i>	Contínua	Renda mensal em percentis
<i>Status ocupacional</i>	Contínua	Escala de status socioeconômico da ocupação – Isei ⁴³ – 16 a 90 pontos.

⁴³ O Isei é a escala de status socioeconômico mais utilizada e foi construída visando maximizar a relação com renda e escolaridade, sem qualquer ligação com julgamentos subjetivos de prestígio (GANZEBOOM; DE GRAFF; TREIMAN, 1992) e foi desenvolvido para mensurar os atributos das ocupações que convertem a educação em rendimentos. As ocupações foram então tomadas como mecanismos que convertem o principal recurso dos indivíduos, a educação, em renda. Dessa forma, trata-se de uma medida que minimiza

<i>Variável</i>	<i>Tipo</i>	<i>Descrição</i>
<i>Variáveis teste</i>		
<i>Índice de acessibilidade</i>	Contínua	Medida criada a partir de três variáveis constantes na Pesquisa de Entorno dos Domicílios do IBGE, quais sejam: proporção de domicílios por município com rampa para cadeirante em seu entorno; proporção de domicílios por município com pavimentação em seu entorno; proporção de domicílios por município com calçada em seu entorno. A média das três proporções compõe o índice de acessibilidade que vai de 0 (nenhuma acessibilidade – 0% dos domicílios do município possui acessibilidade em seu entorno) a 1 (total acessibilidade – 100% dos domicílios do município apresentam acessibilidade em seu entorno).
<i>Escolaridade</i>		
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	Binária	1 = Possui o fundamental completo ou o médio incompleto 0 = Sem instrução e fundamental incompleto
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	Binária	1 = Possui o médio completo ou o superior incompleto 0 = Sem instrução e fundamental incompleto
<i>Superior completo</i>	Binária	1 = Possui o superior completo 0 = Sem instrução e fundamental incompleto
<i>Idade</i>	Linear	Idade do indivíduo em anos
<i>Idade centralizada</i>	Linear	Idade do indivíduo centralizada na média
<i>Idade centralizada²</i>	Linear	Idade do indivíduo, em anos, centralizada na média ao quadrado
<i>Raça/cor</i>	Binária	0 = Não brancos – pretos e pardos 1 = Brancos
<i>Sexo</i>	Binária	0 = Mulheres 1 = Homens
<i>Variáveis de controle</i>		
<i>Estado civil</i>		
<i>Divorciado ou separado judicialmente</i>	Binária	1 = Divorciado ou separado judicialmente 0 = Casado
<i>Solteiro</i>	Binária	1 = Solteiro 0 = Casado
<i>Posição no domicílio</i>		
<i>Cônjuge ou companheiro</i>	Binária	1 = Cônjuge ou companheiro(a) da pessoa responsável pelo domicílio 0 = Pessoa responsável pelo domicílio
<i>Filho</i>	Binária	1 = Filho(a) ou enteado(a) da pessoa responsável pelo domicílio 0 = Pessoa responsável pelo domicílio
<i>Outros</i>	Binária	1 = Possui outros vínculos com a pessoa responsável pelo domicílio (genro, nora, avós(ôs), primos(as), etc)
<i>Urbano</i>	Binária	1 = O domicílio está em área urbana 0 = O domicílio está em área rural

o efeito direto e maximiza o efeito indireto (através da ocupação) da escolaridade sobre os rendimentos (SALATA, 2016).

<i>Variável</i>	<i>Tipo</i>	<i>Descrição</i>
<i>Renda domiciliar per capita em salários-mínimos</i>		
<i>0,01 - 0,24</i>	Binária	1 = Renda correspondente ao intervalo de 0,01 a 0,24 0 = Renda igual a 0
<i>0,25 - 0,49</i>	Binária	1 = Renda correspondente ao intervalo de 0,25 a 0,49 0 = Renda igual a 0
<i>0,50 - 0,74</i>	Binária	1 = Renda correspondente ao intervalo de 0,50 a 0,74 0 = Renda igual a 0
<i>0,75 - 0,99</i>	Binária	1 = Renda correspondente ao intervalo de 0,75 a 0,99 0 = Renda igual a 0
<i>1 - 1,99</i>	Binária	1 = Renda correspondente ao intervalo de 1 a 1,99 0 = Renda igual a 0
<i>2 - 2,99</i>	Binária	1 = Renda correspondente ao intervalo de 2 a 2,99 0 = Renda igual a 0
<i>3 - 3,99</i>	Binária	1 = Renda correspondente ao intervalo de 3 a 3,99 0 = Renda igual a 0
<i>4 - 4,99</i>	Binária	1 = Renda correspondente ao intervalo de 4 a 4,99 0 = Renda igual a 0
<i>5 ou mais</i>	Binária	1 = Renda correspondente a 5 ou mais 0 = Renda igual a 0
<i>Horas mensais centralizadas</i>	Linear	Número de horas mensais trabalhadas
<i>Licença saúde</i>	Binária	1 = estava de licença saúde na semana de referência 0 = não estava de licença saúde na semana de referência
<i>Setor econômico</i>		
<i>Indústria</i>	Binária	1 = industrial 0 = agricultura
<i>Eletricidade, gás e água</i>	Binária	1 = eletricidade, gás e água 0 = agricultura
<i>Construção civil</i>	Binária	1 = construção civil 0 = agricultura
<i>Comércio e serviços</i>	Binária	1 = comércio e serviços 0 = agricultura
<i>Transporte e comunicação</i>	Binária	1 = transporte e comunicação 0 = agricultura
<i>Serviços financeiros</i>	Binária	1 = serviços financeiros 0 = agricultura
<i>Administração pública e defesa</i>	Binária	1 = administração pública e defesa 0 = agricultura
<i>Empresariado</i>	Binária	1 = empresariado 0 = agricultura
<i>Educação, saúde e serviços sociais</i>	Binária	1 = educação, saúde e serviços sociais 0 = agricultura
<i>Domésticos</i>	Binária	1 = domésticos 0 = agricultura
<i>Tempo de deslocamento de casa até o trabalho</i>		
<i>De 06 a 30 min</i>	Binária	1 = de 06 a 30 minutos 0 = menos de 05 minutos

<i>Variável</i>	<i>Tipo</i>	<i>Descrição</i>
<i>Mais de 30 minutos e menos de 1 hora</i>	Binária	1 = mais de 30 e menos de 60 minutos 0 = menos de 05 minutos
<i>Mais de 1 hora e menos de 2 horas</i>	Binária	1 = entre 60 e 120 minutos 0 = menos de 05 minutos
<i>Mais de 2 horas</i>	Binária	1 = mais de 120 minutos 0 = menos de 05 minutos
<i>Região Metropolitana</i>	Binária	1 = O domicílio está em uma das regiões metropolitanas do país 0 = O domicílio não está em uma das regiões metropolitanas do país
<i>Região geográfica</i>		
<i>Norte</i>	Binária	1 = Norte 0 = Sudeste
<i>Nordeste</i>	Binária	1 = Nordeste 0 = Sudeste
<i>Centro-Oeste</i>	Binária	1 = Centro-Oeste 0 = Sudeste
<i>Proxy de BPC</i>	Binária	1 = Indivíduo recebe o BPC 0 = Não recebe o BPC
<i>IDHM2010⁴⁴ - Índice de Desenvolvimento Humano municipal</i>	Linear	Medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

3.2 Delimitação dos modelos

Ao considerarmos a importância do gênero para compreensão das dinâmicas sociais relacionadas à deficiência (BLACKWELL-STRATON; BRESLIN; MAYERSON; BAILEY, 1988; FINE; ASCH, 1988; GARLAND-THOMSON, 2011; GERSCHICK, 2000; MELLO; NUERNBERG, 2012), sejam elas voltadas para as inter-relações entre a deficiência e pobreza (JILL; TAMLYN, 2017; MITRA; SAMBAMOORTHY, 2008; MIZUNOYA; MITRA, 2013), inserção no mercado de trabalho (BALDWIN; JOHNSON, 1995; BERNIS; PEREIRA; ALMEIDA, 2018; HARA, 2004; JONES, 2011; JONES, M. K.; LATREILLE, P. L.; SLOANE, P. J., 2006; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017), segregação ocupacional (ALMEIDA; PEREIRA; SILVEIRA, 2018; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017) e desigualdade de renda (ALMEIDA; PEREIRA; SILVEIRA, 2018; BALDWIN; JOHNSON, 1995; HARA, 2004; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017), optamos por realizar todos os modelos estatísticos separando as

⁴⁴ O IDHM brasileiro segue as mesmas três dimensões do IDH Global - longevidade, educação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros.

populações de homens e mulheres. Ademais, conforme ressaltado em estudos sobre o mercado de trabalho no Brasil, consideraremos as interações entre gênero e raça (GUIMARÃES, 2002; SILVEIRA; LEÃO, 2017; SOARES, 2000), bem como entre esses marcadores e a deficiência (Almeida *et al*, 2018).

O Modelo I tem por variável dependente a chance de não apresentar nenhuma instrução ou somente o ensino fundamental incompleto. Tem por objetivo a verificação dos efeitos das variáveis-teste referentes aos tipos de dificuldades permanentes e incapacidades sobre a probabilidade de não ter instrução ou somente o ensino fundamental incompleto. Sua análise deve-se à consideração das maiores chances das pessoas com deficiência não possuírem instrução, quando comparadas às pessoas sem deficiência, bem como da importância da escolaridade sobre a manutenção de uma situação de pobreza (MITRA, 2017; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MITRA; SAMBAMOORTHY, 2008). Além disso, foi verificado que pessoas com deficiências mais severas são as mais prováveis de não possuírem credenciais educacionais.

A falta de saneamento básico, água tratada e energia elétrica é a variável dependente do Modelo II. Segundo Mitra et al (2013), os fatores mais determinantes para a condição de pobreza das pessoas com deficiência em países em desenvolvimento são: escolaridade, empregabilidade e proporção de gastos com saúde em relação aos gastos totais do domicílio. Conforme proposto por Fahel et al (2016), o indicador de saúde do Índice de Pobreza Multidimensional é a mortalidade infantil (indivíduo em que o domicílio tenha pelo menos uma criança falecida até 5 anos de idade). Todavia, as proporções de pessoas com os diferentes tipos de dificuldades permanentes e incapacidades foram bastante reduzidas, inviabilizando a análise de um modelo com a mortalidade infantil enquanto variável dependente.

Por outro lado, pesquisas em outros países em desenvolvimento demonstram como a falta de saneamento básico e água tratada são relevantes para a compreensão da pobreza das pessoas com deficiência, uma vez que a falta desses recursos no domicílio pode ter implicações nas dinâmicas familiares e maior chance das pessoas com deficiência, notadamente aquelas com alguma incapacidade física de adquirirem doenças. Dessa forma, utilizamos a falta de saneamento, água e energia elétrica como meio de compreendermos melhor a relação entre os diferentes tipos de dificuldades permanentes e incapacidades e

as precárias condições domiciliares, e, além disso, utilizaremos os resultados como *proxy* de possíveis gastos com saúde.

Posteriormente, nos Modelos III e IV, abordamos as chances de os indivíduos estarem em uma condição de pobreza multidimensional, por tipo de dificuldade e incapacidade. A variável dependente é binária e aponta se o indivíduo é ou não pobre multidimensionalmente. Para criar o IPM, utilizamos os indicadores propostos por Fahel *et al* (2013) e Serra *et al* (2017) exposto na Tabela 2: IPM - Dimensões, indicadores, critérios de privação e pesos. Nosso objetivo é verificar os efeitos das variáveis-teste referentes aos tipos e níveis de deficiência em relação a chance de estarem em situação de pobreza multidimensional.

Nos Modelos V e VI, buscamos verificar se a pobreza aumenta ou diminui as chances de autorrelato de alguma dificuldade permanente ou incapacidade. Para verificarmos as chances específicas, realizamos separadamente os Modelos VII a XV, para cada tipo de deficiência e seu nível e buscamos verificar além do IPM, os efeitos da escolaridade e da renda domiciliar per capita sobre as chances de autorrelato.

As análises dos Modelos I a XV encontram-se no Capítulo 4. Nosso intuito é compreender por meio deles, as dinâmicas entre deficiência e pobreza antes de considerarmos a esfera do mercado de trabalho. Se, e em quais casos a deficiência pode aumentar dos marcadores da pobreza multidimensional. E, por outro lado, se essa condição de pobreza pode, e em quais casos, aumentar as chances de autorrelato da deficiência.

A partir dos Modelos XVI e XVII, buscamos analisar as dinâmicas entre a deficiência e o mercado de trabalho e seus resultados estão no Capítulo 5. Utilizamos como variável dependente a chance de estar na população economicamente ativa, considerado principalmente os efeitos de cada tipo e nível de deficiência, bem como o efeito do índice de acessibilidade nas vias públicas. Ressaltamos que este foi o último modelo em que foi possível considerar os níveis de deficiência. Nos modelos posteriores, dada a reduzida quantidade de pessoas por nível (dificuldade permanente ou incapacidade) principalmente no mercado formal de trabalho, a análise restou comprometida e optamos por considerar somente o tipo de deficiência.

Nesse caminho, realizamos o Modelo XVIII, que diferente dos modelos até então, tem uma variável dependente com três categorias, onde analisamos as chances das pessoas

com deficiência, por tipo, estarem no mercado informal de trabalho e fora do mercado de trabalho, quando comparadas àquelas que estão no mercado formal de trabalho. A opção de considerarmos o mercado formal de trabalho como categoria de referência deve-se à consideração de que caso a pessoa com deficiência receba o Benefício de Prestação Continuada, quando da inserção no mercado formal, este benefício é imediatamente cancelado. Todavia, a observação das pessoas com e sem o recebimento do BPC se mostra de suma importância para uma abordagem mais inicial e abrangente das pessoas com deficiência em relação a estar fora do mercado de trabalho, ou no mercado informal, como é o caso de pessoas com deficiência que recebem o BPC, e no mercado formal de trabalho.

No Modelo XIX, buscamos uma análise mais focada sobre o mercado informal e formal de trabalho. Por meio da variável dependente, referente à chance das pessoas com e sem deficiência de estarem no mercado formal, comparadas àquelas que estão no mercado informal. Ao considerarmos somente essas duas opções, analisaremos somente os indivíduos com deficiência que não recebem o BPC, haja vista que quem recebe não pode estar no mercado formal. E buscamos também verificar o efeito da acessibilidade das vias sobre a chance de inserção no mercado formal, além dos efeitos dos diferentes tipos de deficiência.

Para verificarmos o efeito dos diferentes tipos de deficiência sobre o status ocupacional, realizamos o Modelo XX, que por sua vez tem por variável dependente uma variável linear – Isei - referente à escala de status socioeconômico da ocupação. Os tipos de deficiência, juntamente com a escolaridade, serão nossos principais objetos de análise.

Também com variáveis lineares dependentes, referentes à renda, realizamos o Modelo XXI – considerando a renda absoluta apresentada através do logaritmo da renda mensal - , e o Modelo XXII, que aborda a renda relativa, referente aos percentis da renda. Os dois modelos contemplam os efeitos dos tipos de deficiência e escolaridade sobre a renda. Além disso, dada a relação do status ocupacional com os rendimentos, realizamos as análises do status ocupacional, do tipo de deficiência e da raça, sobre a renda.

Nos modelos a respeito a renda, procuramos considerar nas análises o viés de seletividade. Como a literatura (Heckman, 1979) nos aponta, aqueles que estão desempregados têm motivos não observados que, indiretamente, podem influenciar a dinâmica socioeconômica daqueles que estão empregados. Dessa forma, o viés de seletividade deve ser contornado para garantir que os resultados sejam válidos e representativos para

a população como um todo, e não apenas para aqueles que tiveram a ocupação e rendimentos declarados, e que possuem maiores probabilidades de estarem empregados. Para amenizar este viés, realizamos regressões logísticas com a variável dependente referente à chance de permanecer empregado, considerando enquanto variáveis independentes a idade, a cor/raça, o gênero, a deficiência, o tipo de deficiência, os níveis de escolaridade e as regiões geográficas. Posteriormente, as propensões de emprego geradas a partir dessas regressões são incluídas como covariáveis nos modelos de análise do Censo.

No Modelo XXIII, voltamos a considerar as chances de inserção das pessoas com e sem deficiência no mercado formal de trabalho. Optamos por colocar esse modelo separadamente dos anteriores que tratam da mesma temática por ele utilizar, além dos dados do Censo 2010, os dados da Relação Anual do Inventário Social – RAIS – entre os anos de 2007 a 2015. Este mesmo banco de dados será utilizado na segunda parte da atual pesquisa.

As bases de análise considerando os dois bancos de dados foram construídas da seguinte forma: a partir do Censo, levamos em conta a população que estava no mercado informal de trabalho. Essa população foi incluída em cada banco da RAIS, por ano. Dessa forma, geramos e analisamos os modelos em nove bancos de dados: ano de 2007, com a população do mercado informal do Censo e população do mercado formal da RAIS 2007, ano de 2008 com a população do mercado informal do Censo e população do mercado formal da RAIS 2008, e assim por diante até o ano de 2015. Nosso objetivo foi verificar a evolução da inserção das pessoas com e sem deficiência no mercado formal de trabalho de forma transversal entre os anos observados. Salientamos que os resultados dessas análises foram utilizados como variável referente à proxy de seletividade no mercado de trabalho formal nos Modelos a serem explorados na segunda parte da pesquisa.

A seguir, a tabela com a descrição dos modelos de regressão, e posteriormente, as análises descritivas da população do Censo.

Tabela 4: Modelos de regressão - Censo

Modelo	Variável dependente	Tipo da variável	Descrição da variável	Estimação	Recortes amostrais	Variável de teste
Modelo I	Probabilidade de não ter instrução ou o fundamental incompleto	Binária	Indicação se o indivíduo não possui instrução ou somente o ensino fundamental incompleto.	Modelo de Regressão Logística Binominal	1) Mulheres; 2) Homens.	Tipo de dificuldade permanente; Tipo de incapacidade.
Modelo II	Probabilidade de não ter nenhum saneamento, água e energia elétrica no domicílio	Binária	Indicação se o indivíduo não possui nenhum dos itens de infraestrutura e saneamento básico.	Modelo de Regressão Logística Binominal	1) Mulheres; 2) Homens.	Tipo de dificuldade permanente; Tipo de incapacidade.
Modelo III e IV	Probabilidade de estar em condição de pobreza multidimensional	Binária	Indicação se o indivíduo está em uma condição de pobreza multidimensional – IPM.	Modelo de Regressão Logística Binominal	1) Mulheres; 2) Homens.	Tipo de dificuldade permanente; Tipo de incapacidade;
Modelo V a XV	Chance de autorrelato de alguma dificuldade permanente ou incapacidade	Binária	Indicação se o indivíduo relatou/tem alguma dificuldade permanente ou incapacidade.	Modelo de Regressão Logística Binominal	1) Mulheres; 2) Homens.	Índice de pobreza multidimensional – IPM; Idade Escolaridade; Renda domiciliar per capita.
Modelo XVI e XVII	Probabilidade de estar na PEA.	Binária	Indicação se o indivíduo faz parte da população economicamente ativa – PEA.	Modelo de Regressão Logística Binominal	1) Mulheres; 2) Homens.	Tipo de dificuldade permanente; Tipo de incapacidade; Índice de acessibilidade.
Modelo XVIII	Probabilidade de estar fora do mercado de trabalho, ou no mercado informal ou formal de trabalho	Discreta	Indicação se o indivíduo está fora do mercado de trabalho, ou no mercado informal ou no mercado formal de trabalho	Modelo de Regressão Multinomial	1) Mulheres; 2) Homens.	Tipo de deficiência.

Modelo	Variável dependente	Tipo da variável	Descrição da variável	Estimação	Recortes amostrais	Variável de teste
Modelo XIX	Probabilidade de estar no mercado formal de trabalho.	Binária	Indicação se o indivíduo está no mercado informal ou no mercado formal de trabalho.	Modelo de Regressão Logística Binominal	1) Mulheres; 2) Homens.	Tipo de deficiência; Escolaridade.
Modelo XX	Status ocupacional	Linear	Índice de Status Ocupacional - ISEI	Modelo de regressão linear	1) Mulheres; 2) Homens.	Tipo de deficiência; Raça; Escolaridade.
Modelo XXI	Renda absoluta	Linear	Logaritmo da renda mensal	Modelo de regressão linear	1) Mulheres; 2) Homens.	Tipo de deficiência; Raça Escolaridade; Status ocupacional.
Modelo XXII	Renda relativa	Linear	Percentil da renda	Modelo de regressão linear	1) Mulheres; 2) Homens.	Tipo de deficiência; Raça; Escolaridade; Status ocupacional.
Modelo XXIII	Probabilidade de estar no mercado formal de trabalho	Binária	Indicação se o indivíduo está no mercado informal ou no mercado formal de trabalho.	Modelo de Regressão Logística Binominal	1) Mulheres; 2) Homens.	Ter alguma deficiência.

4. Análise dos dados do Censo 2010

4.1 Estatística descritiva da população do Censo 2010

A população em análise se refere as pessoas com idade entre 18 e 60 anos no Censo de 2010. Inicialmente, em relação aos grupos estudados, notamos que as mulheres correspondem a 51,15% da população total. Entre elas, 6,4% se auto declararam possuir possuem algum tipo de deficiência e entre os homens, o percentual é de 5,6%.

A maioria das mulheres e homens com deficiência possui deficiência visual, conforme podemos observar na Tabela 5: Características da população por gênero e deficiência no Brasil. Entre as mulheres, esta maioria é seguida pelas proporções de mulheres com deficiência física, múltipla, cognitiva e auditiva. Entre os homens, a segunda maior proporção é daqueles com deficiência cognitiva, seguidos pelos homens com deficiência física, múltipla e auditiva.

Ao considerar as diferenças entre mulheres e homens, e com e sem deficiência, notamos que os homens e mulheres com deficiência tendem a se concentrar nas faixas superiores de idade. Em ambos, até os 40 anos as pessoas sem deficiência apresentam as maiores proporções, ou seja, são mais jovens; a partir dessa idade a relação se inverte e as proporções de pessoas com deficiência aumentam progressivamente.

Em relação a cor/raça, notamos uma distribuição equilibrada entre a população sem deficiência. Quase metade das mulheres e homens sem deficiência é branca, ainda que a maioria seja de negros (pretos e pardos). Entre as pessoas com deficiência, notamos que 56% é negra.

A respeito da escolaridade, notamos que no geral as mulheres tendem a apresentar maiores proporções nas credenciais mais avançadas, como o ensino médio completo e superior completo. Todavia, considerando a deficiência, notamos proporções bastante superiores, por gênero, entre aqueles que não possuem qualquer instrução ou o ensino fundamental incompleto.

Ao considerar a população que não possui qualquer instrução ou tem somente o ensino fundamental incompleto, notamos 36% das mulheres sem deficiência e 64% das mulheres com deficiência, entre os homens, 42% e 68%, respectivamente. Por outro lado, nos níveis

de escolaridade referentes às credenciais de nível médio e superior completos, as proporções de pessoas com deficiência são a metade daquelas sem deficiência por gênero: 45% e 40% de mulheres e homens sem deficiência e 22% e 19% de mulheres e homens com deficiência.

A respeito da educação das pessoas com deficiência, a Constituição Federal de 1988, ao definir a educação como um direito de todos, garantindo o pleno desenvolvimento da pessoa, o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho; estabelece a “igualdade de condições de acesso e permanência na escola” como um dos princípios para o ensino; e, ao garantir como dever do Estado a oferta de atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, aponta para a inserção das crianças com deficiência nesta rede de ensino, e não mais em instituições de atendimento especial, substitutas à escolarização normal (Brasil, 2008).

No decorrer das últimas duas décadas, verificamos a promulgação de Leis e Decretos que direcionam e reforçam a inserção de pessoas com deficiência na rede regular de ensino (Brasil, 2008b). Entre os marcos legais, ressalta-se o Decreto Federal 3.298/99 (que lançou a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) e no âmbito educacional, definiu a Educação Especial como uma modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino, enfatizando a atuação complementar da Educação Especial ao ensino regular. Em 2004, o Ministério Público Federal publicou o documento *O Acesso de Alunos com Deficiência às Escolas e Classes Comuns da Rede Regular*, visando disseminar os conceitos e as diretrizes mundiais para a inclusão, e reafirmar o direito e os benefícios da escolarização de alunos com e sem deficiência nas turmas comuns do ensino regular.

Em 2007, foi lançado o Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE, reafirmado pela Agenda Social, tendo como eixos a formação de professores para a Educação Especial, a implantação de salas de recursos multifuncionais, a acessibilidade arquitetônica dos prédios escolares, o acesso e a permanência da educação superior e o monitoramento do acesso à escola dos favorecidos pelo Benefício de Prestação Continuada.

A proposta deste monitoramento deve ser ressaltada para a inserção dos alunos com deficiência nas escolas, uma vez que no pareamento dos dados do BPC/MDS com o Censo Escolar INEP/MEC, identificou-se em fevereiro de 2008 (dados preliminares do

Censo Escolar INEP), que do total de 369.735 beneficiários de 0 a 18 anos, somente 108.060 (29,23%) estão na escola e que 261.685 (70,77%) estão fora da mesma (Brasil, 2008a).

Neste sentido, com vistas a fomentar práticas educacionais mais inclusivas, foi designado um grupo de professores pesquisadores da área de Educação Especial no Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555/2007, que teve por incumbência a elaboração da nova Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Brasil, 2008b). Em 2008, foi promulgado o Decreto 6.571/08, o qual consolidou as diretrizes e as ações já existentes voltadas à educação inclusiva no âmbito da Educação Especial e destinou recursos do Fundo da Educação Básica (FUNDEB) ao atendimento das necessidades específicas dos alunos do segmento. A matrícula de cada aluno da Educação Especial em escolas públicas regulares será computada em dobro, aumentando o valor per capita repassado à instituição. Desta forma, possibilita-se o investimento na formação continuada de professores, na implantação de salas de recursos multifuncionais e na reformulação do espaço físico (Brasil, 2008b).

Além destas ações, o Ministério da Educação realizava o acompanhamento e o monitoramento do acesso à escola por parte dos assistidos pelo BPC -, em colaboração com os Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (Brasil, 2008b).

Paralelo aos marcos legais, nos últimos anos, em âmbito nacional, o Censo Escolar registrou uma evolução nas matrículas dos alunos abarcados pela Educação Especial. Dados do Censo Escolar indicam um crescimento expressivo em relação às matrículas de alunos com deficiência na educação básica regular. Em 2014, eram quase 900 mil matrículas e 79% delas em turmas comuns, sendo que esse percentual sobe para 93% em escolas públicas⁴⁵. Esse número é bastante superior ao verificado em 1998, quando 200 mil pessoas com deficiência estavam matriculadas na educação básica, sendo apenas 13% em classes comuns. Mais recente, em 2016, a Lei nº 13.409 passou a incluir as pessoas com deficiência no programa de cotas de instituições federais de educação superior, que

⁴⁵ Informações do Portal Brasil – Ministério da Educação. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/noticias/educacao-e-ciencia/2015/03/dados-do-censo-escolar-indicam-aumento-de-matriculas-de-alunos-com-deficiencia>.

já contemplava estudantes vindos de escolas públicas, de baixa renda, negros, pardos e indígenas (BRASIL, 2016).

Com base nesses resultados e nos marcos legais nas últimas décadas, especialmente ao final da década de 2000, esperamos que os dados do Censo de 2020 tragam melhores resultados para a população com deficiência, com o aumento de suas credenciais educacionais. Essa melhora pode favorecer a melhor inserção ocupacional das pessoas com deficiência, haja vista que o alcance de credenciais educacionais mais altas favorece, tanto para os homens quanto para as mulheres com deficiência, a saída de guetos ocupacionais com menores rendimentos (Maroto e Pettinicchio, 2014)

No tocante à posição na ocupação e categoria do emprego no trabalho principal, observamos as maiores proporções de mulheres e homens sem deficiência entre os empregados com carteira assinada, empregadores, militares e funcionários públicos estatutários. Mulheres e homens com deficiência, apesar de estarem em maior parte também no emprego com carteira assinada, tem essa representação inferior a encontrada entre a população sem deficiência. Além disso, as pessoas com deficiência se mostram mais concentradas nas formas mais precárias e informais no mercado de trabalho, conforme verificado anteriormente por Garcia e Maia (2014). 1/3 das mulheres com deficiência são empregadas sem carteira assinada e essa mesma proporção é encontrada entre os homens com deficiência no trabalho conta-própria; a proporção de homens e mulheres com deficiência em trabalhos não remunerados e na produção do próprio consumo é o dobro da encontrada entre os homens e mulheres sem deficiência.

Analisando, especificamente o subgrupo e a categoria do emprego do trabalho principal, notamos as baixíssimas proporções de homens no trabalho doméstico. Por outro lado, é interessante observar as maiores proporções de mulheres nesse trabalho, aquelas sem deficiência (19%) e, principalmente as mulheres com deficiência: 30% do seu total, sendo que dessas, 21% não tem a carteira de trabalho assinada. Ademais, é interessante observar as proporções semelhantes entre as mulheres e homens, com e sem deficiência, entre os militares e funcionários públicos estatutários: aproximadamente 10% das mulheres e 6% dos homens.

A respeito da renda domiciliar *per capita*, notamos a maior proporção de mulheres entre os intervalos de renda até 3/4 de 1 salário mínimo. Já os homens apresentam proporções

superiores a partir de 1 salário mínimo per capita. Quando a deficiência é considerada, verifica-se, no geral, o agravamento dessas diferenças por gênero. As pessoas com deficiência estão em maiores proporções nas rendas inferiores e estão menos representadas nas rendas superiores. Até 1 salário mínimo, temos 64% e 62% das mulheres e homens com deficiência, 56% e 52%, respectivamente, daqueles sem deficiência. A partir de 1 salário mínimo, as proporções das pessoas com deficiência se mostram superiores, sendo quase o dobro da população com deficiência nas faixas superiores a 4 salários-mínimos.

Quanto às regiões, notamos as maiores proporções de mulheres e homens com deficiência nas regiões Norte e Nordeste, sendo as maiores diferenças encontradas nesta última região, onde há 33% das mulheres e 32% dos homens com deficiência, e 26% das pessoas sem deficiência. As maiores quantidades destas pessoas foram encontradas no Sudeste, Centro-Oeste e Sul.

Dessa forma, ao analisarmos os dados das frequências de deficiência por sexo, notamos inicialmente a presença das mulheres nos níveis superiores de escolaridade. Todavia, ao olharmos para a deficiência, observa-se que a maioria, mulheres e homens, não possuem qualquer instrução ou somente o ensino fundamental incompleto. E seguindo esse caminho, notamos que as diferenças encontradas *entre e intra* gênero são acentuadas ao considerar a deficiência. As mulheres com deficiência estão as mais presentes nos grupos mais vulneráveis – menor escolaridade, negras, condições informais e precárias de trabalho, rendas domiciliares inferiores e nas regiões menos desenvolvidas – que as demais mulheres e homens, com e sem deficiência.

Tabela 5: Características da população por gênero e deficiência no Brasil*

Variáveis	Mulheres		Homens	
	Sem deficiência	Com deficiência	Sem deficiência	Com deficiência
<i>Tipo de deficiência (IC 95%; p=0,000)</i>				
Física		16,54 16,4 - 16,68		15,52 15,38 - 15,66
Auditiva		7,153 7,058 - 7,249		10,75 10,63 - 10,87
Visual		48,33 48,14 - 48,51		36,92 38,72 - 39,11
Cognitiva		13,8 13,67 - 13,93		21,78 21,61 - 21,95
Múltipla		14,18 14,06 - 14,31		13,04 12,9 - 13,17
<i>Faixa etária (IC 95%; p=0,000)</i>				
18 e 19 anos	5,81 5,789 - 5,833	2,34 2,28 - 2,39	6,07 6,048 - 6,094	3,20 3,126 - 3,266
20 a 24 anos	15,14 15,1-15,17	6,52 6,46-6,64	15,7 15,66 - 15,73	8,60 8,494 - 8,717
25 a 29 anos	15,14 15,1-15,17	7,33 7,23-7,422	15,35 15,31 - 15,38	9,14 9,029 - 9,259
30 a 34 anos	13,98 13,95-14,02	7,89 7,792-7,99	13,93 13,9 - 13,97	9,56 9,442 - 9,676

Variáveis	Mulheres		Homens	
	Sem deficiência	Com deficiência	Sem deficiência	Com deficiência
35 a 39 anos	12,28 12,25 - 12,31	8,83 8,73 - 8,94	12,14 12,11 - 12,17	9,61 9,499 - 9,733
40 a 44 anos	11,23 11,2 - 11,26	12,79 12,67 - 12,91	11,16 11,13 - 11,2	11,94 11,82 - 12,07
45 a 49 anos	10 9,975 - 10,03	16,27 16,14 - 16,41	9,83 9,807 - 9,864	14,5 14,36 - 14,64
50 a 54 anos	8,41 8,38 - 8,43	17,56 17,43 - 17,7	8,15 8,122 - 8,174	15,5 15,36 - 15,65
55 a 60 anos	8,01 7,98 - 8,04	20,44 20,29 - 20,58	7,66 7,639 - 7,69	17,93 17,79 - 18,08
<i>Cor/raça</i>				
Branco	49,94 49,89 - 50	44,11 43,92 - 44,29	47,78 47,73 - 47,84	43,95 43,75 - 47,84
Não-brancos	50,06 50 - 50,11	55,89 55,71 - 56,08	52,22 52,16 - 52,27	56,05 55,85 - 56,25
<i>Escolaridade</i> (IC 95%; p=0,000)				
Sem instrução e Fundamental incompleto	35,84 35,79 - 35,89	63,7 63,52 - 63,69	41,59 41,54 - 41,64	67,65 67,46 - 67,85
Fundamental completo e Médio incompleto	17,86 17,82 - 17,9	13,94 13,81 - 14,08	18,86 18,82 - 18,9	13,3 13,16 - 13,44
Médio completo e Superior incompleto	33,58 33,53 - 33,63	17,09 16,94 - 17,24	30,36 30,31 - 30,41	15,18 15,03 - 15,34
Superior completo	12,72 12,68 - 12,76	5,261 5,172 - 5,352	9,19 9,157 - 9,223	3,865 3,779 - 3,953
<i>Força de trabalho</i>				
Fora do mercado de trabalho	10,04 10 - 10,08	11,05 10,87 - 11,24	5,39 5,36 - 5,42	6,37 6,24 - 6,51
Mercado informal de trabalho	37,84 37,77 - 37,9	49,17 48,87 - 49,44	39,92 39,87 - 39,98	49,01 48,74 - 49,28
Mercado formal de trabalho	52,12 50,06 - 52,19	39,79 39,51 - 40,08	54,68 54,63 - 54,74	44,62 44,35 - 44,89
<i>Posição na ocupação e categoria do emprego no trabalho principal</i> (IC 95%; p=0,000)				
Empregados com carteira de trabalho assinada	47,09 47,02 - 47,16	34,32 34,04 - 34,6	49,58 49,52 - 49,63	39,76 39,49 - 40,03
Militares e funcionários públicos estatutários	7,492 7,458 - 7,526	6,494 6,357 - 6,634	4,398 4,375 - 4,422	3,538 3,437 - 3,642
Empregados sem carteira de trabalho assinada	22,47 22,42 - 22,53	27,31 27,05 - 27,57	17,03 16,99 - 17,08	19,44 19,24 - 19,65
Conta própria	16,55 16,5 - 16,6	21,28 21,04 - 21,52	23,54 23,5 - 23,59	28,62 28,38 - 28,86
Empregadores	1,564 1,547 - 1,581	0,851 0,7969 - 0,9087	2,306 2,289 - 2,324	1,478 1,412 - 1,548
Não remunerados	1,729 1,713 - 1,745	2,88 2,79 - 2,974	0,5116 0,5035 - 0,5198	1,123 1,071 - 1,178
Trabalhadores na produção para o próprio consumo	3,099 3,08 - 3,118	6,864 6,744 - 6,985	2,631 2,615 - 2,647	6,036 5,93 - 6,144
<i>Subgrupo e categoria do emprego do trabalho principal</i> (IC 95%; p=0,000)				
Trabalhadores domésticos com carteira de trabalho assinada	6,784 6,745 - 6,823	8,62 8,415 - 8,831	0,5168 0,5071 - 0,5267	0,6261 0,5734 - 0,6835
Trabalhadores domésticos sem carteira de trabalho assinada	12,47 12,42 - 12,52	20,94 20,65 - 21,23	0,6456 0,6354 - 0,656	1,145 1,076 - 1,218
Demais empregados com carteira de trabalho assinada	54,33 54,25 - 54,41	41,76 41,4 - 42,12	69,3 69,24 - 69,36	62,75 62,42 - 63,08
Militares e funcionários públicos estatutários	9,723 9,679 - 9,767	9,532 9,333 - 9,735	6,194 6,161 - 6,227	5,639 5,479 - 5,803
Demais empregados sem carteira de trabalho assinada	16,69 16,64 - 16,75	19,15 18,87 - 19,42	23,34 23,29 - 23,4	29,84 29,54 - 30,15
<i>Renda per capita domiciliar em salários mínimos</i> (IC 95%; p=0,000)				
0	5,149 5,124 - 5,175	5,04 4,956 - 5,126	4,299 4,274 - 4,323	4,775 4,688 - 4,863
0,01 - 0,24	9,12 9,092 - 9,149	11,46 11,35 - 11,57	8,183 8,154 - 8,212	10,65 10,53 - 10,76
0,25 - 0,49	14,55 14,51 - 14,58	17,3 17,16 - 17,44	13,9 13,87 - 13,94	16,97 16,82 - 17,12
0,50 - 0,74	15,26 15,22 - 15,3	19,17 19,03 - 19,32	14,54 14,5 - 14,58	18,43 18,27 - 18,59
0,75 - 0,99	10,78 10,74 - 10,82	11,07 10,75 - 10,99	11,04 11,01 - 11,08	11,1 10,97 - 11,23
1 - 1,99	24,94 24,89 - 24,99	24,23 24,07 - 24,39	26,7 26,65 - 26,75	25,17 24,99 - 25,35

Variáveis	Mulheres		Homens	
	Sem deficiência	Com deficiência	Sem deficiência	Com deficiência
2 - 2,99	8,108 8,075 - 8,142	5,552 5,461 - 5,646	8,521 8,486 - 8,556	5,615 5,516 - 5,716
3 - 3,99	3,876 3,852 - 3,9	2,208 2,148 - 2,27	3,952 3,927 - 3,977	2,296 2,23 - 2,364
4 - 4,99	2,108 2,089 - 2,126	1,087 1,044 - 1,131	2,097 2,079 - 2,116	1,15 1,102 - 1,199
5 ou mais	6,109 6,077 - 6,14	3,075 3,003 - 3,15	6,76 6,728 - 6,793	3,849 3,764 - 3,936
<i>Região geográfica (IC 95%; p=0,000)</i>				
Norte	7,46 7,41 - 7,49	7,91 7,80 - 8,01	7,916 7,883 - 7,95	8,415 8,302 - 8,529
Nordeste	26,52 26,46 - 26,57	32,39 32,22 - 32,57	26,1 26,05 - 26,15	31,62 31,43 - 31,81
Sudeste	43,83 43,77 - 43,89	39,33 39,14 - 39,52	43,54 43,47 - 43,6	38,71 38,51 - 38,92
Centro-Oeste	7,517 7,483 - 7,551	6,936 6,835 - 7,038	7,664 7,631 - 7,698	6,825 6,718 - 6,935
Sul	14,67 14,63 - 14,71	13,43 13,31 - 13,55	14,78 14,75 - 14,82	14,43 14,3 - 14,56
Número total de pessoas	5800000 93,63% das mulheres	410000 6,37% das mulheres	5700000 94,42% dos homens	350000 5,58% dos homens
Percentual	51,15% da população total		48,85% da população total	

Fonte: IBGE – Dados do Censo 2010, trabalhados pelas autoras.

População de trabalhadores entre 18 e 60 anos.

* Todos os valores em porcentagens, exceto quando há outra especificação.

Ao detalhar a população em estudo por tipo de deficiência, observamos a partir da Tabela abaixo, que no geral as pessoas com deficiência tendem a apresentar as maiores médias de idade, principalmente as mulheres e homens com deficiência múltipla e deficiência física. Por outro lado, as mulheres e homens com deficiência cognitiva apresentaram as menores médias de idade, sendo os mais próximos da média apresentada pelas pessoas sem deficiência. Esses achados vão ao encontro dos resultados encontrados por Maroto e Pertinichio (2014) em relação à população estadunidense com 21 a 61 anos de idade, dados do *American Community Survey* de 2011.

Em relação à cor/raça, notamos que as pessoas sem deficiência são as mais representadas entre os brancos. As mulheres com deficiência física, visual e múltipla são em grande parte negras, bem como os homens com deficiência física, cognitiva e múltipla.

A respeito da escolaridade, dentre as deficiências, notamos peculiaridades. Há uma grande concentração de mulheres e homens com deficiência cognitiva ou múltipla na categoria referente a não ter qualquer instrução ou somente o fundamental incompleto, variando entre 75% e 80% entre os grupos. Essas parcelas são o dobro daquelas encontradas em relação às mulheres e homens sem deficiência. Contudo, é importante salientar as diferenças entre as médias salariais por credencial educacional, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

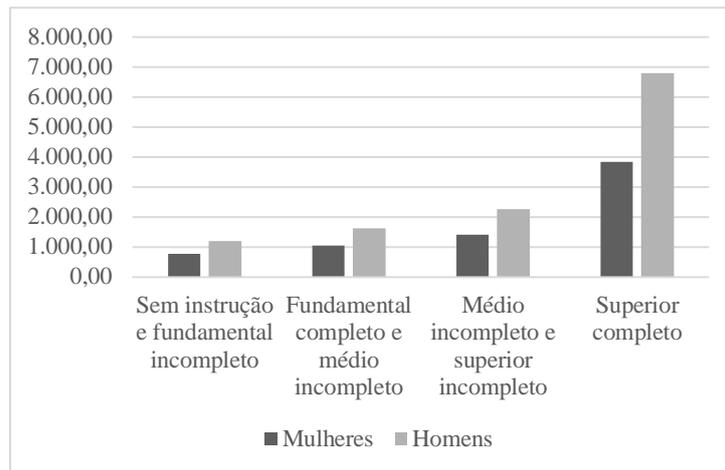


Gráfico 1: Média salarial por nível de escolaridade e sexo

Fonte: Censo de 2010. Dados trabalhados pelas autoras.

Por outro lado, as mulheres e homens com alguma deficiência sensorial apresentaram as menores porções entre aqueles que não possuem instrução e as maiores nos níveis educacionais superiores, ainda que essas proporções sejam entre 55% e 60% para as mulheres e homens sem instrução, respectivamente; e as frações com o ensino superior completo sejam a metade das encontradas entre os que não possuem deficiência. Quanto a ter o ensino fundamental e médio completo, foram também as pessoas com deficiências sensoriais que mais se aproximaram das proporções verificadas em relação aos indivíduos sem deficiência.

As pessoas com deficiência física, mulheres e homens, apresentam-se em uma posição intermediária. Não estão tão concentrados nas menores credenciais ocupacionais como os indivíduos com deficiência cognitiva ou múltipla, mas também não estão em uma posição mais próxima da verificada para as pessoas sem deficiência no ensino superior, como as pessoas com deficiência sensorial.

Quanto ao estado civil, notamos que 43% das mulheres com deficiência física e visual são casadas e outros 10% são divorciadas, proporções superiores àquelas sem deficiência e as demais com deficiência. Considerando os homens, as maiores proporções de casados foram verificadas entre aqueles com deficiência física, auditiva (45%) e visual (48%) e assim como para as mulheres, esses grupos também possuem as maiores frequências entre os divorciados. Por outro lado, verifica-se que mulheres e homens com deficiência cognitiva são majoritariamente solteiros: 70% e 81%, respectivamente.

Em relação à posição no domicílio, as mulheres com deficiência são mais frequentes na categoria responsável pelo domicílio que aquelas sem deficiência, principalmente aquelas com deficiência física (47%), múltipla (44%) e visual (42%). Essa condição também foi verificada para os homens com deficiência física (62%), visual (58%) e auditiva (53%). Grande parte das mulheres e homens com deficiência cognitiva são filhos, como 37% das mulheres e 49% dos homens.

A respeito da renda domiciliar *per capita*, notamos as menores parcelas de pessoas sem deficiência entre aqueles que tem essa renda correspondente até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, à época, inferior a R\$127 por pessoa. Essa verificação corrobora os achados de Hanass-Hancock e McKenzie (2017) ao estudarem a população de pessoas com e sem deficiência entre 15 e 59 anos, África do Sul, através dos dados do *General Household Survey*, de 2011.

Entre as mulheres com deficiência, notamos que aproximadamente $\frac{1}{5}$ daquelas com deficiência visual, cognitiva e múltipla estavam nesta faixa. Com os homens, o mesmo se deu em relação àqueles com deficiência visual e múltipla, todavia, os homens com deficiência cognitiva apresentaram a menor parcela nesta faixa, sendo os mais próximos da proporção de homens sem deficiência.

A respeito do recebimento do BPC, notamos que 32% das mulheres com deficiência visual estão entre aquelas com o recebem, seguidas pelas mulheres com deficiência física (22%) e múltipla (21%). Entre os homens, observamos as maiores proporções daqueles com deficiência cognitiva (31%), física (24%) e múltipla (19%). Em ambos, as menores parcelas de pessoas com a *proxy de BPC* foram aquelas com deficiência auditiva – apenas 5%.

Dessa forma, ao buscar um perfil das pessoas por sexo e com diferentes tipos de deficiência, notamos inicialmente as condições mais vulneráveis entre as pessoas com deficiência cognitiva e múltipla. Por um lado, os homens e mulheres com deficiência cognitiva são mais jovens, em grande parte filhos dos responsáveis pelos domicílios, negros (somente os homens), solteiros e majoritariamente não possuem qualquer instrução ou têm somente o ensino fundamental incompleto.

A maioria das mulheres e homens com deficiência múltipla também é solteira, negra, não tem qualquer instrução. Apresenta as maiores médias de idade, e, em grande parte, são

responsáveis pelo domicílio. Além disso, 20% dos indivíduos com deficiência múltipla apresentaram a *proxy de BPC*.

Proporções superiores dessa *proxy* foram encontradas entre as pessoas com deficiência física, que também conta com uma maioria negra e responsável pelo domicílio, com maiores médias de idade, mas diferente daquelas com deficiência múltipla, são casados. Em relação à escolaridade, as pessoas com deficiência física estão entre aquelas com deficiência cognitiva ou múltipla e aquelas com deficiência sensorial, as quais apresentaram melhores níveis educacionais, ainda que distantes do encontrado em relação às pessoas sem deficiência.

As pessoas com deficiência sensorial também são em maioria negras, mas a média de idade não é tão alta quanto aqueles com deficiência múltipla e física, e nem tão baixa quanto a média das pessoas com deficiência cognitiva. Homens e mulheres com deficiência visual e auditiva são em maioria responsáveis pelo domicílio e casados (com exceção das mulheres com deficiência auditiva). A maior diferença entre essas deficiências é em relação ao recebimento do BPC, uma vez que uma grande parcela das pessoas com deficiência visual apresentou a *proxy*, fato encontrado somente em 5% daquelas com deficiência auditiva.

As diferenças entre os tipos de deficiência também são evidenciadas ao considerar o mercado de trabalho, conforme podemos observar na Tabela 5. As pessoas com deficiência cognitiva e múltipla se mantêm nas piores condições, aquelas com deficiência física em um meio termo e os indivíduos com deficiência sensorial com os resultados mais próximos daqueles sem deficiência.

Ao considerar a força de trabalho, notamos no geral, as maiores parcelas de pessoas no mercado formal de trabalho, seguido pelo informal e em menor número, as pessoas que estão fora do mercado de trabalho. Esta última categoria apresenta maiores proporções entre as mulheres, especialmente entre aquelas com deficiência múltipla. As frações superiores destas deficiências também são encontradas para os homens nessa categoria e se repetem em relação ao mercado informal de trabalho. Mais de metade dos homens com deficiência múltipla e cognitiva trabalham informalmente e essa verificação se mostra de forma similar entre as mulheres com essas mesmas deficiências.

A maior presença das pessoas com deficiência quando comparadas às aquelas sem deficiência no mercado informal de trabalho também foi verificada por Mizunoya e Mitra

(2013) na maioria nos 15 países em desenvolvimento pesquisados por meio do *World Health Survey*, anos de 2002-03, incluindo o Brasil. Neste estudo, destacou-se o quanto o Brasil se diferenciou dos demais países ao apresentar as maiores proporções de homens com deficiência no mercado formal de trabalho, quando comparados às mulheres com deficiência, bem como o maior *gap* de empregabilidade por gênero entre as mulheres, assim como verificamos em relação aos nossos dados. Nos demais países pesquisados por Mizunoya e Mitra (2013), as mulheres com deficiência estão mais presentes no mercado formal de trabalho que os homens com deficiência, e é entre eles que há a maior diferença por deficiência neste mercado.

Outro ponto a ser comparado é que assim como em nossa pesquisa, as pessoas com deficiência múltipla tendem a se concentrar no mercado informal de trabalho em quase todos os países estudados por Mizunoya e Mitra (2013). Em relação ao Brasil, a proporção se manteve praticamente a mesma entre mulheres e homens com deficiência múltipla no mercado informal: 55%. Todavia, na pesquisa de Mizunoya e Mitra (2013) não foi verificada uma diferença desta porcentagem em relação àquela das pessoas com somente um tipo de deficiência. No presente estudo, é possível observar diferenças com mais de 10 pontos percentuais entre as proporções de pessoas com deficiência múltipla no mercado informal que as demais, principalmente ao considerar as parcelas relativas às pessoas com deficiência sensorial.

Tabela 6: Características individuais e domiciliares da população em estudo por tipo de deficiência e sexo

	Mulheres						Homens					
	Sem deficiência	Def. física	Def. auditiva	Def. visual	Def. cognitiva	Def. múltipla	Sem deficiência	Def. física	Def. auditiva	Def. visual	Def. cognitiva	Def. múltipla
<i>Cor</i>												
Negros e pardos	50,06 [50.01,50.12]	56,33 [55.88,56.78]	51,03 [50.34,51.73]	56,54 [56.27,56.8]	53,97 [53.47,54.47]	57,51 [57.03,58]	52,22 [52.16,52.28]	56,98 [56.49,57.48]	53,01 [52.4,53.62]	55,7 [55.38,56.02]	57,11 [56.68,57.54]	56,71 [56.16,57.26]
Branços	49,94 [49.88,49.99]	43,67 [43.22,44.12]	48,97 [48.27,49.66]	43,46 [43.2,43.73]	46,03 [45.53,46.53]	42,49 [42.42,97]	47,78 [47.72,47.84]	43,02 [42.52,43.51]	46,99 [46.38,47.6]	44,3 [43.98,44.62]	42,89 [42.46,43.32]	43,29 [42.74,43.84]
<i>Média de idade</i>	35,82 [35.81,35.84]	45,98 [45.82;46.13]	39,66 [39.42;39.98]	42,46 [42.38;42.55]	39,21 [38.95;39.47]	47,21 [47.03;47.39]	36,09 [36.08;36.11]	44,48 [44.32;44.64]	41,2 [41.03;41.37]	42,71 [42.62;42.80]	37,74 [37.54;37.94]	45,96 [45.76;46.16]
<i>Nível de escolaridade</i>												
Sem instrução e fundamental incompleto	35,84 [35.79,35.89]	66,44 [66.66,87]	55,51 [54.81,56.2]	56,42 [56.15,56.69]	75,84 [75.39,76.29]	77,58 [77.15,78.01]	41,59 [41.54,41.64]	67,54 [67.06,68.02]	61,13 [60.52,61.73]	59,38 [59.06,59.7]	78,9 [78.53,79.26]	79,01 [78.53,79.49]
Fundamental completo e médio incompleto	17,86 [17.82,17.9]	13,81 [13.49,14.13]	16,21 [15.7,16.74]	15,74 [15.54,15.94]	10,18 [9.877,10.49]	10,53 [10.22,10.85]	18,86 [18.82,18.9]	14,24 [13.88,14.6]	15,71 [15.26,16.16]	15,11 [14.88,15.35]	10,24 [9.978,10.51]	9,925 [9.585,10.28]
Médio completo e superior incompleto	33,58 [33.53,33.63]	15,23 [14.89,15.57]	21,47 [20.88,22.06]	21,06 [20.83,21.29]	11,07 [10.74,11.41]	9,421 [9.121,9.73]	30,36 [30.31,30.41]	14,84 [14.47,15.22]	18,6 [18.11,19.11]	19,75 [19.49,20.03]	9,348 [9.083,9.621]	8,893 [8.561,9.238]
Superior completo	12,72 [12.69,12.76]	4,529 [4.331,4.736]	6,816 [6.449,7.202]	6,779 [6.635,6.927]	2,905 [2.723,3.099]	2,465 [2.301,2.641]	9,191 [9.157,9.224]	3,384 [3.186,3.593]	4,562 [4.287,4.854]	5,753 [5.588,5.924]	1,512 [1.4,1.634]	2,169 [1.991,2.363]
<i>Proxy de BPC</i>		22,27 [21.96;22.57]	5,09 [4.93;5.25]	31,73 [31.73;32.07]	20,09 [19.8;20.38]	20,82 [20.52;21.12]		23,73 [23.4;24.06]	6,27 [6.08;6.46]	19,17 [18.87;19.48]	31,1 [30.74;31.47]	19,71 [19.41;20.03]
<i>Estado civil</i>												
Casado	41,22 [41.17,41.27]	43,05 [42.61,43.49]	38,48 [37.82,39.15]	43,67 [43.41,43.93]	20,03 [19.65,20.42]	34,91 [34.45,35.37]	39,64 [39.59,39.68]	44,76 [44.27,45.25]	44,99 [44.39,45.59]	48,32 [48.48,64]	14,37 [14.08,14.67]	35,45 [34.93,35.97]
Divorciado ou separado	6,396 [6.372,6.421]	10,24 [9.97,10.52]	7,627 [7.26,8.011]	9,009 [8.856,9.164]	6,235 [6.6,479]	9,425 [9.143,9.716]	4,687 [4.666,4.708]	8,218 [7.948,8.496]	5,601 [5.326,5.889]	6,426 [6.271,6.585]	3,538 [3.381,3.702]	6,457 [6.192,6.733]
Viúvo	3,346 [3.329,3.363]	10,28 [10.01,10.55]	5,558 [5.255,5.877]	7,7 [7.563,7.84]	4,07 [3.884,4.264]	10,34 [10.05,10.64]	0,7666 [.7583,.7751]	2,203 [2.064,2.352]	1,383 [1.253,1.527]	1,673 [1.595,1.755]	0,7353 [.6665,.811]	1,984 [1.843,2.136]

	Mulheres						Homens					
	Sem deficiência	Def. física	Def. auditiva	Def. visual	Def. cognitiva	Def. múltipla	Sem deficiência	Def. física	Def. auditiva	Def. visual	Def. cognitiva	Def. múltipla
Solteiro	49,04 [48.99,49.08]	36,43 [35.99,36.86]	48,33 [47.65,49.02]	39,62 [39.36,39.88]	69,66 [69.22,70.1]	45,32 [44.84,45.81]	54,91 [54.86,54.96]	44,82 [44.32,45.31]	48,03 [47.43,48.63]	43,58 [43.27,43.9]	81,35 [81.02,81.68]	56,11 [55.57,56.65]
<i>Renda até ¼ de salário mínimo</i>	16,04 [16,16,08]	16,29 [15,97,16.62]	18,01 [17,51,18.53]	19,38 [19,17,19.58]	18,2 [17,83,18.57]	19,23 [18,85,19.61]	14,16 [14,12,14,2]	17,08 [16,73,17,45]	16,22 [15,8,16,65]	19,13 [18,89,19,37]	15,52 [15,22,15,83]	18,02 [17,61,18,45]
<i>Posição no domicílio</i>												
Responsável	27,48 [27.44,27.52]	46,73 [46.28,47.18]	31,88 [31.24,32.53]	42,11 [41.85,42.37]	20,71 [20.31,21.11]	44,5 [44.02,44.98]	51,12 [51.07,51.17]	62,52 [62.03,63]	53,56 [52.96,54.17]	58,58 [58.27,58.9]	22,28 [21.93,22.63]	45,66 [45.12,46.2]
Cônjuge	43,84 [43.79,43.89]	37,41 [36.99,37.84]	38,58 [37.92,39.24]	40,37 [40.11,40.62]	20,44 [20.06,20.82]	28,39 [27.97,28.82]	13,1 [13.06,13.13]	13,10 [12.76,13.44]	16,07 [15.63,16.52]	18,530 [18.28,18.78]	5.555 [5.361,5.755]	13,99 [13.6,14.38]
Filho	19,24 [19.2,19.28]	8.129 [7.887,8.378]	19,03 [18.49,19.58]	10,71 [10.54,10.89]	37,31 [36.84,37.78]	15,45 [15.11,15.8]	24,65 [24.61,24.7]	15 [14.83,15.54]	20,34 [19.86,20.83]	15,16 [14.92,15.4]	49,43 [49.01,49.86]	26,01 [25.53,26.49]
Outros	9.436 [9.403,9.468]	7,73 [7.485,7.982]	10,51 [10.08,10.95]	6.816 [6.676,6.959]	21,54 [21.14,21.95]	11,66 [11.35,11.98]	11,13 [11.1,11.17]	9.201 [8.905,9.505]	10,03 [9.659,10.4]	7.732 [7.554,7.914]	22,73 [22.37,23.09]	14,34 [13.96,14.74]
<i>Renda per capita domiciliar em salários mínimos (IC 95%; p=0,000)</i>												
0	5,15 [5,124,5,175]	4,407 [4,218,4,603]	4,993 [4,691,5,313]	4,842 [4,726,4,962]	5,999 [5,764,6,243]	5,544 [5,31,5,787]	4,299 [4,275,4,324]	4,934 [4,721,5,156]	4,366 [4,121,4,624]	4,679 [4,545,4,818]	4,779 [4,595,4,971]	5,199 [4,952,5,458]
0,01 - 0,24	9,121 [9,092,9,149]	9,995 [9,743,10,25]	10,85 [10,46,11,25]	12,4 [12,24,12,57]	10,13 [9,85,10,41]	11,57 [11,28,11,87]	8,183 [8,154,8,212]	10,01 [9,737,10,29]	9,797 [9,474,10,13]	12,28 [12,09,12,48]	8,527 [8,301,8,758]	10,76 [10,43,11,09]
0,25 - 0,49	14,55 [14,51,14,58]	16,11 [15,79,16,44]	16,71 [16,22,17,21]	17,8 [17,6,18]	16,97 [16,61,17,33]	17,62 [17,26,17,99]	13,9 [13,87,13,94]	16,59 [16,24,16,96]	16,05 [15,62,16,48]	17,46 [17,23,17,7]	16,9 [16,58,17,22]	16,82 [16,42,17,22]
0,50 - 0,74	15,26 [15,22,15,3]	19,09 [18,75,19,44]	18,54 [18,02,19,07]	18,05 [17,84,18,25]	21,61 [21,21,22,01]	21,06 [20,67,21,45]	14,54 [14,5,14,58]	18,12 [17,75,18,51]	17,24 [16,79,17,69]	16,43 [16,19,16,67]	21,65 [21,3,22,01]	20,38 [19,94,20,82]
0,75 - 0,99	10,78 [10,75,10,82]	11,04 [10,76,11,32]	10,77 [10,35,11,21]	10,9 [10,73,11,07]	10,76 [10,45,11,06]	10,74 [10,44,11,05]	11,04 [11,01,11,08]	10,74 [10,43,11,06]	11,86 [11,47,12,27]	10,87 [10,67,11,08]	11,44 [11,16,11,72]	10,99 [10,64,11,35]
1 - 1,99	24,94 [24,89,24,99]	27,27 [26,87,27,68]	24,07 [23,48,24,67]	23,4 [23,17,23,64]	23,25 [22,83,23,68]	24,53 [24,11,24,96]	26,7 [26,64,26,75]	26,9 [26,46,27,35]	26,17 [25,64,26,72]	24,05 [23,77,24,33]	25,25 [24,87,25,63]	25,51 [25,02,26]
2 - 2,99	8,109 [8,076,8,143]	6,125 [5,902,6,356]	6,26 [5,913,6,626]	5,921 [5,786,6,06]	4,534 [4,311,4,769]	4,264 [4,059,4,48]	8,521 [8,486,8,556]	6,084 [5,836,6,342]	6,841 [6,522,7,174]	6,247 [6,081,6,417]	4,243 [4,059,4,435]	4,454 [4,213,4,708]
3 - 3,99	3,876 [3,852,3,901]	2,321 [2,181,2,471]	2,798 [2,553,3,065]	2,427 [2,336,2,521]	1,762 [1,62,1,917]	1,469 [1,345,1,603]	3,952 [3,927,3,978]	2,292 [2,136,2,459]	2,725 [2,52,2,946]	2,717 [2,603,2,836]	1,73 [1,611,1,858]	1,637 [1,487,1,802]
4 - 4,99	2,108 [2,09,2,127]	1,086 [,9879,1,194]	1,456 [1,283,1,652]	1,195 [1,13,1,263]	,9091 [,8107,1,019]	,7071 [,6179,,8089]	2,097 [2,079,2,116]	1,132 [1,021,1,255]	1,252 [1,113,1,408]	1,357 [1,276,1,444]	,9095 [,8197,1,009]	,8694 [,7588,,996]
5 ou mais	6,109	2,55	3,552	3,066	4,085	2,498	6,761	3,19	3,7	3,906	4,57	3,385

	Mulheres						Homens					
	Sem deficiência	Def. física	Def. auditiva	Def. visual	Def. cognitiva	Def. múltipla	Sem deficiência	Def. física	Def. auditiva	Def. visual	Def. cognitiva	Def. múltipla
	[6,078;6,141]	[2,397;2,712]	[3,275;3,851]	[2,96;3,175]	[3,873;4,309]	[2,332;2,676]	[6,728;6,793]	[3,003;3,388]	[3,454;3,963]	[3,765;4,052]	[4,381;4,767]	[3,175;3,608]
Total	93,63	1,054	0,4559	3,08	0,8794	,9041	94,42	0,8655	0,5996	2,171	1,215	0,7271
	[93,6;93,65]	[1,045;1,064]	[0,4496, 0,4622]	[3,064;3,097]	[0,8707;0,8882]	[0,8953;0,913]	[94,4;94,44]	[0,857;0,8742]	[0,5924;0,6069]	[2,157;2,185]	[1,204;1,225]	[0,7191;0,7352]
N	5,7e+06	6,7e+04	2,9e+04	1,9e+05	5,9e+04	5,8e+04	5,7e+06	5,6e+04	3,7e+04	1,4e+05	7,8e+04	4,6e+04

No mercado formal de trabalho, notamos as maiores proporções de homens e mulheres sem deficiência. A segunda maior parcela de mulheres no mercado formal foi encontrada entre aquelas com deficiência auditiva (46%), seguidas por aquelas com deficiência visual (40%). O mesmo ocorreu em relação aos homens, com proporções referentes a 51% e 45%, respectivamente. Por outro lado, observa-se as menores frações dos grupos de pessoas com deficiência cognitiva e múltipla. As mulheres com deficiência múltipla foram as menos representadas no mercado formal, seguidas por aquelas com deficiência cognitiva. Entre os homens, houve o oposto.

Essa mesma dinâmica entre essas duas deficiências por sexo foi verificada em relação à média salarial mensal, nas quais apresentaram os menores rendimentos. As mulheres e homens com deficiência sensorial apresentaram as melhores médias salariais entre as pessoas com deficiência. A discrepância entre as médias salariais entre as pessoas com deficiência cognitiva e múltipla onde temos no lado mais inferior da renda e as pessoas com deficiência sensorial e nas faixas superiores também foi verificada por e Pettinicchio (2014) e também pode ser observada em relação à renda relativa, abordada no gráfico seguinte através do percentual da renda por tipo de deficiência.

A verificação da maior concentração de pessoas com deficiência cognitiva e múltipla nos setores econômicos com menor renda salarial e sub-representação desses grupos naqueles com melhores rendimentos corrobora os achados de Maroto e Pettinicchio (2014). Nosso estudo também corrobora o estudo mais recente de Pettinicchio e Maroto (2017) sobre as diferenças por sexo e tipo de deficiência, de 2010 a 2015, entre os adultos em idade produtiva estadunidense. Assim como a presente pesquisa, verificaram a maior representação das mulheres e homens com deficiência sensorial com emprego e médias salariais, e que as mulheres com deficiência, especialmente aquelas com deficiência múltipla, tem as menores proporções entre os empregados no mercado formal e os mais baixos rendimentos.

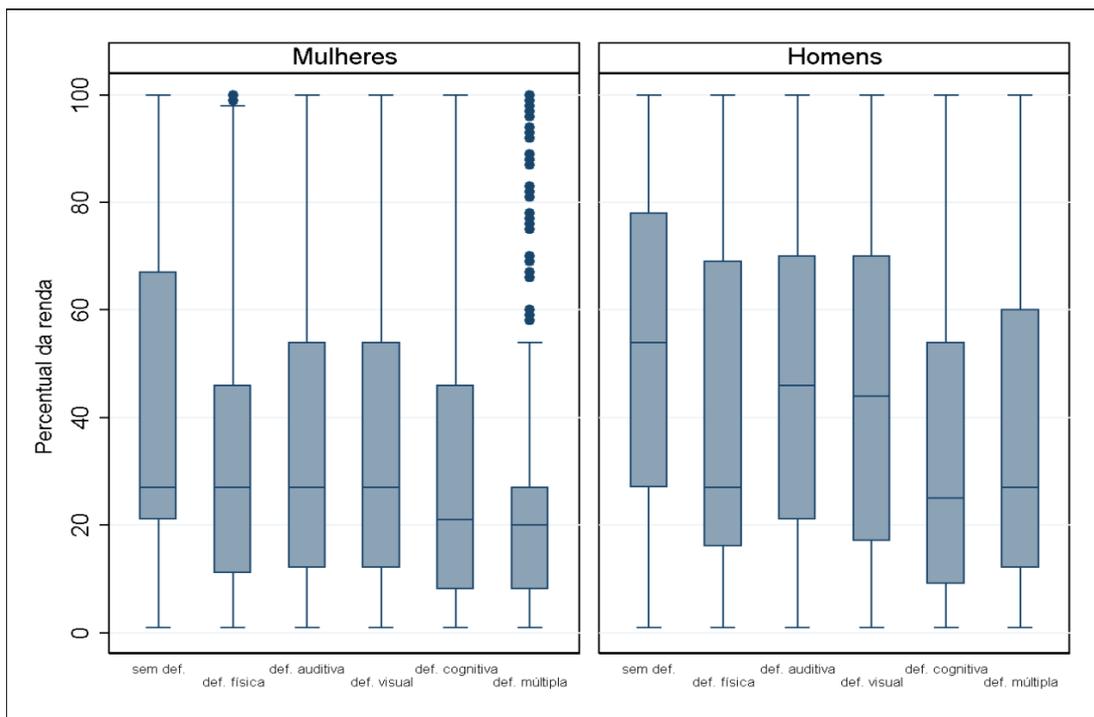


Gráfico 2: Percentual da renda por sexo e tipo de deficiência

Fonte: Censo de 2010. Dados trabalhados pelas autoras.

Em relação ao setor econômico, notamos que 25% das mulheres e 35% dos homens com deficiência cognitiva e múltipla estão na agricultura. Outras proporções consideráveis – entre 20 e 25% - foram encontradas no trabalho doméstico entre as mulheres com deficiência múltipla, física e cognitiva. Os homens com deficiência, especialmente aqueles com deficiência múltipla e cognitiva apresentaram parcelas superiores neste trabalho em relação aos demais. Os homens e mulheres com deficiência física também apresentaram grandes proporções nesses setores econômicos. Salientamos que esses setores apresentam as menores médias salariais, como podemos observar no próximo gráfico.

A maior proporção de homens com deficiência no trabalho doméstico vai ao encontro dos resultados de Woodhams *et al* (2015), as quais verificaram a maior quantidade de homens com deficiência em trabalhos de baixo status e feminizados. Segundo as autoras, isso ocorre devido às noções dominantes de masculinidade, as quais podem tornar a deficiência mais limitante para os homens que são menos capazes de desempenhar papéis masculinos no mercado de trabalho, segundo as normas hegemônicas e privilegiadas da masculinidade.

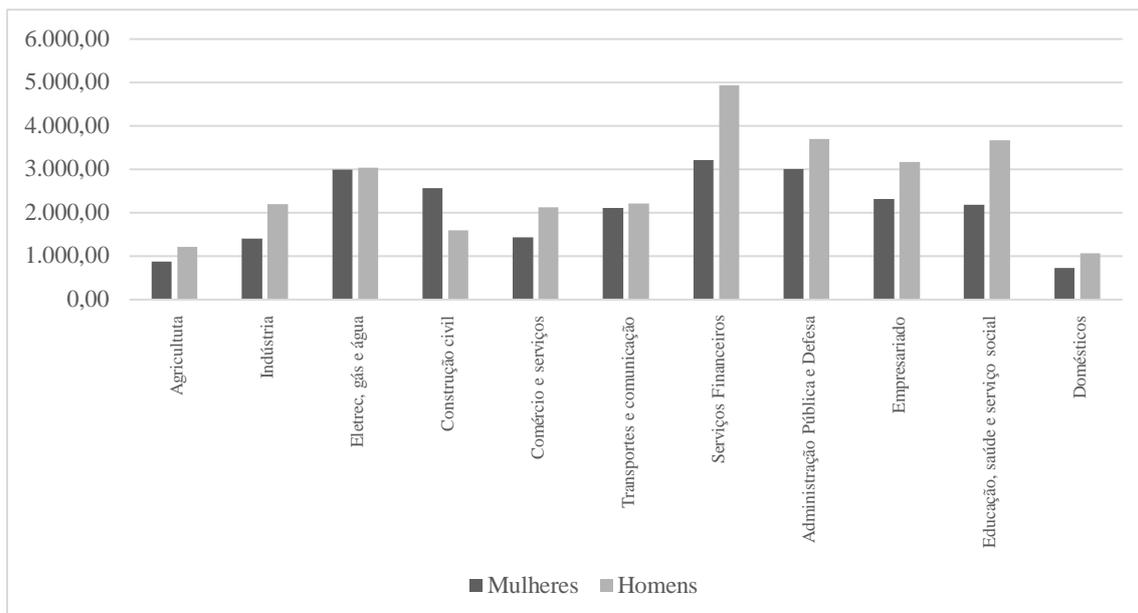


Gráfico 3: Média salarial por setor econômico

Fonte: Censo de 2010. Dados trabalhados pelas autoras.

Essa realidade do trabalho doméstico para as pessoas com deficiência corrobora a pesquisa de Almeida *et al* (2018). Além desses resultados, os autores verificaram este trabalho representa para as mulheres, especialmente para aquelas com deficiência, menores jornadas semanais, menores rendas salariais e maior gasto de tempo em deslocamento entre a casa e o trabalho. Comparando as chances de estar no trabalho doméstico, os autores verificaram que, ao contrário do encontrado em relação às pessoas sem deficiência, o aumento das credenciais educacionais não diminui de forma consistente essas probabilidades para aquelas com alguma deficiência.

No tocante às ocupações, notamos as melhores médias do status ocupacional entre as mulheres e homens sem deficiência. As mulheres com deficiência sensorial e os homens com deficiência visual e física apresentaram as maiores médias entre as pessoas com deficiência. As menores foram entre as mulheres com deficiência física e múltipla, e entre os homens com deficiência cognitiva e múltipla. Ao considerar os grandes grupos ocupacionais, notamos a menor presença das pessoas com estas deficiências entre os grupos com melhores rendimentos, como os referentes aos membros superiores do poder público, dirigentes de organizações, profissionais das ciências e das artes e técnicos de nível médio. Nestes grandes grupos, observamos, entre as pessoas com deficiência, a maior presença das mulheres com deficiência sensorial e dos homens com deficiência física e sensorial.

De outro lado, nos grandes grupos com menores rendimentos – trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca e os trabalhadores em serviços de reparação e manutenção – há uma grande concentração de pessoas com deficiência cognitiva e múltipla.

A presença de pessoas com deficiência sensorial entre as ocupações com melhores rendimentos e a concentração de pessoas com deficiência cognitiva múltipla naquelas com piores médias salariais também foi verificada por Maroto e Pertinichio (2014). Uma diferença encontrada é em relação às pessoas com deficiência física, que no estudo desses pesquisadores estavam concentradas no serviço administrativo. Em nossos dados, não verificamos essa concentração e vimos que elas tendem a se concentrar em setores similares às pessoas com deficiência cognitiva e múltipla.

No mercado de trabalho, na dinâmica entre gênero e deficiência, observamos que além das mulheres com deficiência se concentrarem em ocupações com os menores rendimentos, elas ainda recebem menos que as mulheres sem deficiência e os homens com e sem deficiência. Pernitticchio e Maroto (2017) apontam que as mulheres com deficiência são especialmente influenciadas pela “feminização das normas de trabalho”, as quais envolvem a associação de mulheres (especialmente imigrantes e negras) com empregos precários e que, de modo similar, as concebe enquanto trabalhadoras com essas características. Dessa forma, as mulheres com deficiência encontram grandes chances de serem segregadas ou colocadas em guetos nas ocupações com os piores rendimentos (MAROTO; PETTINICCHIO, 2014).

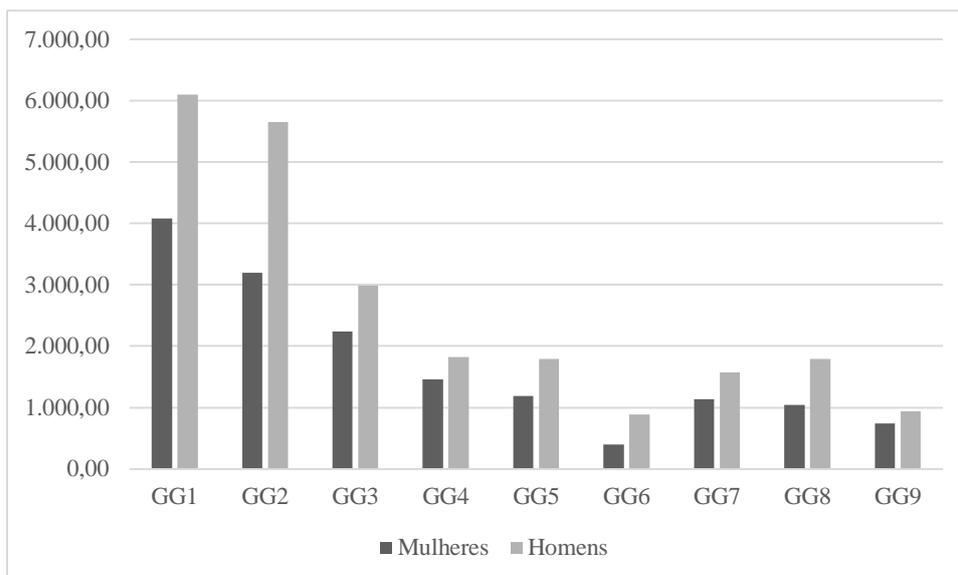


Gráfico 4: Média salarial por grande grupo ocupacional

Fonte: Censo de 2010. Dados trabalhados pelas autoras.

Descrição dos grandes grupos na Tabela 6. Famílias ocupacionais abarcadas em cada grande grupo disponíveis no Anexo 1.

No geral, em relação ao tempo de deslocamento entre a casa e o trabalho, as pessoas tendem a demorar de 06 minutos a uma hora. Todavia, as pessoas com deficiência tendem a apresentar maiores proporções que aquelas sem deficiência nas faixas referentes ao menor tempo de deslocamento (até 5 minutos) quanto nos superiores (entre meia hora e duas horas e mais de duas horas). Todavia, ressaltamos que as maiores parcelas nos tempos de deslocamento superiores foram verificadas entre as mulheres e homens com deficiência múltipla.

Segundo Hanass-Hancock e McKenzie (2017), o grupo de pessoas com deficiência é diverso e experiencia diferentes barreiras e custos, a depender do tipo e nível da deficiência e fatores contextuais. A análise da complexidade da deficiência em relação ao nível e tipo de deficiência mostra como os fatores econômicos levam a uma vulnerabilidade econômica e, termos de renda, educação e emprego. O estudo mostrou que as pessoas com deficiência têm menos anos de estudos e têm menos chance de estarem empregadas, quando comparadas àquelas sem deficiência. As pessoas com deficiência múltipla ou algum tipo de incapacidade são mais inclinadas a estarem fora da força de trabalho.

Dessa forma, na próxima seção abordaremos algumas características específicas segundo o tipo e o nível de deficiência, principalmente em relação às privações relacionadas com a pobreza. Posteriormente, serão apresentados os resultados dos modelos estatísticos.

Tabela 7: População de estudo - características laborais por sexo e tipo de deficiência*

	Mulheres						Homens					
	Sem deficiência	Def. física	Def. auditiva	Def. visual	Def. cognitiva	Def. múltipla	Sem deficiência	Def. física	Def. auditiva	Def. visual	Def. cognitiva	Def. múltipla
<i>Força de trabalho</i>												
Fora do mercado de trabalho	10,04 [10,10,08]	8,737 [8,325,9,167]	10,65 [10,05,11,28]	11,4 [11,17,11,64]	13,49 [12,72,14,29]	11,11 [10,55,11,69]	5,391 [5,365,5,418]	5,44 [5,119,5,779]	5,638 [5,314,5,979]	6,011 [5,834,6,193]	9,847 [9,347,10,37]	7,13 [6,678,7,609]
Mercado informal	37,84 [37,78,37,9]	51,21 [50,47,51,95]	43,38 [42,4,44,36]	48,42 [48,05,48,79]	48,89 [47,77,50,01]	55,47 [54,57,56,37]	39,92 [39,87,39,98]	50,95 [50,22,51,68]	43,35 [42,66,44,05]	48,64 [48,26,49,01]	52,19 [51,33,53,05]	53,7 [52,79,54,61]
Mercado formal	52,12 [52,05,52,18]	40,05 [39,32,40,78]	45,97 [44,98,46,97]	40,18 [39,81,40,55]	37,62 [36,52,38,74]	33,42 [32,57,34,29]	54,69 [54,63,54,74]	43,61 [42,88,44,34]	51,01 [50,3,51,72]	45,35 [44,98,45,73]	37,96 [37,12,38,81]	39,17 [38,27,40,07]
<i>Média da renda mensal**</i>	1567,05 [1562,13;1571,95]	1034,56 [1006,11;1063]	1312,07 [1113,84;1510,3]	1135,66 [1118,74;1152,57]	1003,87 [960,61;1047,13]	841,80 [811,51;872,11]	2128,61 [2121,73;2135,49]	1486,53 [1441,53;1531,53]	1648,61 [1593,96;1703,29]	1651,45 [1620,73;1682,17]	1165,61 [1116,09;1215,13]	1250,09 [1193;1307,09]
<i>Média de horas mensais trabalhadas</i>	150,7851 [150,70;150,87]	145,0202 [143,91;146,13]	145,6203 [144,29;146,95]	145,6203 [145,08;146,14]	134,864 [133,26;136,47]	140,0897 [138,69;141,49]	170,1968 [170,13;170,26]	166,3259 [165,28;167,36]	169,7642 [168,87;170,66]	169,2776 [168,78;169,77]	151,2656 [150,08;152,45]	160,4872 [159,18;161,79]
<i>Setor econômico</i>												
Agricultura	14,55 [14,5,14,59]	20,68 [20,13,21,25]	18,06 [17,33,18,8]	18,98 [18,71,19,25]	24,86 [23,94,25,8]	24,45 [23,74,25,18]	22,17 [22,12,22,21]	30,69 [30,06,31,33]	25,25 [24,67,25,83]	28,99 [28,67,29,31]	35,62 [34,83,36,42]	35,26 [34,44,36,09]
Indústria	10,92 [10,88,10,96]	10,67 [10,21,11,15]	13,12 [12,43,13,84]	10,24 [10,01,10,48]	10,46 [9,758,11,2]	9,713 [9,172,10,28]	16,32 [16,28,16,37]	13,23 [12,73,13,74]	18,7 [18,13,19,28]	13,4 [13,14,13,66]	12,98 [12,4,13,59]	13,17 [12,55,13,82]
Eletricidade,	0,194 [.1879,2004]	0,1355 [.0864,2125]	0,2067 [.1243,3436]	0,1176 [.0918,1507]	0,1129 [.0561,227]	0,1356 [.0775,2371]	0,7305 [.7208,7404]	0,4906 [.3968,6065]	0,740 [.6239,8763]	0,635 [.5762,6999]	0,566 [.4399,7275]	0,5571 [.4298,7219]
Construção	0,6763 [.6646,6882]	0,5482 [.4381,6858]	0,5692 [.4169,7768]	0,5908 [.5315,6566]	0,4724 [.3378,6603]	0,4544 [.3436,6008]	13,38 [13,34,13,42]	13,7 [13,19,14,23]	16,01 [15,48,16,56]	15,42 [15,14,15,7]	13,7 [13,1,14,33]	16,05 [15,38,16,75]
Comércio	22,61 [22,55,22,67]	20,61 [19,99,21,25]	19,88 [19,03,20,75]	20,07 [19,75,20,39]	18,68 [17,73,19,65]	19,24 [18,5,19,99]	18,65 [18,61,18,7]	17,15 [16,58,17,73]	15,23 [14,69,15,79]	16,68 [16,39,16,98]	15,61 [14,95,16,29]	14,82 [14,15,15,51]
Transporte	1,47 [1,453,1,488]	0,9668 [.8196,1,14]	1,333 [1,106,1,605]	1,132 [1,042,1,231]	1,132 [.8776,1,458]	0,691 [.5379,8873]	7,921 [7,888,7,953]	7,454 [7,05,7,88]	7,326 [6,93,7,743]	6,421 [6,226,6,623]	5,931 [5,505,6,387]	5,734 [5,297,6,204]
Ser. Financeiro	1,751 [1,731,1,77]	0,8341 [.69,1,008]	1,108 [.8987,1,365]	1,004 [.9212,1,095]	1,169 [.9148,1,494]	0,5117 [.3794,6898]	1,279 [1,264,1,293]	0,8589 [.7143,1,033]	0,8091 [.6711,9752]	0,8728 [.7951,958]	0,6555 [.5123,8383]	0,5678 [.43,7494]
Administração Pública	5,932 [5,901,5,964]	5,148 [4,828,5,488]	5,227 [4,794,5,696]	5,296 [5,133,5,464]	4,388 [3,915,4,915]	4,257 [3,916,4,627]	6,06 [6,032,6,088]	5,708 [5,375,6,06]	5,186 [4,873,5,519]	5,5 [5,328,5,677]	4,372 [4,021,4,752]	4,569 [4,205,4,964]
Empresariado	7,429 [7,391,7,468]	4,33 [4,006,4,679]	5,675 [5,169,6,227]	5,695 [5,5,5,897]	5,459 [4,883,6,099]	4,325 [3,927,4,761]	8,045 [8,01,8,08]	6,064 [5,68,6,471]	6,003 [5,63,6,399]	7,016 [6,803,7,236]	6,05 [5,598,6,535]	5,052 [4,625,5,516]
Educação	18,75 [18,7,18,8]	14,03 [13,51,14,57]	15,39 [14,64,16,17]	15,65 [15,37,15,93]	13,14 [12,35,13,98]	12,14 [11,54,12,75]	4,562 [4,537,4,587]	3,628 [3,353,3,924]	3,557 [3,28,3,857]	3,966 [3,813,4,125]	2,916 [2,618,3,246]	2,736 [2,437,3,072]
Domésticos	15,72 [15,67,15,77]	22,04 [21,4,22,69]	19,44 [18,62,20,29]	21,23 [20,91,21,55]	20,14 [19,21,21,09]	24,09 [23,29,24,91]	0,8805 [.8698,8914]	1,023 [.8833,1,185]	1,191 [1,044,1,358]	1,097 [1,021,1,178]	1,594 [1,387,1,832]	1,477 [1,267,1,722]

	Mulheres						Homens					
	Sem deficiência	Def. física	Def. auditiva	Def. visual	Def. cognitiva	Def. múltipla	Sem deficiência	Def. física	Def. auditiva	Def. visual	Def. cognitiva	Def. múltipla
<i>Média do status ocupacional</i>	38,80 [38,77;38,82]	31,81 [31,58;32,05]	34,01 [33,65;34,36]	33,67 [33,53;33,80]	32,24 [31,84;32,63]	29,62 [29,34;29,89]	36,1 [36,08;36,12]	32,55 [32,34;32,76]	32,48 [32,27;32,68]	33,37 [33,25;33,48]	30,27 [30,03;30,5]	30,45 [30,22;30,7]
<i>Grande grupo ocupacional</i>												
1 - Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações	3,95 [3,922,3,978]	2,372 [2,141,2,627]	2,712 [2,37,3,103]	2,627 [2,5,2,76]	2,116 [1,769,2,529]	1,916 [1,667,2,202]	4,777 [4,75,4,803]	3,521 [3,241,3,824]	2,947 [2,696,3,22]	3,709 [3,557,3,867]	1,985 [1,738,2,266]	2,311 [2,048,2,606]
2 - Profissionais das ciências e das artes	15,78 [15,72,15,83]	8,628 [8,194,9,082]	10,790 [10,12,11,49]	11,030 [10,78,11,29]	9,457 [8,751,10,21]	6,535 [6,074,7,028]	7,845 [7,81,7,88]	4,622 [4,291,4,977]	4,456 [4,133,4,804]	5,719 [5,526,5,919]	3,694 [3,345,4,078]	3,643 [3,273,4,052]
3 - Técnicos de nível médio	6,703 [6,668,6,738]	4,035 [3,733,4,361]	4,773 [4,32,5,27]	5,115 [4,936,5,3]	4,219 [3,732,4,767]	2,971 [2,658,3,319]	7,906 [7,873,7,94]	5,415 [5,056,5,797]	5,872 [5,512,6,255]	6,382 [6,182,6,589]	3,928 [3,569,4,321]	4,141 [3,763,4,554]
4 - Trabalhadores de serviços administrativos	11,84 [11,79,11,89]	5,871 [5,495,6,271]	8,406 [7,804,9,05]	7,778 [7,557,8,005]	7,109 [6,469,7,806]	4,406 [3,999,4,852]	5,058 [5,03,5,085]	3,846 [3,546,4,171]	4,26 [3,939,4,607]	4,065 [3,904,4,233]	3,473 [3,132,3,849]	2,702 [2,392,3,05]
5 - Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	23,1 [23,04,23,16]	23,53 [22,87,24,2]	21,02 [20,16,21,91]	21,55 [21,22,21,88]	20,1 [19,15,21,09]	22,15 [21,37,22,94]	14,6 [14,55,14,64]	14,38 [13,85,14,93]	11,47 [10,99,11,98]	13,93 [13,66,14,21]	12,68 [12,05,13,33]	12,5 [11,88,13,16]
6 - Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	5,546 [5,52,5,573]	10,72 [10,34,11,12]	8,327 [7,867,8,811]	9,588 [9,401,9,779]	13,82 [13,13,14,53]	13,8 [13,26,14,35]	9,446 [9,415,9,478]	15,68 [15,22,16,15]	11,6 [11,2,12]	14,23 [14,14,46]	18,59 [17,99,19,21]	18,85 [18,23,19,49]
7 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2,901 [2,879,2,923]	3,637 [3,362,3,935]	3,511 [3,144,3,919]	3,068 [2,937,3,205]	2,927 [2,559,3,346]	3,188 [2,882,3,525]	19,84 [19,79,19,89]	21,2 [20,59,21,83]	23,86 [23,23,24,5]	21,3 [20,98,21,62]	16,09 [15,43,16,76]	22,15 [21,38,22,95]
8 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	4,745 [4,716,4,773]	5,829 [5,474,6,204]	6,303 [5,811,6,834]	5,313 [5,137,5,494]	4,482 [4,012,5,004]	4,922 [4,525,5,351]	12,45 [12,41,12,49]	10,87 [10,41,11,35]	12,22 [11,74,12,72]	9,363 [9,141,9,59]	7,674 [7,208,8,167]	8,363 [7,855,8,901]

	Mulheres						Homens					
	Sem deficiência	Def. física	Def. auditiva	Def. visual	Def. cognitiva	Def. múltipla	Sem deficiência	Def. física	Def. auditiva	Def. visual	Def. cognitiva	Def. múltipla
9 - Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	25,44	35,37	34,16	33,93	35,77	40,12	18,08	20,47	23,31	21,3	31,89	25,34
	[25,38,25,5]	[34,65,36,1]	[33,18,35,16]	[33,57,34,3]	[34,66,36,9]	[39,22,41,02]	[18,04,18,12]	[19,89,21,05]	[22,72,23,92]	[21,21,6]	[31,1,32,7]	[24,58,26,11]
<i>Tempo de deslocamento de casa até o trabalho</i>												
Até 5m	13,41	14,01	13,13	14,3	14,04	13,86	11,89	13,37	11,03	11,96	12,93	11,63
	[13,36,13,46]	[13,42,14,63]	[12,39,13,9]	[14,14,6]	[13,1,15,03]	[13,13,14,63]	[11,85,11,94]	[12,81,13,94]	[10,55,11,52]	[11,7,12,22]	[12,27,13,62]	[10,99,12,31]
De 06m até meia hora	52,77	49,15	49,98	49,6	48,75	46,35	51,86	49,01	49,78	49,69	49,9	48,19
	[52,69,52,85]	[48,21,50,1]	[48,75,51,21]	[49,13,50,06]	[47,25,50,25]	[45,2,47,51]	[51,79,51,93]	[48,13,49,89]	[48,94,50,62]	[49,25,50,14]	[48,85,50,96]	[47,1,49,28]
De meia hora até uma hora	22,73	22,59	23,76	22,43	23,74	23,27	24,36	23,4	24,9	24,1	24,42	24,79
	[22,66,22,81]	[21,78,23,42]	[22,69,24,86]	[22,02,22,83]	[22,44,25,09]	[22,28,24,29]	[24,3,24,42]	[22,64,24,18]	[24,16,25,66]	[23,71,24,49]	[23,49,25,38]	[23,83,25,77]
Entre meia hora até duas horas	9,567	11,72	10,72	11,16	11,46	12,95	9,944	11,24	11,87	11,5	10,46	11,87
	[9,515,9,619]	[11,07,12,4]	[9,913,11,59]	[10,84,11,48]	[10,47,12,53]	[12,13,13,82]	[9,9,9,989]	[10,65,11,85]	[11,29,12,48]	[11,19,11,81]	[9,778,11,18]	[11,14,12,65]
Mais de duas horas	1,521	2,53	2,411	2,521	2,014	3,566	1,948	2,987	2,419	2,752	2,286	3,517
	[1,5,1,543]	[2,225,2,875]	[2,021,2,874]	[2,361,2,691]	[1,56,2,596]	[3,12,4,073]	[1,927,1,968]	[2,684,3,322]	[2,154,2,716]	[2,6,2,913]	[1,965,2,657]	[3,112,3,973]
Total por sexo	93,63	1,054	0,4559	3,08	,8794	,9041	94,42	0,8655	0,5996	2,171	1,215	0,7271
	[93,6;93,65]	[1,045;1,064]	[0,4496, 0,4622]	[3,064;3,097]	[0,8707;0,8882]	[0,8953;0,913]	[94,4;94,44]	[0,857;0,8742]	[0,5924;0,6069]	[2,157;2,185]	[1,204;1,225]	[0,7191;0,7352]
N	5.7e+06	6.7e+04	2.9e+04	1.9e+05	5.9e+04	5.8e+04	5.7e+06	5.6e+04	3.7e+04	1.4e+05	7.8e+04	4.6e+04

Fonte: IBGE – Dados do Censo 2010, trabalhados pelos autores.

População entre 18 e 60 anos.

* Todos os valores em porcentagens, exceto quando há outra especificação. Intervalos de confiança – 95%.

**Valores deflacionados e referentes a julho de 2017.

4. Pobreza e deficiência no Brasil

Antes de começar as análises dos modelos em relação às chances de estar em condição de pobreza, faz-se necessário considerar algumas características específicas por sexo e tipo de dificuldade ou incapacidade. Com base nas tabelas apresentadas a seguir, observamos as maiores médias de idade entre as pessoas com qualquer tipo de deficiência. Essas médias se mostram maiores entre aquelas com algum tipo de dificuldade permanente, especialmente entre mulheres e homens com dificuldade múltipla, física e visual, o que corrobora os achados anteriores, referente ao predomínio de pessoas com deficiência com idades superiores, tanto nacionais quanto internacionais (ABELLAN; RODRÍGUES-LASO; PUJOL; BARRIOS, 2015; CASTRO; CÉSAR; CARANDINA; BARROS *et al.*, 2008; KLIJS; NUSSELDER; LOOMAN; MACKENBACH, 2014; ZITKO MELO; CABIESES VALDES, 2011).

As mulheres e homens com dificuldade permanente múltipla, física e visual também apresentaram as maiores proporções de pretos e pardos. E aquelas com alguma incapacidade, proporções maiores de brancos, notadamente as mulheres e homens com incapacidade múltipla, que essas proporções superiores às mulheres e homens sem deficiência.

Em relação a renda do domicílio e o BPC, notamos que as mulheres com dificuldade visual permanente apresentam as maiores proporções entre as famílias com renda familiar inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo per capita, mesmo com o recebimento deste benefício (47%). As mulheres com dificuldade visual foram seguidas por aquelas com deficiência cognitiva, onde verificamos essa mesma situação em 29% delas. Entre os homens encontramos essas mesmas deficiências, com a diferença de que no caso deles a deficiência cognitiva apresenta a maior parcela entre aquelas com a renda de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, contando com o BPC – 45% - e aqueles com dificuldade visual permanente com 25%.

Considerando os tipos de incapacidade, entre as mulheres notamos aquelas com incapacidade física (39%) e visual (32%) entre os beneficiários do BPC com renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo e entre os homens, proporções de 12% entre aqueles com alguma incapacidade sensorial ou múltipla. Dessa forma, em relação à renda domiciliar per capita, notamos que esses grupos são os mais pobres entre os mais pobres, uma vez que mesmo com o recebimento do BPC essas pessoas continuam no menor intervalo da renda per capita, correspondente a $\frac{1}{4}$ de

salário mínimo. Por outro lado, esses dados confirmam o bom ajuste da política, uma vez que tem atendido em grande parte esses grupos de grande vulnerabilidade, conforme verificado anteriormente (MEDEIROS; NETO; BARROS, 2010), apesar das diferenças entre os conceitos de família considerados para concessão do benefício e o abordado pelo Censo (MEDEIROS; BARROS; NETO, 2010).

Em relação as demais condições relacionadas à pobreza multidimensional, notamos que as mulheres e homens com deficiência cognitiva são os mais sobre representados entre as categorias consideradas. Cerca de 80% não possuem qualquer instrução e as maiores proporções entre aqueles que não contam com saneamento, energia elétrica e água tratada no domicílio, bem como em relação à mortalidade infantil. Nesse sentido, 50% dos homens e mulheres com deficiência cognitiva encontram-se em condição de pobreza multidimensional, que além das categorias anteriores, considerou o acesso a outros serviços (como coleta de lixo), disposição de acomodações e bens materiais (como geladeira, televisão, máquina de lavar roupa).

A deficiência cognitiva foi seguida pela dificuldade múltipla entre as mulheres e homens com alguma dificuldade como mais representada nesses critérios de estudo da pobreza. E entre as pessoas com alguma incapacidade, notamos que aquelas com alguma incapacidade física destacam-se entre as pessoas sem qualquer instrução (70%), sem acesso ao saneamento e maior mortalidade infantil no domicílio. 40% das mulheres com esta incapacidade estão em condição de pobreza multidimensional, assim como 35% dos seus pares homens. Além dessas deficiências, notamos que todos os demais grupos de dificuldade e incapacidade estão em condições de pobreza em proporções consideravelmente superiores às mulheres e aos homens sem deficiência, confirmando o apontado em estudos internacionais anteriores (GROCE; BAILEY; LANG; TRANI *et al.*, 2011; HANASS-HANCOCK; NENE; DEGHAJE; PILLAY, 2017; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; TRANI; BAKHSHI; BROWN; LOPEZ *et al.*, 2018; TRANI; LOEB, 2012).

Em relação às regiões do país, notamos a maior presença das pessoas com dificuldade e incapacidade na região Sudeste e Nordeste. Todavia, aqueles com alguma dificuldade permanente tendem a se concentrar mais nessa segunda região que aqueles com alguma incapacidade.

Tabela 8: Características da população por dificuldade permanente e incapacidade - mulheres

	Mulheres									
	Tipo de dificuldade permanente						Tipo de incapacidade			
	Sem deficiência	Dif. física	Dif. auditiva	Dif. visual	Def. cognitiva	Dif. múltipla	Inc. física	Inc. auditiva	Inc. visual	Inc. múltipla
<i>Média de idade (em anos)</i>	35.77	45.5	41.68	44.43	39.23	46.56	40.54	36.50	39.38	35.56
<i>Negros (pretos e pardos)</i>	49.99	53.47	51.89	57.82	53.28	59.09	46.49	49.17	45.64	38.26
	[49.93,50.04]	[52.78,54.17]	[51.13,52.66]	[57.56,58.07]	[52.84,53.72]	[58.72,59.46]	[45.3,47.68]	[47.86,50.49]	[44.49,46.8]	[35.69,40.89]
<i>Renda domiciliar per capita até ¼ de salário mínimo</i>	13.79	13.3	15.63	17.06	15.04	16.08	9.262	13.93	13.16	13.49
	[13.75,13.82]	[12.85,13.76]	[15.11,16.17]	[16.88,17.25]	[14.74,15.35]	[15.82,16.35]	[8.602,9.967]	[13.07,14.84]	[12.43,13.93]	[11.6,15.64]
<i>Proxy_BPC</i>		9.453	4.36	40.48	29.72	15.98	48.31	21.19	26.06	4.442
		[9.235,9.676]	[4.209,4.516]	[40.11,40.85]	[29.38,30.07]	[15.7,16.26]	[47.13,49.49]	[20.26,22.15]	[25.01,27.14]	[3.942,5.002]
<i>Renda domiciliar até 1/4 de salário-mínimo e beneficiário do BPC</i>		7.838	3.623	46.76	28.81	12.97	39.19	24.24	31.82	4.747
		[6.768,9.06]	[2.942,4.455]	[44.64,48.88]	[26.94,30.75]	[11.55,14.54]	[33.05,45.7]	[19.25,30.05]	[25.83,38.47]	[2.498,8.838]
<i>Sem instrução</i>	35.46	62.58	55.69	59.45	77.47	64.05	67.76	61.28	46.2	42.51
	[35.41,35.5]	[61.9,63.26]	[54.92,56.45]	[59.19,59.7]	[77.08,77.85]	[63.69,64.42]	[66.61,68.88]	[59.98,62.57]	[45.07,47.32]	[39.94,45.13]
<i>Sem saneamento, eletricidade e água</i>	.9749	.9202	1.204	1.15	3.094	1.24	2.893	1.447	1.062	1.638
	[.9652,.9847]	[.8099,1.045]	[1.074,1.35]	[1.103,1.199]	[2.955,3.24]	[1.171,1.314]	[2.54,3.293]	[1.209,1.731]	[.8768,1.285]	[1.117,2.396]
<i>Mortalidade infantil</i>	.1937	.2504	.2637	.229	.3098	.2743	.3048	.5206	.3465	.2186
	[.1886,.199]	[.1915,.3272]	[.2001,.3474]	[.2069,.2534]	[.2679,.3582]	[.2404,.3129]	[.2977,.3121]	[.3288,.8233]	[.1862,.6439]	[.1158,.4122]
<i>Indicador de pobreza multidimensional - IPM</i>	9.114	20.35	19.45	19.92	48.1	22.62	38.1	30.81	15.03	17.17
	[9.087,9.141]	[19.83,20.88]	[18.91,20.01]	[19.74,20.11]	[47.66,48.53]	[22.34,22.92]	[36.99,39.23]	[29.69,31.95]	[14.32,15.77]	[15.5,18.98]
<i>Região</i>										
Sudeste	43.9	42.35	41.09	37.09	40.2	37.37	47.16	45.81	54.28	53.4
	[43.84,43.96]	[41.67,43.05]	[40.33,41.85]	[36.83,37.35]	[39.76,40.64]	[37.37,74]	[45.97,48.36]	[44.49,47.14]	[53.12,55.43]	[50.66,56.13]
Norte	7.453	5.72	6.14	9.196	6.615	8.131	6.108	6.595	5.546	4.85
	[7.42,7.485]	[5.4,6.057]	[5.789,6.511]	[9.047,9.348]	[6.404,6.833]	[7.927,8.341]	[5.561,6.705]	[5.997,7.248]	[5.048,6.089]	[3.798,6.174]
Nordeste	26.42	28.57	31.12	34.19	31.82	35.4	25.03	26.92	20.03	17.69
	[26.37,26.48]	[27.95,29.19]	[30.43,31.82]	[33.95,34.44]	[31.42,32.23]	[35.05,35.75]	[24.04,26.06]	[25.81,28.06]	[19.15,20.93]	[15.74,19.83]
Centro-Oeste	7.519	6.407	6.794	7.251	6.62	6.776	7.022	7.428	6.072	7.632

Mulheres										
	Tipo de dificuldade permanente						Tipo de incapacidade			
	Sem deficiência	Dif. física	Dif. auditiva	Dif. visual	Def. cognitiva	Dif. múltipla	Inc. física	Inc. auditiva	Inc. visual	Inc. múltipla
	[7.485,7.552]	[6.054,6.78]	[6.403,7.207]	[7.111,7.394]	[6.396,6.851]	[6.582,6.976]	[6.419,7.679]	[6.702,8.227]	[5.516,6.679]	[6.229,9.321]
Sul	14.7	16.95	14.85	12.27	14.74	12.32	14.68	13.24	14.07	16.43
	[14.67,14.74]	[16.48,17.44]	[14.36,15.36]	[12.12,12.42]	[14.45,15.03]	[12.1,12.55]	[13.91,15.48]	[12.46,14.07]	[13.35,14.83]	[14.68,18.34]
Total por sexo	93.14	.4349	.3659	3.341	1.139	1.578	.1693	.1449	.2089	.0448
	[93.12,93.17]	[.4289,.4409]	[.3603,.3715]	[3.324,3.358]	[1.129,1.149]	[1.567,1.59]	[.1653,.1734]	[.1412,.1488]	[.204,.2138]	[.0424,.0473]

Fonte: IBGE – Dados do Censo 2010, trabalhados pelos autores.

População entre 18 e 60 anos.

* Todos os valores em porcentagens, exceto quando há outra especificação. Intervalos de confiança – 95%.

**Valores deflacionados e referentes a julho de 2017.

Tabela 9: Características da população por dificuldade permanente e incapacidade - homens

Homens										
	Tipo de dificuldade permanente						Tipo de incapacidade			
	Sem deficiência	Dif. física	Dif. auditiva	Dif. visual	Def. cognitiva	Dif. múltipla	Inc. física	Inc. auditiva	Inc. visual	Inc. múltipla
<i>Média de idade (em anos)</i>	35.45	43.24	42.42	43.78	37.27	47.31	39.31	36.21	38.82	35.92
<i>Negros (pretos e pardos)</i>	52.19	57.17	53.64	56.83	56.53	56.44	49.74	52.01	47.54	41.15
	[52.13,52.25]	[56.47,57.87]	[52.98,54.3]	[56.52,57.14]	[56.14,56.91]	[56.04,56.84]	[48.68,50.8]	[50.74,53.27]	[46.34,48.73]	[38.53,43.83]
<i>Renda domiciliar per capita até ¼ de salário mínimo</i>	12.04	14.89	14.3	17	12.65	14.67	14.67	8.527	11.97	11.89
	[12.01,12.08]	[14.42,15.38]	[13.87,14.74]	[16.78,17.22]	[12.39,12.9]	[14.41,14.94]	[14.41,14.94]	[7.964,9.126]	[11.19,12.8]	[11.16,12.66]
<i>Proxy_BPC</i>		11.97	5.751	24.56	44.69	13.02	56.63	17.4	21.77	4.197
		[11.71,12.23]	[5.563,5.945]	[24.21,24.91]	[44.29,45.1]	[12.75,13.3]	[55.57,57.68]	[16.63,18.21]	[20.89,22.68]	[3.763,4.678]
<i>Renda domiciliar até 1/4 de salário-mínimo e beneficiário do BPC</i>		14.33	4.078	24.44	44.64	12.52	55.49	16.17	24.37	3.97
		[12.83,15.96]	[3.294,5.038]	[22.55,26.44]	[42.38,46.92]	[11.1,14.09]	[49.84,61]	[12.43-20.77]	[19.97-29.39]	[2.184-7.11]
<i>Sem instrução</i>	41.18	65.34	61.54	62.13	79.95	65.81	67.7	64.31	50.03	48.05
	[41.13,41.23]	[64.65,66.03]	[60.89,62.19]	[61.82,62.44]	[79.62,80.27]	[65.42,66.2]	[66.67,68.71]	[63.07,65.53]	[48.86,51.19]	[45.44,50.67]

Homens										
	Tipo de dificuldade permanente						Tipo de incapacidade			
	Sem deficiência	Dif. física	Dif. auditiva	Dif. visual	Def. cognitiva	Dif. múltipla	Inc. física	Inc. auditiva	Inc. visual	Inc. múltipla
<i>Sem saneamento, eletricidade e água</i>	1.881 [1.866,1.896]	2.014 [1.842,2.202]	1.854 [1.701,2.02]	2.112 [2.035,2.193]	3.867 [3.727,4.013]	2.353 [2.249,2.462]	3.121 [2.785,3.496]	1.416 [1.191,1.684]	1.44 [1.2,1.728]	1.521 [1.052,2.193]
<i>Mortalidade infantil</i>	.1616 [.1571,.1663]	.1865 [.1374,.2531]	.2293 [.1761,.2986]	.2056 [.1807,.2341]	.1666 [.1398,.1986]	.1733 [.1456,.2062]	.3686 [.2544,.5337]	.1794 [.1061,.3032]	.1916 [.1173,.3127]	.038 [.0053,.2693]
<i>Indicador de pobreza multidimensional - IPM</i>	11.92 [11.88,11.95]	23.81 [23.26,24.38]	21.48 [20.99,21.98]	23.37 [23.13,23.62]	50.38 [49.99,50.77]	23.78 [23.46,24.09]	35.41 [34.43,36.4]	32.3 [31.2,33.42]	19 [18.17,19.86]	20.65 [18.77,22.67]
<i>Região</i>										
Sudeste	43.58 [43.52,43.64]	39.82 [39.12,40.52]	40.22 [39.56,40.87]	35.59 [35.28,35.9]	40.34 [39.95,40.73]	37.59 [37.2,37.99]	45.7 [44.64,46.76]	43.88 [42.62,45.15]	50.56 [49.36,51.75]	52.49 [49.74,55.22]
Norte	7.891 [7.858,7.925]	7.185 [6.828,7.559]	7.569 [7.226,7.926]	10.37 [10.18,10.56]	6.555 [6.366,6.75]	9.833 [9.596,10.08]	6.055 [5.581,6.567]	6.906 [6.312,7.551]	6.01 [5.475,6.594]	4.973 [3.909,6.307]
Nordeste	26.05 [26,26.11]	29.46 [28.83,30.1]	29.33 [28.74,29.92]	33.48 [33.19,33.78]	32.6 [32.24,32.97]	31.53 [31.16,31.89]	25.26 [24.37,26.18]	27.18 [26.12,28.27]	22.13 [21.19,23.09]	18.03 [16.17,20.05]
Centro-Oeste	7.672 [7.638,7.706]	6.569 [6.211,6.946]	6.799 [6.46,7.154]	7.202 [7.034,7.373]	6.21 [6.014,6.413]	6.993 [6.784,7.207]	7.365 [6.804,7.967]	7.736 [7.042,8.492]	6.257 [5.667,6.905]	8.202 [6.639,10.09]
Sul	14.8 [14.76,14.84]	16.97 [16.48,17.46]	16.09 [15.65,16.54]	13.35 [13.16,13.55]	14.3 [14.04,14.56]	14.06 [13.81,14.31]	15.62 [14.92,16.35]	14.29 [13.49,15.13]	15.05 [14.27,15.86]	16.31 [14.55,18.24]
Total por sexo	93.89 [93.87,93.91]	.4201 [.4142,.426]	.5055 [.499,.5122]	2.277 [2.263,2.291]	1.501 [1.489,1.512]	1.407 [1.396,1.418]	.2161 [.2115,.2207]	.1553 [.1514,.1593]	.1981 [.1935,.2029]	.0454 [.043,.048]

Fonte: IBGE – Dados do Censo 2010, trabalhados pelos autores.

População entre 18 e 60 anos.

* Todos os valores em porcentagens, exceto quando há outra especificação. Intervalos de confiança – 95%.

**Valores deflacionados e referentes a julho de 2017.

4.1.1 Probabilidade de estar em condição de pobreza

Com o intuito de verificarmos as interrelações entre deficiência e pobreza no Brasil, realizamos inicialmente modelos binários de indicadores de pobreza multidimensional que compõem o IPM como dependentes e posteriormente com o próprio IPM como variável resposta. Todos os modelos tiveram enquanto variáveis teste os diferentes tipos de deficiência, por nível e tipo:

- a. Modelo I - chance de não ter qualquer nível de instrução ou somente o ensino fundamental incompleto, por sexo;
- b. Modelo II - chance de estar em um domicílio que não tenha saneamento e energia elétrica, por sexo;
- c. Modelos III e IV. Chance de estar em condição de pobreza multidimensional, por sexo.

Os modelos I e II possuem as mesmas variáveis independentes. Os modelos III e IV, além das variáveis independentes utilizadas nos modelos anteriores apresentam também as variáveis referentes à escolaridade individual, se estão ou não em um domicílio onde todos não possuem instrução e as variáveis relativas à renda per capita domiciliar em salários-mínimos. A diferença entre os modelos III e IV é que o primeiro teve entre suas variáveis independentes, aquelas referentes aos diferentes tipos de incapacidade (incapacidade física, auditiva, visual ou múltipla), e o modelo IV conta com as variáveis relativas aos tipos de dificuldade permanente (dificuldade permanente física, auditiva, visual, múltipla e deficiência cognitiva).

Em relação à chance de não ter instrução ou somente o ensino fundamental incompleto – Modelo I - (todos os resultados da regressão logística estão nas tabelas ao final deste tópico) notamos inicialmente o quanto ter uma deficiência aumenta consideravelmente as chances dessas pessoas não terem instrução quando comparadas àquelas sem deficiência e em valores superiores para as mulheres. Quanto ao nível da deficiência, notamos que os indivíduos com alguma incapacidade têm mais chances de não acessarem a escolarização formal que aqueles com alguma dificuldade permanente.

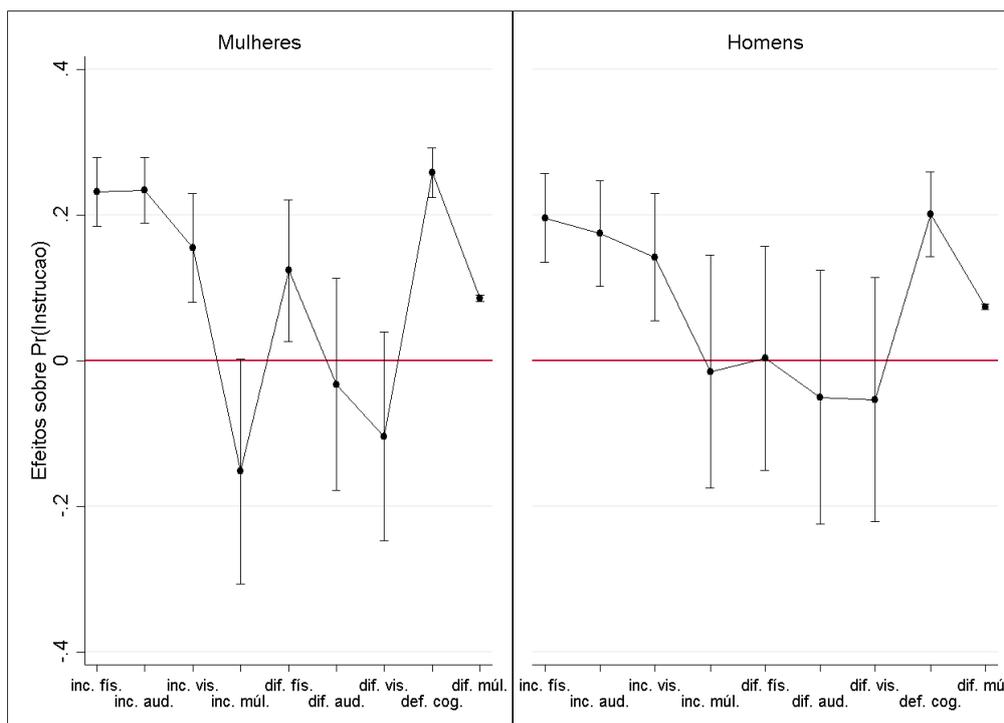


Gráfico 5: Chance de não ter instrução por tipo de dificuldade permanente e incapacidade

Grupo de referência: pessoas que não relataram ter deficiência.

Efeitos marginais preditos considerando uma pessoa negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

Em termos percentuais, ter uma incapacidade física aumenta essa chance em 59% para as mulheres e 39% para homens; auditiva em 45% e 31%, respectivamente; e visual em valores próximos a 16% para ambos os sexos, mantidas as demais variáveis constantes. É interessante notar, em relação às dificuldades permanentes, que enquanto a dificuldade física permanente aumenta em 13% a chance das mulheres de não ter nenhuma instrução, em relação aos homens, esse número cai 10 pontos percentuais e não apresenta efeito significativo. Valor bastante superior é encontrado no tocante à deficiência cognitiva, que acresce aos homens 27% e às mulheres 26% as chances de não ter instrução. Uma menor diferença entre os sexos foi encontrada na variável dificuldade múltipla, que acresce em aproximadamente 8% as chances de os indivíduos não terem instrução. A verificação de que as pessoas com alguma incapacidade tendem a ter uma menor escolaridade em comparação às demais com deficiências mais leves ou sem deficiência corroboram os achados de Hanass-Hancock e MacKenzie (2017) na África do Sul.

No tocante a morar em domicílio que não tenha saneamento e energia elétrica, observamos inicialmente que as probabilidades apresentam valores, no geral, bastante inferiores e menores do que aqueles encontrados anteriormente sobre a chance de não ter instrução. Além disso,

outra diferença é que grande parte dos coeficientes encontrados não apresentaram efeito significativo.

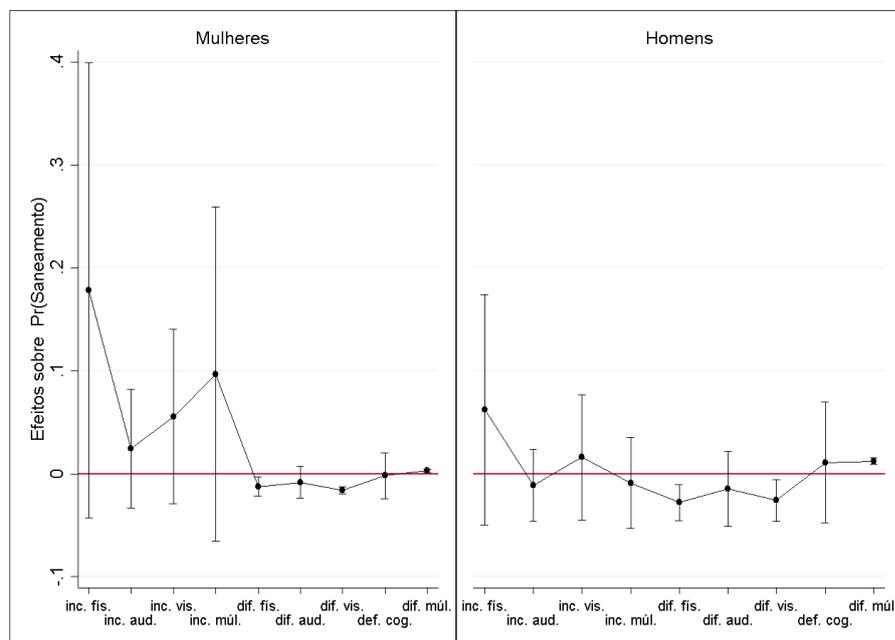


Gráfico 6: Chance de não ter saneamento e energia elétrica no domicílio por tipo de dificuldade permanente e incapacidade

Grupo de referência: pessoas que não relataram ter deficiência.

Efeitos marginais preditos considerando uma pessoa negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

Por outro lado, um ponto semelhante entre os modelos I e II é o efeito da incapacidade física, a qual apresentou os efeitos superiores sobre a chance de não ter saneamento e energia elétrica no domicílio. Ter essa incapacidade eleva em 1,86% esta chance para os homens e em 1,25% para as mulheres, quando comparadas às pessoas sem nenhuma deficiência. Sobre este ponto, salientamos que problemas de saúde já foram associados à falta de saneamento e água potável em indivíduos com deficiências de mobilidade (BAILEY; GROCE, 2010).

Outra incapacidade que apresentou efeito significativo sobre a chance de não ter saneamento foi a incapacidade múltipla no grupo de mulheres, a qual majora em 0,72% a chance de elas residirem em um domicílio sem saneamento e energia elétrica, mantidas as demais variáveis constantes. As incapacidades sensoriais não apresentaram efeito significativo nos dois grupos, mas apresentaram efeito negativo sobre esta probabilidade, com exceção da incapacidade visual para os homens.

Neste mesmo modelo, ao considerar as dificuldades permanentes e deficiência cognitiva, nota-se inicialmente o efeito negativo da maior parte de seus tipos para homens e o contrário para as

mulheres. O menor valor predito foi encontrado em relação à dificuldade física permanente para homens, a qual reduz em -1,72% a chance de eles não terem saneamento e energia elétrica no domicílio, mantido tudo mais constante. Essa categoria, apesar de ter apresentado efeito positivo para as mulheres, não apresentou significância, assim como aquelas referentes às dificuldades sensoriais para ambos os grupos. A deficiência cognitiva apresentou efeito significativo e positivo para as mulheres, acrescentando para elas 0,87% à referida probabilidade e em 0,15% para homens, apesar do efeito não significativo. A dificuldade permanente múltipla também apresentou efeito positivo nos dois grupos, aumentando mais para homens que para as mulheres as chances de não ter saneamento e energia elétrica: 0,43% e 0,13%, respectivamente.

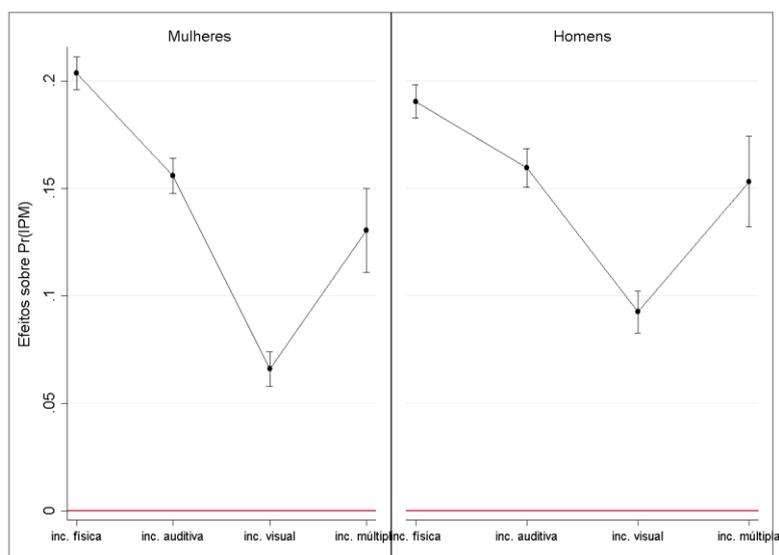


Gráfico 7: Chance de estar em condição de pobreza multidimensional (IPM) por tipo de incapacidade.

Grupo de referência: pessoas que não relataram ter deficiência.

Efeitos marginais preditos considerando uma pessoa negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

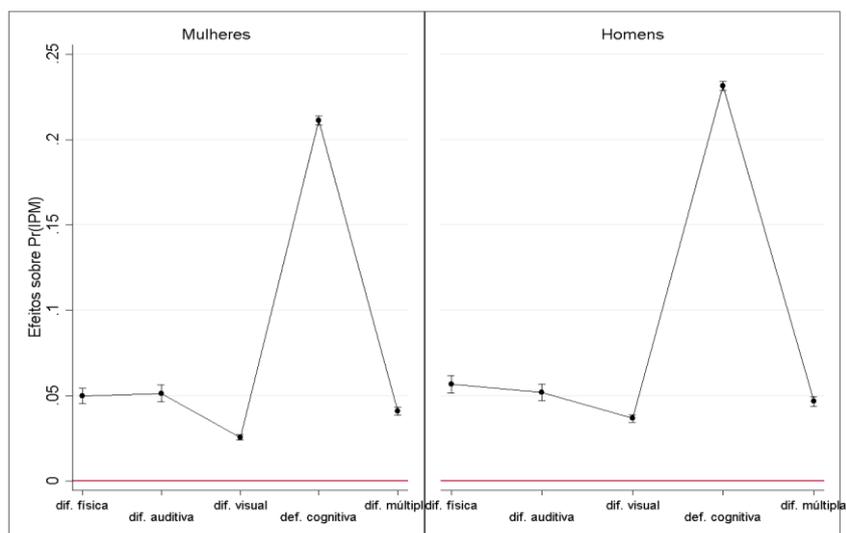


Gráfico 8: Chance de não ter instrução, chance de não ter saneamento e energia elétrica no domicílio e chance de estar em condição de pobreza multidimensional por tipo de dificuldade permanente.

Grupo de referência: pessoas que não relataram ter deficiência.

Efeitos marginais preditos considerando uma pessoa negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

A respeito das chances de estar em uma condição de pobreza multidimensional, percebemos inicialmente nos gráficos acima o quanto os diferentes tipos de incapacidade e a deficiência cognitiva aumentam essas probabilidades, corroborando os resultados encontrados em pesquisas anteriores (GROCE; KETT; LANG; TRANI, 2011; JILL; TAMLYN, 2017; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; TRANI; BAKHSHI; BROWN; LOPEZ *et al.*, 2018; TRANI; LOEB, 2012). Estas verificações também nos permitem aceitar a *Hipótese 1*, uma vez que as pessoas com deficiência apresentaram maior probabilidade tanto de apresentarem maior privação de fatores relacionados à condição de pobreza quanto de estarem em condição de pobreza multidimensional, quando comparadas às pessoas sem deficiência. As chances de privação são influenciadas pelo tipo e nível de deficiência.

Os intervalos de confiança das variáveis referentes aos tipos de incapacidade apresentaram valores superiores e com efeitos maiores que aqueles encontrados em relação aos tipos de dificuldade. Além disso, com exceção da incapacidade física, as demais incapacidades apresentaram, apesar da pequena diferença percentual, maiores efeitos sobre a chance de estar em condição de pobreza multidimensional para os homens que para as mulheres.

Em termos percentuais, a deficiência cognitiva apresentou o efeito positivo de maior valor: aumenta em 13,37% as chances dos homens e 12,7% das mulheres de estarem em uma condição de pobreza multidimensional, mantido tudo mais constante. E com exceção da dificuldade

múltipla, as demais dificuldades permanentes apresentaram efeitos mais próximos a zero quando comparadas as demais categorias. Os efeitos das diferentes dificuldades sobre aquela probabilidade também apresentaram padrão semelhante ao encontrado no tocante à maioria das incapacidades: aumentam mais para os homens que para as mulheres as chances de estarem em condição de pobreza.

Todavia, se há a verificação do maior efeito, no geral, das diferentes deficiências, por tipo e nível, para os homens que para as mulheres, o contrário é observado em relação à maioria das variáveis de teste. Considerando os 3 Modelos, tanto para a chance de não ter instrução, quanto de não ter saneamento ou energia elétrica e estar em condição de pobreza, ser branco apresentou um efeito negativo maior para os homens que para as mulheres, no geral. Ou seja, ser branco diminui mais para os homens que para as mulheres as referidas chances. Além de raça, o aumento da escolaridade nos modelos sobre a chance de IPM mostra efeitos negativos e superiores para os homens. Enquanto para eles ter o superior completo diminui em até 28% as chances de estar em uma condição de pobreza multidimensional, para elas esse efeito cai para 20%. Por outro lado, estar em um domicílio em que todos os moradores não tenham instrução aumenta mais para os homens que para as mulheres as chances de também não ter instrução. Em relação ao aumento da renda domiciliar per capita, notamos que para os homens os valores dos efeitos negativos desse acréscimo em relação ao IPM se mostram superiores aos encontrados para as mulheres.

Em relação à localização do domicílio, notamos o efeito negativo de estar na área urbana, quando comparados àquelas da área rural. O mesmo é verificado quanto ao município estar em uma região metropolitana e ressalta-se que esse efeito negativo é maior para os homens que para as mulheres. Sobre a região geográfica do país, notamos, em relação aos modelos sobre as chances de não ter saneamento e energia elétrica e de estar em condição de pobreza, que as estar nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste aumentam essas probabilidades, quando comparadas à região Sudeste; e, somente a região Sul tem efeito negativo sobre essas chances, tanto para os homens quanto para as mulheres. No caso do modelo sobre a chance de não ter instrução, para os homens, não estar na região Sudeste aumenta as chances de não ter instrução. No caso das mulheres, estar em municípios das regiões Norte e Centro-Oeste diminuem a chance de não ter instrução; e as regiões Nordeste e Sul aumentam essa probabilidade, quando comparadas àquelas que estão na região Sudeste.

No tocante à variável teste IDH municipal, notamos que seu efeito é significativo em todos os modelos testados. O acréscimo de um centésimo do índice teve efeito positivo sobre as chances de não ter instrução, tanto para os homens, quanto para as mulheres, em mais de 5%. Sobre este ponto, Mizunoya, Mitra e Yamasak (2018) apontam que, enquanto a redução da pobreza global ou programas sociais, ao transferir recursos para a população mais pobre tende a incentivar a escolaridade em geral, eles não alcançam e não contribuem para diminuir o *gap* entre as crianças com deficiência. Para os autores, as possíveis explicações para isso referem-se aos obstáculos provenientes de materiais de aprendizagem inadequados, à falta de conhecimento especializado dos professores e ausência de dispositivos de assistência e ambientes de aprendizagem adequados.

Entretanto, em relação às chances de não ter saneamento e energia elétrica, assim como estar em uma situação de pobreza multidimensional, encontramos o oposto. O aumento de um centésimo do IDH diminui essas probabilidades, sendo essa redução maior para os homens que para as mulheres.

Tabela 10: Modelo I - Chance de não ter nenhuma instrução, por sexo

	Mulheres				Homens					
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%		
<i>Inc física</i>	2,4314	1037,51	0,4637	59,00	1,6206	405,64	0,32656	38,62		
<i>Inc auditiva</i>	1,9470	600,75	0,3713	44,97	1,3551	287,72	0,27306	31,40		
<i>Inc visual</i>	0,7966	121,80	0,1519	16,41	0,7196	105,36	0,14500	15,60		
<i>Inc múltipla</i>	*	0,0856	8,93	0,0163	1,65	*	0,1858	20,42	0,03744	3,81
<i>Dif física</i>		0,6586	93,21	0,1256	13,38	*	0,1046	11,03	0,02108	2,13
<i>Dif auditiva</i>	*	-0,3456	-29,22	-0,0659	-6,38	*	-0,2522	-22,29	-0,05082	-4,96
<i>Dif visual</i>		-0,2271	-20,32	-0,0433	-4,24		-0,2205	-19,79	-0,04444	-4,35
<i>Def_cognitiva</i>		1,2022	232,75	0,2293	25,77		1,1758	224,06	0,23692	26,73
<i>Dif múltipla</i>		0,4251	52,97	0,0811	8,44		0,3894	47,61	0,07847	8,16
<i>Branco</i>		-0,6545	-48,03	-0,1248	-11,73		-0,6467	-47,62	-0,13032	-12,22
<i>Idade</i>		0,0504	5,17	0,0096	0,97		0,0483	4,95	0,00973	0,98
<i>Estrangeiro</i>		-0,7290	-51,76	-0,1390	-12,98		-1,2925	-72,54	-0,26044	-22,93
<i>Divorciado</i>		-0,0593	-5,75	-0,0113	-1,12		-0,0804	-7,73	-0,01621	-1,61
<i>Viuvo</i>		0,6402	89,69	0,1221	12,99		0,5624	75,49	0,11333	12,00
<i>Solteiro</i>		0,4411	55,43	0,0841	8,78		0,5456	72,56	0,10994	11,62
<i>Cônjuge</i>		0,1524	16,46	0,0291	2,95		0,2442	27,66	0,04920	5,04
<i>Filho</i>		-0,8142	-55,70	-0,1553	-14,38		-0,4081	-33,51	-0,08224	-7,89
<i>Outros</i>		-0,0550	-5,35	-0,0105	-1,04		0,1161	12,32	0,02340	2,37
<i>Urbano</i>		-1,2299	-70,77	-0,2346	-20,91		-1,2664	-71,82	-0,25519	-22,52
<i>Região Metropolitana</i>		-0,4492	-36,19	-0,0857	-8,21		-0,5524	-42,45	-0,11132	-10,53
<i>Norte</i>		-0,0240	-2,37	-0,0046	-0,46		0,0755	7,84	0,01521	1,53
<i>Nordeste</i>		0,1820	19,96	0,0347	3,53		0,3656	44,14	0,07367	7,65
<i>Centro-Oeste</i>		-0,0616	-5,98	-0,0118	-1,17		0,0802	8,35	0,01615	1,63
<i>Sul</i>		0,1809	19,83	0,0345	3,51		0,1737	18,98	0,03501	3,56
<i>IDHM2010</i>		0,3752	45,53	0,0716	7,42		0,2828	32,68	0,05698	5,86
<i>Constante</i>		-1,3421					-1,0256406			
<i>N</i>		5643212					5533991			
<i>N_clust</i>		4531697					4355456			
<i>ll</i>		-30753878					-30628787			
<i>r2_p</i>		0,14228612					0,13443919			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de não ter instrução ou somente o ensino fundamental incompleto.

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 11: Modelo II - Chance de não ter saneamento e energia elétrica no domicílio, por sexo

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>Inc física</i>	1,4290	317,45	0,01245	1,25	1,1585	218,51	0,0184	1,86
<i>Inc auditiva</i> *	-0,1974	-17,91	-0,00172	-0,17	* -0,1139	-10,76	-0,0018	-0,18
<i>Inc visual</i> *	-0,0762	-7,34	-0,00066	-0,07	* 0,2033	22,54	0,0032	0,32
<i>Inc múltipla</i>	0,8254	128,29	0,00719	0,72	* -0,0988	-9,41	-0,0016	-0,16
<i>Dif física</i> *	0,3237	38,22	0,00282	0,28	-1,0907	-66,40	-0,0173	-1,72
<i>Dif auditiva</i> *	0,6690	95,23	0,00583	0,58	* -0,5088	-39,88	-0,0081	-0,81
<i>Dif visual</i> *	0,1312	14,02	0,00114	0,11	* -0,0962	-9,17	-0,0015	-0,15
<i>Def. cognitiva</i>	0,9989	171,52	0,0087	0,87	* 0,0958	10,06	0,0015	0,15
<i>Dif múltipla</i>	0,1471	15,84	0,00128	0,13	0,2718	31,23	0,0043	0,43
<i>Branco</i>	-0,3810	-31,68	-0,00332	-0,33	-0,3895	-32,26	-0,0062	-0,62
<i>Idade</i>	0,0042	0,42	3,6E-05	0,00	0,0062	0,63	0,0001	0,01
<i>Estrangeiro</i>	1,4271	316,65	0,01243	1,25	0,9054	147,30	0,0144	1,45
<i>Divorciado</i>	0,3020	35,26	0,00263	0,26	0,4999	64,85	0,0079	0,80
<i>Viúvo</i>	0,2371	26,76	0,00207	0,21	0,5270	69,38	0,0084	0,84
<i>Solteiro</i>	0,5805	78,70	0,00506	0,51	0,7229	106,04	0,0115	1,16
<i>Cônjuge</i>	0,2466	27,96	0,00215	0,22	-0,3632	-30,46	-0,0058	-0,58
<i>Filho</i>	-0,2448	-21,71	-0,00213	-0,21	-0,4097	-33,62	-0,0065	-0,65
<i>Outros</i>	0,8814	141,43	0,00768	0,77	1,7734	489,07	0,0282	2,86
<i>Urbano</i>	-2,7905	-93,86	-0,02431	-2,40	-2,4763	-91,59	-0,0394	-3,86
<i>Região</i>								
<i>Metropolitana</i>	-0,6268	-46,57	-0,00546	-0,54	-0,3061	-26,37	-0,0049	-0,49
<i>Norte</i>	1,9714	618,05	0,01717	1,73	1,0359	181,77	0,0165	1,66
<i>Nordeste</i>	0,7832	118,85	0,00682	0,68	-0,0031	-0,31	0,0000	0,00
<i>Centro-Oeste</i>	0,6482	91,22	0,00565	0,57	0,1592	17,26	0,0025	0,25
<i>Sul</i>	-0,1373	-12,83	-0,0012	-0,12	-0,3122	-26,81	-0,0050	-0,50
<i>IDHM2010</i>	-0,7493	-52,73	-0,00653	-0,65	-0,7103	-50,85	-0,0113	-1,12
<i>Constante</i>	-3,6527				-2,9237			
<i>N</i>	5643212				5533991			
<i>N_clust</i>	4531697				4355456			
<i>ll</i>	-2137741				-3561651,2			
<i>r2_p</i>	0,27628093				0,25537211			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de não ter saneamento e energia elétrica no domicílio

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 12: Modelo III - Chance de estar em condição de pobreza multidimensional com variáveis teste referentes a incapacidade

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>Inc física</i>	2,0562	681,62	0,1050	11,07	1,6718	432,18	0,1012	10,65
<i>Inc auditiva</i>	1,5789	384,98	0,0806	8,39	1,4023	306,45	0,0849	8,86
<i>Inc visual</i>	0,7034	102,07	0,0359	3,66	0,8323	129,87	0,0504	5,17
<i>Inc múltipla</i>	1,3302	278,18	0,0679	7,03	1,3467	284,48	0,0815	8,49
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	-3,9053	-97,99	-0,1994	-18,07	-3,3338	-96,43	-0,2018	-18,27
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	-3,9163	-98,01	-0,1999	-18,12	-3,9130	-98,00	-0,2368	-21,09
<i>Superior completo</i>	-4,1523	-98,43	-0,2120	-19,10	-5,1251	-99,41	-0,3102	-26,67
<i>Idade</i>	0,0328	3,34	0,0017	0,17	0,0246	2,49	0,0015	0,15
<i>Branco</i>	-0,4259	-34,68	-0,0217	-2,15	-0,4034	-33,20	-0,0244	-2,41
<i>Divorciado</i> *	-0,0136	-1,35	-0,0007	-0,07	0,0685	7,09	0,0041	0,42
<i>Viúvo</i>	0,6107	84,18	0,0312	3,17	0,6321	88,15	0,0383	3,90
<i>Solteiro</i>	0,4960	64,21	0,0253	2,56	0,5549	74,18	0,0336	3,42
<i>Família sem instrução</i>	0,2821	32,59	0,0144	1,45	0,4861	62,59	0,0294	2,99
<i>Cônjuge</i>	0,0198	2,00	0,0010	0,10	0,1118	11,83	0,0068	0,68
<i>Filho</i>	-0,1429	-13,31	-0,0073	-0,73	-0,0987	-9,40	-0,0060	-0,60

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>Outros</i>	0,1653	17,97	0,0084	0,85	0,5065	65,94	0,0307	3,11
<i>0,01 - 0,24¹</i>	0,4554	57,69	0,0232	2,35	0,5246	68,97	0,0318	3,23
<i>0,25 - 0,49¹</i>	-0,1619	-14,95	-0,0083	-0,82	-0,1028	-9,77	-0,0062	-0,62
<i>0,50 - 0,74¹</i>	-0,4615	-36,97	-0,0236	-2,33	-0,4558	-36,61	-0,0276	-2,72
<i>0,75 - 0,99¹</i>	-0,7435	-52,46	-0,0380	-3,72	-0,7383	-52,21	-0,0447	-4,37
<i>1 - 1,99¹</i>	-0,9559	-61,55	-0,0488	-4,76	-0,9753	-62,29	-0,0590	-5,73
<i>2 - 2,99¹</i>	-1,4861	-77,37	-0,0759	-7,31	-1,4708	-77,03	-0,0890	-8,52
<i>3 - 3,99¹</i>	-1,6769	-81,30	-0,0856	-8,20	-1,6615	-81,02	-0,1006	-9,57
<i>4 - 4,99¹</i>	-1,7690	-82,95	-0,0903	-8,63	-1,7749	-83,05	-0,1074	-10,19
<i>5 ou mais¹</i>	0,4312	53,91	0,0220	2,23	2,1450	754,19	0,1298	13,86
<i>Urbano</i>	-1,4302	-76,07	-0,0730	-7,04	-1,5062	-77,82	-0,0912	-8,71
<i>Região Metropolitana</i>	-0,3869	-32,09	-0,0198	-1,96	-0,3954	-32,66	-0,0239	-2,36
<i>Norte</i>	1,2241	240,10	0,0625	6,45	1,1416	213,17	0,0691	7,15
<i>Nordeste</i>	1,1562	217,79	0,0590	6,08	1,2147	236,92	0,0735	7,63
<i>Centro-Oeste</i>	0,2843	32,89	0,0145	1,46	0,2733	31,43	0,0165	1,67
<i>Sul</i>	-0,1823	-16,67	-0,0093	-0,93	-0,3220	-27,53	-0,0195	-1,93
<i>IDHM2010</i>	-0,1929	-17,55	-0,0098	-0,98	-0,2362	-21,04	-0,0143	-1,42
<i>Constante</i>	-1,6353				-1,2964			
<i>N</i>	5431646				5394496			
<i>N_clust</i>	4391052				4266244			
<i>ll</i>	-8749432				-9969248			
<i>r2_p</i>	0,46469				0,47014			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de estar em condição de pobreza multidimensional

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 13: Modelo IV - Chance de estar em condição de pobreza multidimensional, com variáveis teste referentes a dificuldade permanente

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>Dif_física</i>	0,5178	67,84	0,0288	2,92	0,5400	71,60	0,0348	3,54
<i>Dif_auditiva</i>	0,4392	55,15	0,0244	2,47	0,4035	49,71	0,0260	2,63
<i>Dif_visual</i>	0,1682	18,31	0,0093	0,94	0,1765	19,30	0,0114	1,14
<i>Def_cognitiva</i>	2,1515	759,80	0,1196	12,70	1,9478	601,34	0,1255	13,37
<i>Dif_múltipla</i>	1,3371	280,78	0,0743	7,72	1,5828	386,85	0,1019	10,73
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	-3,9802	-98,13	-0,2213	-19,85	-3,3913	-96,63	-0,2184	-19,62
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	-4,0067	-98,18	-0,2227	-19,97	-3,9590	-98,09	-0,2550	-22,51
<i>Superior completo</i>	-4,2121	-98,52	-0,2341	-20,88	-5,1233	-99,40	-0,3300	-28,11
<i>Idade</i>	0,0304	3,08	0,0017	0,17	0,0228	2,30	0,0015	0,15
<i>Branco</i>	-0,3997	-32,95	-0,0222	-2,20	-0,3828	-31,81	-0,0247	-2,44
<i>Homem</i>								
<i>Divorciado</i>								
<i>Viúvo</i>	0,5679	76,45	0,0316	3,21	0,5904	80,48	0,0380	3,88
<i>Solteiro</i>	0,5141	67,22	0,0286	2,90	0,5679	76,46	0,0366	3,73
<i>Família sem instrução</i>	0,2651	30,36	0,0147	1,48	0,4503	56,88	0,0290	2,94
<i>Cônjuge</i>	0,0352	3,58	0,0020	0,20	0,1071	11,30	0,0069	0,69
<i>Filho</i>	0,0333	3,39	0,0019	0,19	*	-0,0056	-0,56	-0,004
<i>Outros</i>	0,2691	30,88	0,0150	1,51	0,5402	71,64	0,0348	3,54
<i>0,01 - 0,24¹</i>	0,4630	58,88	0,0257	2,61	0,5159	67,52	0,0332	3,38
<i>0,25 - 0,49¹</i>	-0,1324	-12,40	-0,0074	-0,73	-0,1034	-9,83	-0,0067	-0,66
<i>0,50 - 0,74¹</i>	-0,3995	-32,94	-0,0222	-2,20	-0,4363	-35,36	-0,0281	-2,77
<i>0,75 - 0,99¹</i>	-0,6700	-48,83	-0,0372	-3,66	-0,7104	-50,85	-0,0458	-4,47
<i>1 - 1,99¹</i>	-0,8602	-57,69	-0,0478	-4,67	-0,9162	-60,00	-0,0590	-5,73
<i>2 - 2,99¹</i>	-1,3662	-74,49	-0,0759	-7,31	-1,3801	-74,85	-0,0889	-8,51
<i>3 - 3,99¹</i>	-1,5560	-78,90	-0,0865	-8,29	-1,5399	-78,56	-0,0992	-9,44
<i>4 - 4,99¹</i>	-1,6247	-80,30	-0,0903	-8,64	-1,6471	-80,74	-0,1061	-10,07

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>5 ou mais¹</i>	0,4872	62,77	0,0271	2,75	2,1161	729,84	0,1363	14,60
<i>Urbano</i>	-1,3970	-75,27	-0,0777	-7,47	-1,4746	-77,11	-0,0950	-9,06
<i>Região Metropolitana</i>	-0,3891	-32,24	-0,0216	-2,14	-0,3909	-32,36	-0,0252	-2,49
<i>Norte</i>	1,1540	217,09	0,0641	6,63	1,0877	196,74	0,0701	7,26
<i>Nordeste</i>	1,1045	201,76	0,0614	6,33	1,1739	223,46	0,0756	7,85
<i>Centro-Oeste</i>	0,2701	31,01	0,0150	1,51	0,2656	30,43	0,0171	1,73
<i>Sul</i>	-0,1667	-15,35	-0,0093	-0,92	-0,2821	-24,58	-0,0182	-1,80
<i>IDHM2010</i>	-0,1948	-17,70	-0,0108	-1,08	-0,2217	-19,89	-0,0143	-1,42
<i>Constante</i>	-1,6472188				-1,29807			
<i>N</i>	5786930				5696769			
<i>N_clust</i>	4621565				4452582			
<i>ll</i>	-10021356				-11092814			
<i>r2_p</i>	0,45986094				0,46686			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de estar em condição de pobreza multidimensional

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

4.2.1 Chance de ter deficiência e pobreza

Ao seguir os estudos sobre o nexos intercausal entre deficiência e pobreza, realizamos os seguintes modelos logísticos binários sobre a chance de autorrelato de alguma incapacidade ou dificuldade permanente, considerando a escolaridade, a renda domiciliar per capita e o IPM enquanto variáveis-teste, sempre por sexo:

- a. Modelo V – chance de ter alguma incapacidade;
- b. Modelo VI - chance de ter alguma dificuldade permanente;
- c. Modelos VII a X – com as respectivas chances: ter incapacidade física, ter incapacidade auditiva, ter incapacidade visual e ter incapacidade múltipla;
- d. Modelos XI a XV – com as respectivas chances: ter dificuldade física permanente, ter dificuldade auditiva permanente, ter dificuldade visual permanente, ter deficiência cognitiva e ter dificuldade múltipla permanente.

Todos os modelos apresentam as mesmas variáveis independentes e os resultados podem ser encontrados ao final desta seção.

Ao considerarmos a chance de ter uma deficiência, observamos diferenças consideráveis entre os efeitos das variáveis abordadas sobre a probabilidade de ter alguma incapacidade ou dificuldade permanente. A variável teste referente à condição de estar em pobreza multidimensional – IPM – apresentou efeitos maiores sobre a chance de ter alguma incapacidade (eleva por volta de 3%), quando comparados aos encontrados sobre a probabilidade de ter dificuldade permanente (entre 1,25% e 1,55%), mantendo tudo mais constante. Nos dois modelos esse efeito foi superior para as mulheres em comparação aos homens.

Com exceção da dificuldade permanente visual para as mulheres, chama a atenção o quanto estar em condição de pobreza multidimensional eleva a chance de ter qualquer tipo de deficiência, como podemos observar no gráfico abaixo. Os valores se mostram, no geral, superiores para os homens quando comparados às mulheres. Os intervalos de confiança dos valores preditos se mostram maiores sobre as chances de ter alguma dificuldade e menores sobre a probabilidade de incapacidade e deficiência cognitiva.

Sobre essa deficiência, nota-se os maiores efeitos do IPM sobre as chances de tê-la, para ambos sexos. Sobre esse ponto, é importante ressaltar o quanto as pessoas com deficiência cognitiva

estão sobre representadas entre as pessoas em condição de pobreza multidimensional, tendo as maiores proporções entre os diversos grupos. Assim, o IPM pode ter demonstrado o maior efeito para a chance de relato de possuir alguma deficiência cognitiva, implicando em uma relação endógena; e esta verificação deve ser aprofundada em estudos posteriores. Em relação aos demais grupos, notamos que o efeito do IPM sobre a chance desta deficiência foi seguido pelos efeitos encontrados sobre as chances de ter dificuldade múltipla, ter dificuldade física e dificuldade auditiva.

Nessa mesma trilha, dentre as incapacidades, os maiores valores preditos considerando o IPM foram em relação a ter uma incapacidade múltipla, seguidos por ter incapacidade física e pelas incapacidades sensoriais. Os menores efeitos encontrados foram de ter uma incapacidade visual para os homens e ter uma dificuldade visual para as mulheres. Dessa forma, podemos aceitar a *Hipótese 2*, uma vez que verificamos que estar em uma condição de pobreza aumenta as chances de autorrelato/ter uma deficiência.

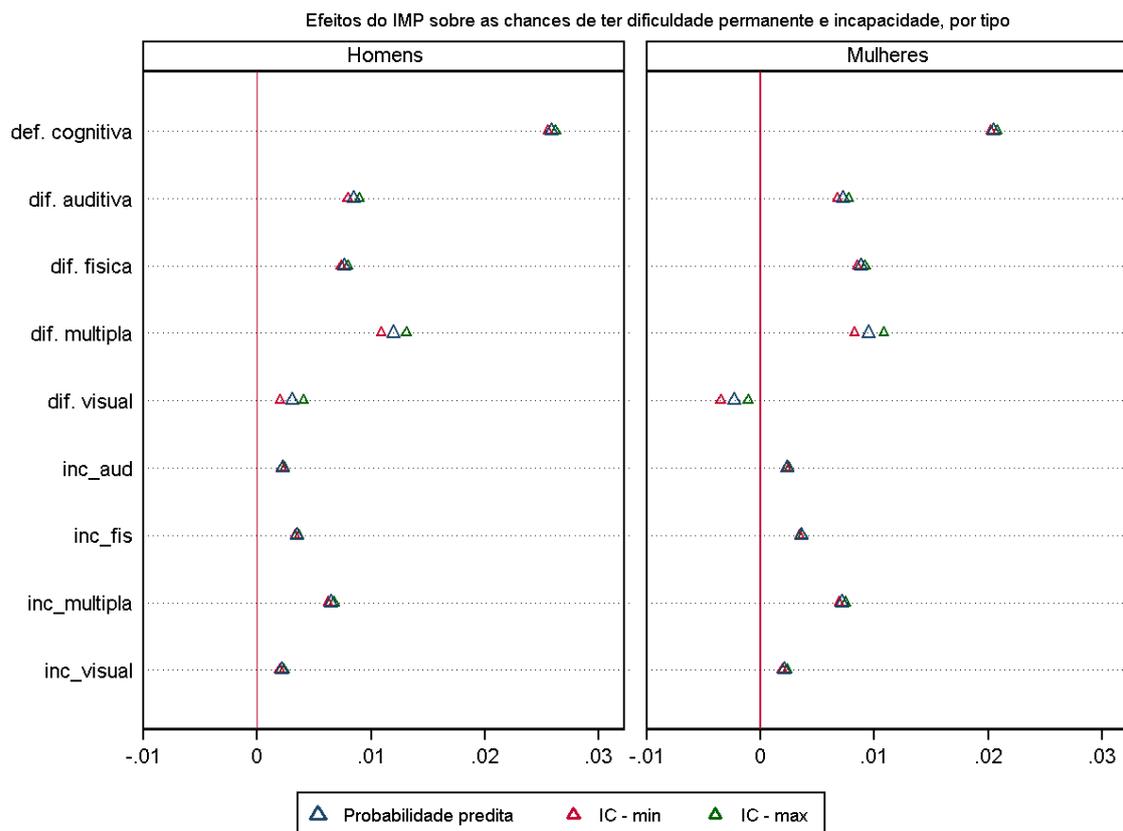


Gráfico 9: Probabilidade preditas do IPM sobre as chances de dificuldade permanente e incapacidade, por tipo e sexo

Grupo de referência: pessoas que não relataram ter deficiência.

Efeitos marginais preditos considerando uma pessoa negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

A respeito da idade, podemos observar nos gráficos abaixo o quanto que seu aumento está relacionado principalmente ao aumento da probabilidade de autorrelato de alguma dificuldade permanente. Em razões bastante menores, a idade também aumenta as chances de relato de alguma incapacidade.

Dessa forma, quanto maior a idade, maior a chance de vir a ter uma dificuldade, principalmente para as mulheres. Esses achados que corroboram os resultados encontrados anteriormente em estudos nacionais (CASTRO; CÉSAR; CARANDINA; BARROS *et al.*, 2008; MELZER; PARAHYBA, 2004) e internacionais (ABELLAN; RODRÍGUES-LASO; PUJOL; BARRIOS, 2015; KLIJS; NUSSELDER; LOOMAN; MACKENBACH, 2014; ZITKO MELO; CABIESES VALDES, 2011). Todavia, se o aumento da idade eleva essa chance, o aumento da escolaridade vai em sentido oposto, uma vez que as pessoas sem nenhuma instrução têm as maiores probabilidades preditas de ter uma dificuldade permanente. Especialmente entre as mulheres, notamos que ter 60 anos (idade máxima considerada) e não ter qualquer instrução aumenta em 50% a chance de ter uma dificuldade.

Em todas idades, o aumento de cada credencial educacional reduz as chances de relato de alguma dificuldade permanente ou incapacidade, sendo as pessoas com nível superior as com menores chances de vir a ter alguma dificuldade permanente, em especial para os homens. Essa verificação corrobora os resultados encontrados por Jenkins e Rigg (2004) que apontaram para uma correlação entre menor escolaridade e um risco maior de adquirir algum tipo de deficiência: aqueles que adquiriram a deficiência mais tarde na vida não são um grupo aleatório.

Nos dois grupos o aumento do nível de escolaridade provocou uma diminuição progressiva das chances de deficiência; sendo seus efeitos superiores para o caso das mulheres, para as quais ter o superior completo diminui em 2,45% as chances de ter incapacidade e em 5,6% a probabilidade de ter uma dificuldade permanente, mantendo tudo mais constante.

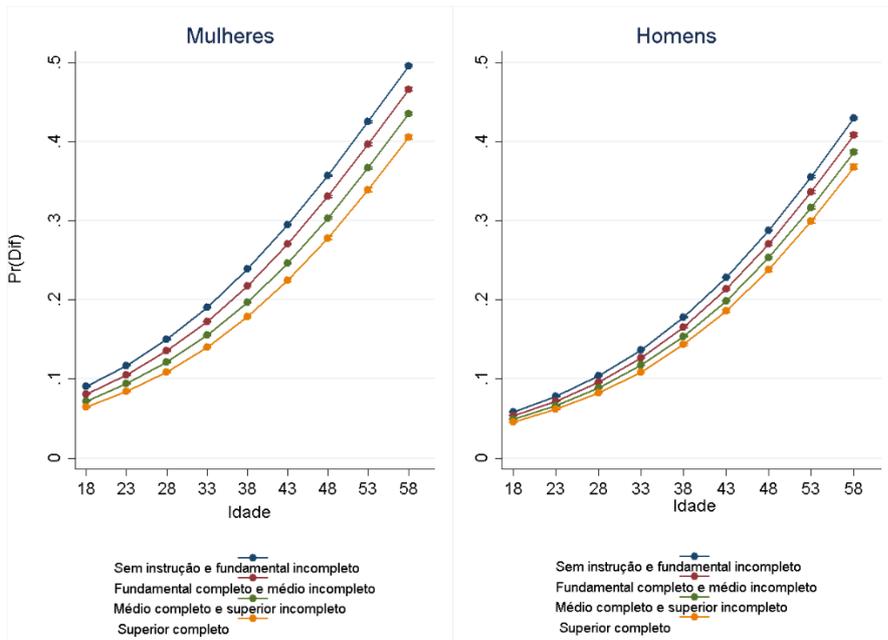


Gráfico 10: Chance de ter alguma dificuldade permanente por idade, escolaridade e sexo

Grupo de referência: pessoas que não relataram ter deficiência.

Efeitos marginais preditos considerando uma pessoa negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

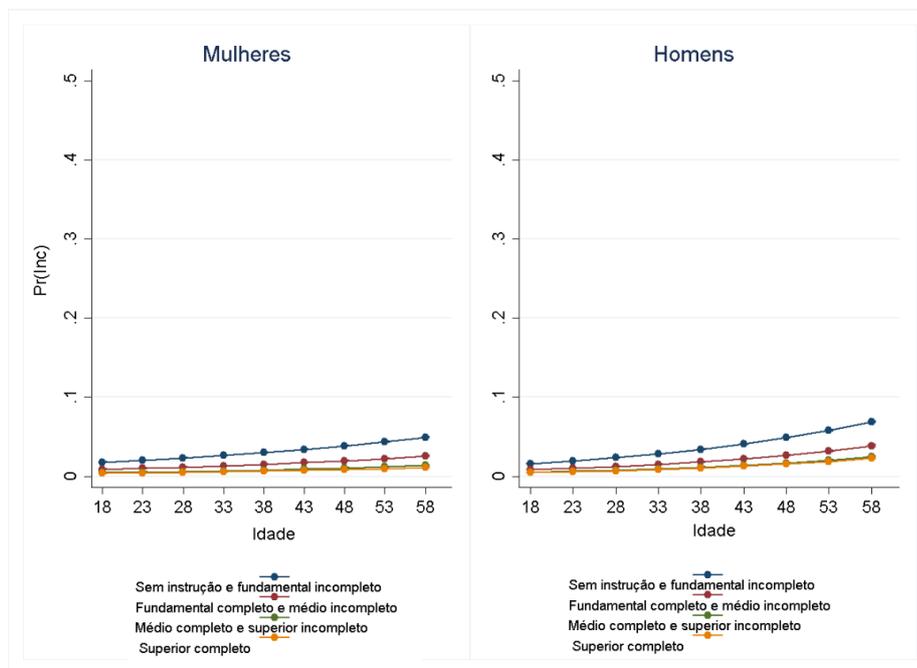


Gráfico 11: Chance de ter alguma incapacidade por idade, escolaridade e sexo

Grupo de referência: pessoas que não relataram ter deficiência.

Efeitos marginais preditos considerando uma pessoa negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente,

Assim como o verificado em relação ao aumento da escolaridade, o aumento da renda per capita domiciliar tende a reduzir muito mais as chances de ter uma dificuldade permanente, quando comparado aos respectivos aumentos sobre a probabilidade de ter uma incapacidade.

Conforme podemos observar nos gráficos abaixo, há diferenças contrastantes nos resultados encontrados nos modelos V e VI. Considerando a chance de ter alguma incapacidade, notamos que o aumento da renda não necessariamente a diminui. Encontramos nas três primeiras faixas o aumento dessas chances, mas posterior a elas, especialmente no caso dos homens, há pouca variação em relação aos valores. No caso das mulheres, observamos uma maior variação e um maior efeito negativo na categoria referente à renda domiciliar superior a 5 salários-mínimos.

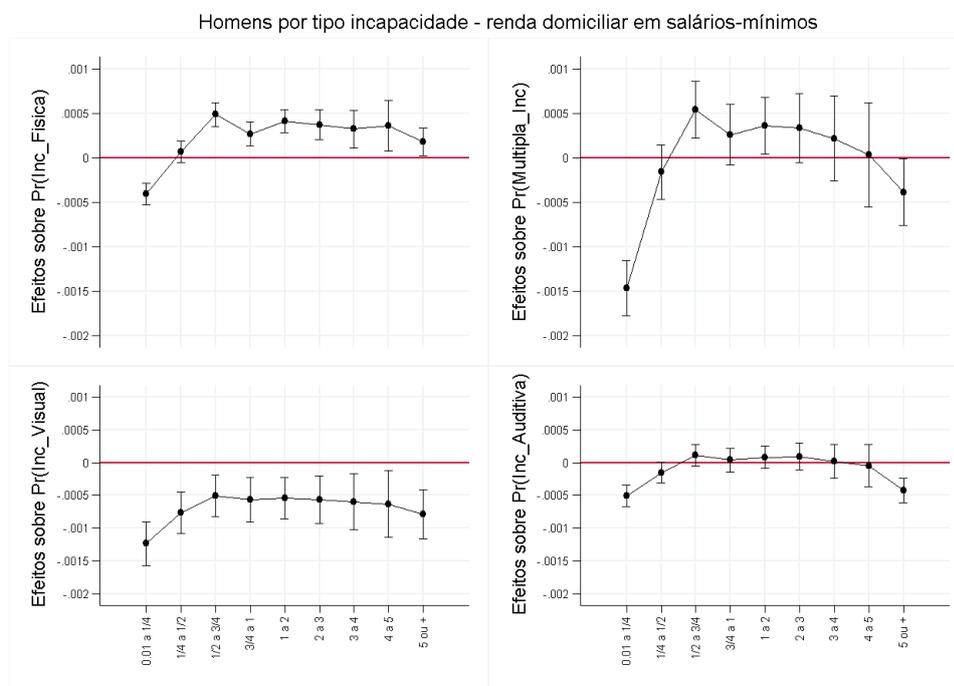


Gráfico 12: Chance de ter alguma incapacidade, por renda domiciliar per capita em salários-mínimos – homens

Grupo de referência: pessoas que não relataram ter deficiência.

Efeitos marginais preditos considerando uma pessoa negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

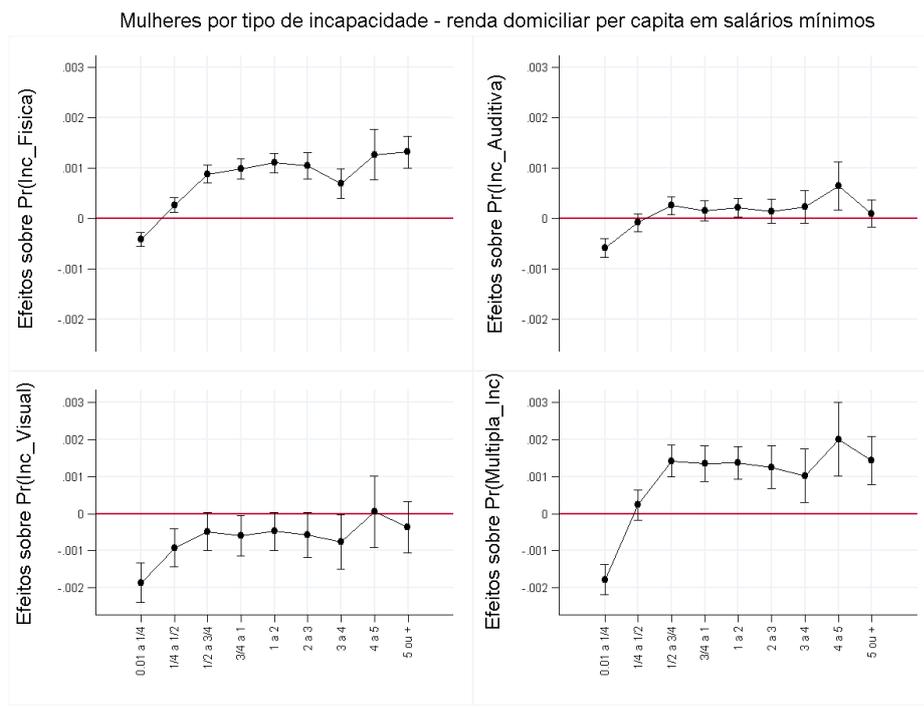


Gráfico 13: Chance de ter alguma incapacidade, por renda domiciliar per capita em salários-mínimos - mulheres

Categoria de referência: Renda domiciliar per capita = 0

Grupo de referência: pessoas que não relataram ter deficiência.

Efeitos marginais preditos considerando uma pessoa negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

Já em relação ao modelo VI, é possível notar nos gráficos abaixo que, quanto maior a renda domiciliar per capita, menor é a chance de ter alguma dificuldade permanente. A progressão da renda acompanhada do aumento do efeito negativo se dá de forma mais expressiva no caso das mulheres, para as quais essa redução chega a 2,31% e 4% nas últimas duas faixas salariais. Para os homens, esses valores são 1,50% e 2,40%. Esses achados corroboram os resultados encontrados no Chile por Zitko Melo e Cabieses Valdes (2011), onde verificaram que as pessoas mais pobres relatam mais frequentemente ter uma deficiência.

Tomando como base o achado sobre o efeito da renda domiciliar especialmente para as mulheres, nosso estudo corrobora em parte os achados de Felicíssimo *et al* (2017) e Felicíssimo *et al* (2017) em relação ao Brasil. Corroboramos em parte porque os autores também verificaram que o aumento do status socioeconômico também reduz a chance de autorrelato de deficiência, mas eles utilizaram na construção desse status a renda domiciliar per capita e a escolaridade da mãe e do entrevistado, o que não foi possível neste estudo.

Ademais, os resultados a respeito da escolaridade e renda domiciliar podem corroborar as achados de Herd *et al* (2007), que apontam para o indicador de escolaridade como o mais relevante para prever o início do processo de doenças crônicas e o indicador da renda por prever a progressão da doença crônica e limitação funcional.

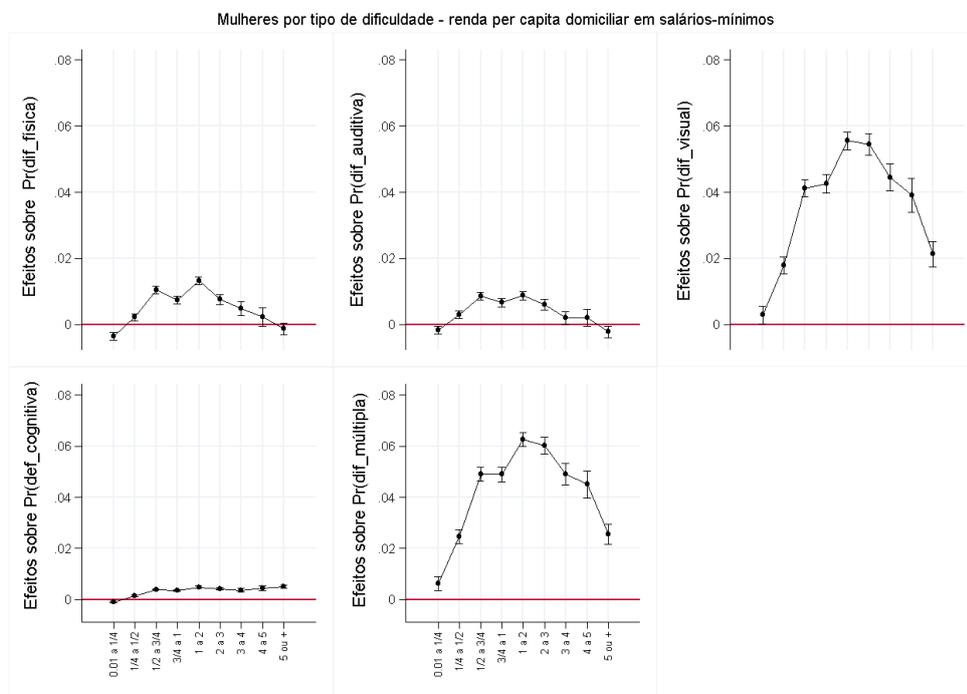


Gráfico 14: Chance de ter alguma dificuldade permanente, por renda domiciliar per capita em salários-mínimos - mulheres

Categoria de referência: Renda domiciliar per capita = 0

Grupo de referência: pessoas que não relataram ter deficiência.

Efeitos marginais preditos considerando uma pessoa negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

Homens por tipo de dificuldade - renda domiciliar per capita em salários-mínimos

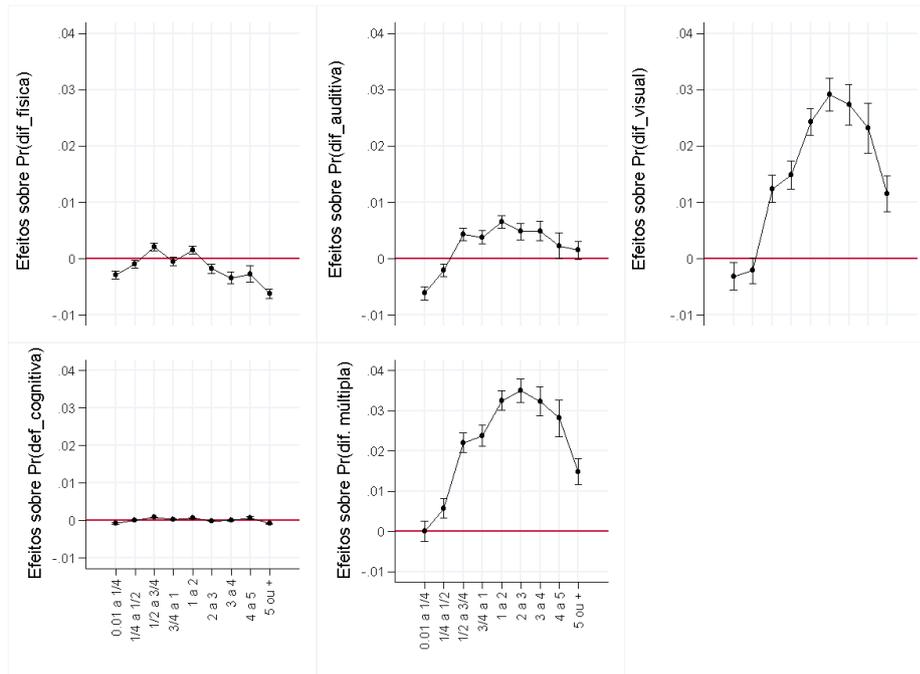


Gráfico 15: Chance de ter alguma dificuldade permanente, por renda domiciliar per capita em salários-mínimos – homens

Grupo de referência: pessoas que não relataram ter deficiência.

Efeitos marginais preditos considerando uma pessoa negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

Outras diferenças entre os dois modelos foram encontradas em relação às variáveis de controle. O fato de ser branco se mostra de modo diverso. Sobre as chances de ter incapacidade, esse efeito se mostra positivo, com valores superiores para os homens (0,43%). Por outro lado, o oposto é verificado em relação às chances de ter uma dificuldade permanente, onde ser branco diminui em 1,16% as chances das mulheres e em 0,10% as chances dos homens.

No geral, o domicílio estar em uma área urbana, bem como o município estar em uma região metropolitana, tendem a aumentar as chances de ter uma incapacidade e dificuldade permanente. Todavia, em relação às regiões geográficas, encontramos algumas disparidades. Com valores sempre maiores para os homens, estar nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul provoca um efeito negativo sobre a probabilidade de ter uma incapacidade, e estar na região Norte tende a aumentar essa chance, quando comparados a estar na região Sudeste.

Já sobre a chance de ter uma dificuldade permanente, estar nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste aumenta essa probabilidade, com os maiores efeitos percentuais encontrados nessa primeira região; e estar na região Sul tende a diminuir essa chance. Todos os valores encontrados foram maiores para as mulheres que para os homens.

No que tange ao Índice de Desenvolvimento Humano, observamos que sobre as chances de ter uma incapacidade, seu efeito não se mostrou significativo para as mulheres, ainda que tenha sido positivo, como foi para os homens. O efeito também se mostrou positivo no outro modelo, sendo que o aumento de cada centésimo eleva em 3,17% as chances das mulheres, e em 1,75% as chances dos homens de terem alguma dificuldade permanente.

Os modelos VII a XV foram desenhados para que fosse possível verificar especificamente em cada tipo de incapacidade e dificuldade permanente os efeitos das variáveis teste e de controle. As diferenças encontradas seguem no geral o padrão encontrado por nível de deficiência, descritas até o momento, mas foi possível observar as peculiaridades das probabilidades de relato de seus diversos tipos.

Especificamente em relação aos níveis de escolaridade, notamos que aumento da escolaridade tende a estar associado com menores chances de ter algum tipo de deficiência. No geral, esses efeitos se mostraram maiores para as mulheres que para os homens. Ou seja, cada nível de escolaridade a mais reduz as chances de relato de algum tipo de incapacidade ou dificuldade, e essa redução é maior para as mulheres que para os homens.

Além disso, observa-se que os valores preditos apresentaram intervalos de confiança mais amplos em relação às chances de incapacidades, notadamente em relação à probabilidade de relato de incapacidade múltipla. Estes valores também apresentam maior efeito de redução quando das chances de ter alguma dificuldade, em detrimento de ter algum tipo de incapacidade. Os maiores valores foram encontrados em relação aos efeitos de ter o nível superior completo sobre as chances de ter uma dificuldade múltipla ou dificuldade visual para as mulheres: 5% e 4%, respectivamente.

Em relação à renda domiciliar per capita, chama a atenção o quanto os valores preditos referentes às faixas salariais referentes às chances dos tipos de incapacidade apresentam intervalos de confiança muito mais amplos que aqueles relativos às probabilidades dos tipos de dificuldade permanente e deficiência cognitiva.

Além disso, notamos os menores efeitos do aumento da renda sobre as chances de relato de incapacidades, em detrimento dos encontrados sobre as probabilidades de dificuldades. No geral, para as chances de incapacidades, os maiores valores preditos foram encontrados para as mulheres; o menor intervalo de renda apresenta uma tendência de redução das chances de relato

de incapacidade, mas os intervalos intermediários tendem a manter um efeito positivo próximo a 0, e na faixa final o valor tende a crescer e a aumentar as chances de relato de incapacidade.

Já sobre ter uma dificuldade permanente ou deficiência cognitiva, encontramos novamente os maiores valores no geral para as mulheres, todavia um padrão geral do efeito da progressão da renda se mostra completamente diferente do anterior. O aumento da renda per capita familiar tende a reduzir, de forma progressiva, as suas probabilidades e essa tendência pode ser mais bem visualizada nos gráficos referentes às chances de relato de dificuldade múltipla e dificuldade visual permanente.

Na próxima seção serão apresentados os resultados das análises referentes à inserção no mercado de trabalho.

Tabela 14: Coeficientes de regressão - Chance de ter alguma incapacidade

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>IPM</i>	1,6246	407,65	0,0254	2,57	1,6067	398,65	0,0305	3,09
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	-0,7166	-51,16	-0,0112	-1,11	-0,6549	-48,05	-0,0124	-1,23
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	-1,3578	-74,28	-0,0212	-2,10	-1,1384	-67,97	-0,0216	-2,14
<i>Superior completo</i>	-1,5924	-79,66	-0,0249	-2,45	-1,2176	-70,41	-0,0231	-2,28
<i>Idade</i>	0,0275	2,78	0,0004	0,04	0,0397	4,05	0,0008	0,08
<i>Branco</i>	0,2469	28,00	0,0039	0,39	0,2271	25,49	0,0043	0,43
<i>Divorciado</i>	0,1267	13,51	0,0020	0,20	0,0178	1,79	0,0003	0,03
<i>Viúvo</i>	-0,2342	-20,88	-0,0037	-0,36	-0,1514	-14,05	-0,0029	-0,29
<i>Solteiro</i>	0,4555	57,70	0,0071	0,71	0,5890	80,23	0,0112	1,12
<i>Cônjuge</i>	-0,2907	-25,23	-0,0045	-0,45	-0,0096	-0,95	-0,0002	-0,02
<i>Filho</i>	1,3930	302,68	0,0217	2,20	1,6496	420,51	0,0313	3,18
<i>Outros</i>	0,9909	169,36	0,0155	1,56	1,2224	239,53	0,0232	2,35
<i>0,01 - 0,24^l</i>	-0,2715	-23,78	-0,0042	-0,42	-0,3353	-28,49	-0,0064	-0,63
<i>0,25 - 0,49^l</i>	0,1482	15,98	0,0023	0,23	0,0250	2,53	0,0005	0,05
<i>0,50 - 0,74^l</i>	0,3875	47,32	0,0060	0,61	0,2303	25,90	0,0044	0,44
<i>0,75 - 0,99^l</i>	0,3153	37,07	0,0049	0,49	0,0925	9,69	0,0018	0,18
<i>1 - 1,99^l</i>	0,3838	46,78	0,0060	0,60	0,1390	14,91	0,0026	0,26
<i>2 - 2,99^l</i>	0,3005	35,05	0,0047	0,47	-0,0187	-1,85	-0,0004	-0,04
<i>3 - 3,99^l</i>	0,2581	29,44	0,0040	0,40	0,0046	0,47	0,0001	0,01
<i>4 - 4,99^l</i>	0,3528	42,30	0,0055	0,55	0,0774	8,05	0,0015	0,15
<i>5 ou mais^l</i>	0,4189	52,03	0,0065	0,66	-0,2946	-25,51	-0,0056	-0,56
<i>Urbano</i>	0,4336	54,29	0,0068	0,68	0,6943	100,23	0,0132	1,33
<i>Região Metropolitana</i>	0,0801	8,34	0,0013	0,13	0,1645	17,89	0,0031	0,31
<i>Norte</i>	-0,3845	-31,92	-0,0060	-0,60	-0,4944	-39,00	-0,0094	-0,93
<i>Nordeste</i>	-0,2496	-22,09	-0,0039	-0,39	-0,2542	-22,44	-0,0048	-0,48
<i>Centro-Oeste</i>	-0,0681	-6,58	-0,0011	-0,11	-0,1546	-14,32	-0,0029	-0,29
<i>Sul</i>	0,0231	2,34	0,0004	0,04	0,0631	6,51	0,0012	0,12
<i>IDHM2010</i>	* -0,0774	-7,45	-0,0012	-0,12	-0,2103	-18,97	-0,0040	-0,40
<i>Constante</i>	-6,20123				-7,01552			
<i>N</i>	5786930				5696769			
<i>N_clust</i>	4621565				4452582			
<i>ll</i>	-4080140				-4560031			
<i>r2_p</i>	0,140248				0,148669			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de ter alguma incapacidade

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 15: Coeficientes de regressão - Chance de ter alguma dificuldade permanente

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>IPM</i>	0,0795	8,28	0,0123	1,24	0,1193	12,67	0,0155	1,56
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	-0,1206	-11,36	-0,0187	-1,85	-0,0863	-8,27	-0,0112	-1,12
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	-0,2492	-22,06	-0,0387	-3,79	-0,1775	-16,26	-0,0231	-2,28
<i>Superior completo</i>	-0,3724	-31,09	-0,0578	-5,61	-0,2589	-22,81	-0,0337	-3,31
<i>Idade</i>	0,0580	5,98	0,0090	0,90	0,0629	6,49	0,0082	0,82
<i>Branco</i>	-0,0754	-7,27	-0,0117	-1,16	-0,0076	-0,75	-0,0010	-0,10
<i>Divorciado</i>	* 0,0011	0,11	0,0002	0,02	0,0541	5,56	0,0070	0,71
<i>Viúvo</i>	0,0252	2,55	0,0039	0,39	0,0935	9,80	0,0122	1,22
<i>Solteiro</i>	* -0,0044	-0,44	-0,0007	-0,07	-0,0303	-2,98	-0,0039	-0,39
<i>Cônjuge</i>	-0,2279	-20,38	-0,0354	-3,47	-0,0095	-0,95	-0,0012	-0,12
<i>Filho</i>	* 0,0028	0,28	0,0004	0,04	0,0609	6,28	0,0079	0,80
<i>Outros</i>	-0,3016	-26,03	-0,0468	-4,57	-0,2204	-19,78	-0,0287	-2,83
<i>0,01 - 0,24¹</i>	0,1766	19,32	0,0274	2,78	0,1154	12,23	0,0150	1,51
<i>0,25 - 0,49¹</i>	0,1808	19,82	0,0281	2,85	0,0988	10,39	0,0129	1,29
<i>0,50 - 0,74¹</i>	0,1692	18,43	0,0262	2,66	0,1059	11,17	0,0138	1,39
<i>0,75 - 0,99¹</i>	0,1296	13,84	0,0201	2,03	0,0764	7,94	0,0099	1,00
<i>1 - 1,99¹</i>	0,0859	8,97	0,0133	1,34	0,0501	5,14	0,0065	0,65
<i>2 - 2,99¹</i>	* -0,0111	-1,11	-0,0017	-0,17	* -0,0130	-1,29	-0,0017	-0,17
<i>3 - 3,99¹</i>	-0,0997	-9,49	-0,0155	-1,53	-0,0627	-6,08	-0,0082	-0,81
<i>4 - 4,99¹</i>	-0,1508	-14,00	-0,0234	-2,31	-0,1168	-11,03	-0,0152	-1,51
<i>5 ou mais¹</i>	-0,2639	-23,20	-0,0409	-4,01	-0,1847	-16,87	-0,0240	-2,37
<i>Urbano</i>	0,0755	7,84	0,0117	1,18	0,1055	11,12	0,0137	1,38
<i>Região Metropolitana</i>	0,1360	14,57	0,0211	2,13	0,1571	17,01	0,0204	2,06
<i>Norte</i>	0,3606	43,42	0,0559	5,75	0,4230	52,65	0,0550	5,65
<i>Nordeste</i>	0,3049	35,65	0,0473	4,84	0,2791	32,19	0,0363	3,70
<i>Centro-Oeste</i>	0,1501	16,20	0,0233	2,36	0,1451	15,62	0,0189	1,91
<i>Sul</i>	-0,1024	-9,73	-0,0159	-1,58	-0,0650	-6,30	-0,0085	-0,84
<i>IDHM2010</i>	0,2013	22,30	0,0312	3,17	0,1334	14,27	0,0174	1,75
<i>Constante</i>	-3,68608				-4,33405			
<i>N</i>	5786930				5696769			
<i>N_clust</i>	4621565				4452582			
<i>ll</i>	-26856748				-223252			
<i>r2_p</i>	0,08739004				0,09036			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de ter alguma dificuldade permanente

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 16: Coeficientes de regressão - Chance de ter incapacidade física

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>IPM</i>	1,6855	439,51	0,0035	0,35	1,3724	294,47	0,0035	0,35
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	-0,6398	-47,26	-0,0013	-0,13	-0,5074	-39,79	-0,0013	-0,13

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	-1,0400	-64,65	-0,0022	-0,22	-0,7869	-54,47	-0,0020	-0,20
<i>Superior completo</i>	-1,1451	-68,18	-0,0024	-0,24	-0,7600	-53,23	-0,0019	-0,19
<i>Idade</i>	0,0295	3,00	0,0001	0,01	0,0388	3,95	0,0001	0,01
<i>Branco</i>	0,3754	45,55	0,0008	0,08	0,3125	36,69	0,0008	0,08
<i>Divorciado</i>	-0,0472	-4,61	-0,0001	-0,01	* 0,0617	6,36	0,0002	0,02
<i>Viúvo</i>	-0,1506	-13,98	-0,0003	-0,03	0,2081	23,13	0,0005	0,05
<i>Solteiro</i>	0,3184	37,49	0,0007	0,07	0,3355	39,87	0,0008	0,08
<i>Cônjuge</i>	-0,3579	-30,09	-0,0008	-0,08	0,2009	22,25	0,0005	0,05
<i>Filho</i>	1,0756	193,18	0,0023	0,23	1,1824	226,21	0,0030	0,30
<i>Outros</i>	0,7899	120,33	0,0017	0,17	0,8950	144,74	0,0023	0,23
<i>0,01 - 0,24¹</i>	-0,4835	-38,34	-0,0010	-0,10	-0,4438	-35,84	-0,0011	-0,11
<i>0,25 - 0,49¹</i>	0,2393	27,04	0,0005	0,05	* 0,0980	10,29	0,0002	0,02
<i>0,50 - 0,74¹</i>	0,5582	74,75	0,0012	0,12	0,3535	42,41	0,0009	0,09
<i>0,75 - 0,99¹</i>	0,5955	81,40	0,0012	0,13	0,1824	20,01	0,0005	0,05
<i>1 - 1,99¹</i>	0,6034	82,83	0,0013	0,13	0,2404	27,18	0,0006	0,06
<i>2 - 2,99¹</i>	0,5553	74,24	0,0012	0,12	0,1913	21,09	0,0005	0,05
<i>3 - 3,99¹</i>	0,3524	42,24	0,0007	0,07	0,1432	15,39	0,0004	0,04
<i>4 - 4,99¹</i>	0,6449	90,58	0,0014	0,14	* 0,1682	18,31	0,0004	0,04
<i>5 ou mais¹</i>	0,6947	100,31	0,0015	0,15	* 0,1194	12,68	0,0003	0,03
<i>Urbano</i>	0,5488	73,12	0,0012	0,12	0,7486	111,40	0,0019	0,19
<i>Região Metropolitana</i>	0,1652	17,96	0,0003	0,03	0,1622	17,61	0,0004	0,04
<i>Norte</i>	-0,3995	-32,94	-0,0008	-0,08	-0,4665	-37,28	-0,0012	-0,12
<i>Nordeste</i>	-0,3750	-31,27	-0,0008	-0,08	-0,3539	-29,81	-0,0009	-0,09
<i>Centro-Oeste</i>	-0,0896	-8,57	-0,0002	-0,02	* -0,0550	-5,35	-0,0001	-0,01
<i>Sul</i>	* -0,1034	-9,82	-0,0002	-0,02	* -0,0136	-1,35	0,0000	0,00
<i>IDHM2010</i>	-0,2737	-23,95	-0,0006	-0,06	* 0,1051	11,08	0,0003	0,03
<i>Constante</i>	-8,3917				-9,0741			
<i>N</i>	5415202				5455328			
<i>N_clust</i>	4366493				4290387			
<i>ll</i>	-723319,09				-850671,83			
<i>r2_p</i>	0,08905356				0,06650975			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de ter incapacidade física

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 17: Coeficientes de regressão - Chance de ter incapacidade auditiva

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>IPM</i>	1,2964	265,63	0,0024	0,24	1,1565	217,87	0,0022	0,22
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	-0,4665	-37,28	-0,0008	-0,08	-0,4210	-34,36	-0,0008	-0,08
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	-0,9536	-61,47	-0,0017	-0,17	-0,7256	-51,60	-0,0014	-0,14
<i>Superior completo</i>	-0,9948	-63,02	-0,0018	-0,18	-0,4827	-38,29	-0,0009	-0,09
<i>Idade</i>	0,0020	0,20	0,0000	0,00	0,0129	1,29	0,0000	0,00
<i>Branco</i>	0,3324	39,44	0,0006	0,06	0,2725	31,33	0,0005	0,05
<i>Divorciado</i>	-0,1176	-11,09	-0,0002	-0,02	* -0,1110	-10,51	-0,0002	-0,02
<i>Viúvo</i>	-0,4440	-35,85	-0,0008	-0,08	-0,5883	-44,47	-0,0011	-0,11
<i>Solteiro</i>	0,1617	17,55	0,0003	0,03	0,1772	19,38	0,0003	0,03
<i>Cônjuge</i>	-0,1085	-10,28	-0,0002	-0,02	* 0,0225	2,27	0,0000	0,00
<i>Filho</i>	0,8522	134,49	0,0015	0,16	0,8162	126,20	0,0016	0,16
<i>Outros</i>	0,6499	91,54	0,0012	0,12	0,5906	80,51	0,0011	0,11
<i>0,01 - 0,24¹</i>	-0,5131	-40,14	-0,0009	-0,09	-0,4553	-36,57	-0,0009	-0,09
<i>0,25 - 0,49¹</i>	* -0,0545	-5,30	-0,0001	-0,01	* -0,1160	-10,95	-0,0002	-0,02
<i>0,50 - 0,74¹</i>	0,1648	17,92	0,0003	0,03	* 0,0678	7,02	0,0001	0,01

	Mulheres				Homens				
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%	
0,75 - 0,99 ¹	0,1005	10,57	0,0002	0,02	*	0,0103	1,03	0,0000	0,00
1 - 1,99 ¹	0,1363	14,60	0,0002	0,02	*	0,0243	2,46	0,0000	0,00
2 - 2,99 ¹	* 0,0879	9,19	0,0002	0,02	*	0,0261	2,64	0,0001	0,01
3 - 3,99 ¹	* 0,1454	15,65	0,0003	0,03	*	-0,0320	-3,15	-0,0001	-0,01
4 - 4,99 ¹	0,3657	44,15	0,0007	0,07	*	-0,0854	-8,19	-0,0002	-0,02
5 ou mais ¹	* 0,0583	6,00	0,0001	0,01		-0,4200	-34,30	-0,0008	-0,08
Urbano	0,2251	25,24	0,0004	0,04		0,3368	40,04	0,0007	0,07
Região									
Metropolitana	0,2535	28,85	0,0005	0,05		0,2674	30,65	0,0005	0,05
Norte	-0,4151	-33,97	-0,0008	-0,08		-0,4002	-32,98	-0,0008	-0,08
Nordeste	-0,3403	-28,85	-0,0006	-0,06		-0,3091	-26,59	-0,0006	-0,06
Centro-Oeste	* -0,0562	-5,46	-0,0001	-0,01	*	-0,0143	-1,42	0,0000	0,00
Sul	-0,1860	-16,97	-0,0003	-0,03		-0,0809	-7,77	-0,0002	-0,02
IDHM2010	* -0,2173	-19,53	-0,0004	-0,04	*	-0,3050	-26,29	-0,0006	-0,06
Constante	-6,7327012					-7,2452579			
N	5570650					5458099			
N_clust	4474550					4291595			
ll	-686903,75					-696399,28			
r2_p	0,04390002					0,03415025			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de ter incapacidade auditiva

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 18: Coeficientes de regressão: Chance de ter incapacidade visual

	Mulheres				Homens				
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%	
IPM	0,6857	98,53	0,0021	0,21	0,7829	118,78	0,0021	0,21	
Fundamental completo e médio									
incompleto	-0,1554	-14,39	-0,0005	-0,05	-0,1637	-15,10	-0,0004	-0,04	
Médio completo e superior									
incompleto	-0,4353	-35,29	-0,0013	-0,13	-0,3057	-26,34	-0,0008	-0,08	
Superior completo	-0,4501	-36,24	-0,0014	-0,14	-0,1343	-12,56	-0,0004	-0,04	
Idade	0,0258	2,62	0,0001	0,01	0,0270	2,73	0,0001	0,01	
Branco	0,2213	24,77	0,0007	0,07	0,2495	28,34	0,0007	0,07	
Divorciado	* -0,0647	-6,26	-0,0002	-0,02	*	-0,0504	-4,91	-0,0001	-0,01
Viúvo	-0,1126	-10,65	-0,0003	-0,03	*	-0,0175	-1,74	0,0000	0,00
Solteiro	* 0,0178	1,80	0,0001	0,01		0,0805	8,38	0,0002	0,02
Cônjuge	-0,2952	-25,56	-0,0009	-0,09	*	-0,0205	-2,03	-0,0001	-0,01
Filho	-0,0919	-8,78	-0,0003	-0,03		0,0714	7,40	0,0002	0,02
Outros	-0,0966	-9,21	-0,0003	-0,03	*	-0,0683	-6,60	-0,0002	-0,02
0,01 - 0,24 ¹	-0,4061	-33,38	-0,0012	-0,12		-0,4668	-37,30	-0,0013	-0,13
0,25 - 0,49 ¹	-0,1804	-16,51	-0,0006	-0,06		-0,2566	-22,63	-0,0007	-0,07
0,50 - 0,74 ¹	-0,1354	-12,66	-0,0004	-0,04		-0,1921	-17,48	-0,0005	-0,05
0,75 - 0,99 ¹	-0,1787	-16,37	-0,0005	-0,05		-0,2299	-20,54	-0,0006	-0,06
1 - 1,99 ¹	-0,2011	-18,22	-0,0006	-0,06		-0,2556	-22,56	-0,0007	-0,07
2 - 2,99 ¹	-0,2609	-22,97	-0,0008	-0,08		-0,2919	-25,32	-0,0008	-0,08
3 - 3,99 ¹	-0,3187	-27,29	-0,0010	-0,10		-0,3168	-27,15	-0,0009	-0,09
4 - 4,99 ¹	* -0,1500	-13,93	-0,0005	-0,05		-0,3401	-28,83	-0,0009	-0,09
5 ou mais ¹	-0,2418	-21,48	-0,0007	-0,07		-0,3952	-32,65	-0,0011	-0,11
Urbano	0,1046	11,03	0,0003	0,03		0,2783	32,09	0,0008	0,08
Região									
Metropolitana	0,4154	51,50	0,0013	0,13		0,4358	54,63	0,0012	0,12
Norte	-0,3818	-31,74	-0,0012	-0,12		-0,2984	-25,80	-0,0008	-0,08
Nordeste	-0,4682	-37,39	-0,0014	-0,14		-0,3295	-28,07	-0,0009	-0,09
Centro-Oeste	-0,3081	-26,52	-0,0009	-0,09		-0,2020	-18,29	-0,0006	-0,06
Sul	-0,3196	-27,36	-0,0010	-0,10		-0,1720	-15,80	-0,0005	-0,05
IDHM2010	* 0,0552	5,68	0,0002	0,02		-0,7085	-50,76	-0,0019	-0,19
Constante	-6,5187868					-6,5187868			

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>N</i>	4456365				4456365			
<i>N_clust</i>	3690205				3690205			
<i>ll</i>	-874868,52				-874868,52			
<i>r2_p</i>	0,02384323				0,02384323			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de ter incapacidade visual

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 19: Coeficientes de regressão - Chance de ter incapacidade múltipla

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>IPM</i>	1,3206	274,58	0,0072	0,72	1,1471	214,92	0,0065	0,65
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	-0,3541	-29,82	-0,0019	-0,19	-0,3737	-31,18	-0,0021	-0,21
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	-0,7427	-52,42	-0,0040	-0,40	-0,6055	-45,42	-0,0034	-0,34
<i>Superior completo</i>	-0,7720	-53,79	-0,0042	-0,42	-0,4419	-35,72	-0,0025	-0,25
<i>Idade</i>	0,0224	2,27	0,0001	0,01	0,0281	2,85	0,0002	0,02
<i>Branco</i>	0,3027	35,35	0,0016	0,16	0,2766	31,86	0,0016	0,16
<i>Divorciado</i>	-0,1427	-13,30	-0,0008	-0,08	-0,1063	-10,08	-0,0006	-0,06
<i>Viúvo</i>	-0,2447	-21,71	-0,0013	-0,13	* -0,0526	-5,13	-0,0003	-0,03
<i>Solteiro</i>	0,1171	12,42	0,0006	0,06	0,1574	17,05	0,0009	0,09
<i>Cônjuge</i>	-0,2572	-22,68	-0,0014	-0,14	* 0,0038	0,38	0,0000	0,00
<i>Filho</i>	0,5813	78,83	0,0032	0,32	0,7241	106,28	0,0041	0,41
<i>Outros</i>	0,3714	44,97	0,0020	0,20	0,4435	55,81	0,0025	0,25
<i>0,01 - 0,24¹</i>	-0,4151	-33,98	-0,0023	-0,22	-0,4316	-35,05	-0,0024	-0,24
<i>0,25 - 0,49¹</i>	* 0,0565	5,81	0,0003	0,03	* -0,0173	-1,72	-0,0001	-0,01
<i>0,50 - 0,74¹</i>	0,2142	23,89	0,0012	0,12	0,1114	11,78	0,0006	0,06
<i>0,75 - 0,99¹</i>	0,1900	20,93	0,0010	0,10	* 0,0314	3,19	0,0002	0,02
<i>1 - 1,99¹</i>	0,1539	16,63	0,0008	0,08	* 0,0231	2,34	0,0001	0,01
<i>2 - 2,99¹</i>	0,1098	11,60	0,0006	0,06	* -0,0034	-0,34	0,0000	0,00
<i>3 - 3,99¹</i>	0,0618	6,37	0,0003	0,03	* -0,0437	-4,28	-0,0002	-0,02
<i>4 - 4,99¹</i>	0,2131	23,75	0,0012	0,12	* -0,0946	-9,03	-0,0005	-0,05
<i>5 ou mais¹</i>	0,1295	13,82	0,0007	0,07	-0,1751	-16,06	-0,0010	-0,10
<i>Urbano</i>	0,3280	38,81	0,0018	0,18	0,5072	66,06	0,0029	0,29
<i>Região Metropolitana</i>	0,2823	32,61	0,0015	0,15	0,2587	29,52	0,0015	0,15
<i>Norte</i>	-0,4037	-33,22	-0,0022	-0,22	-0,3555	-29,92	-0,0020	-0,20
<i>Nordeste</i>	-0,4181	-34,17	-0,0023	-0,23	-0,3300	-28,11	-0,0019	-0,19
<i>Centro-Oeste</i>	-0,1802	-16,49	-0,0010	-0,10	-0,1002	-9,54	-0,0006	-0,06
<i>Sul</i>	-0,2104	-18,97	-0,0011	-0,11	-0,0776	-7,46	-0,0004	-0,04
<i>IDHM2010</i>	* -0,1334	-12,49	-0,0007	-0,07	* -0,1622	-14,97	-0,0009	-0,09
<i>Constante</i>	-6,3812351				-6,9153429			
<i>N</i>	4234353				4501967			
<i>N_clust</i>	3526835				3635392			
<i>ll</i>	-1329584,8				-1428586,8			
<i>r2_p</i>	0,04537341				0,03749502			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de ter incapacidade múltipla

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 20: Coeficientes de regressão - Chance de ter dificuldade física permanente

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>IPM</i>	0,5772	78,11	0,0088	0,89	0,6934	100,05	0,0076	0,77
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	-0,3770	-31,41	-0,0058	-0,57	-0,3433	-29,06	-0,0038	-0,38
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	-0,8451	-57,05	-0,0129	-1,28	-0,7419	-52,38	-0,0082	-0,81
<i>Superior completo</i>	-1,3604	-74,34	-0,0208	-2,06	-1,2163	-70,37	-0,0134	-1,33
<i>Idade</i>	0,0929	9,74	0,0014	0,14	0,0815	8,49	0,0009	0,09
<i>Branco</i>	-0,1218	-11,46	-0,0019	-0,19	-0,0639	-6,19	-0,0007	-0,07
<i>Divorciado</i>	0,1173	12,45	0,0018	0,18	0,3251	38,42	0,0036	0,36
<i>Viúvo</i>	0,0433	4,43	0,0007	0,07	0,2709	31,12	0,0030	0,30
<i>Solteiro</i>	0,1492	16,09	0,0023	0,23	0,2592	29,59	0,0029	0,29
<i>Cônjuge</i>	-0,5614	-42,96	-0,0086	-0,85	-0,1732	-15,91	-0,0019	-0,19
<i>Filho</i>	-0,0675	-6,52	-0,0010	-0,10	0,3308	39,21	0,0036	0,37
<i>Outros</i>	-0,3609	-30,29	-0,0055	-0,55	0,0386	3,94	0,0004	0,04
<i>0,01 - 0,24¹</i>	0,1769	19,35	0,0027	0,27	* -0,0007	-0,07	0,0000	0,00
<i>0,25 - 0,49¹</i>	0,2041	22,64	0,0031	0,31	0,0517	5,30	0,0006	0,06
<i>0,50 - 0,74¹</i>	0,2124	23,67	0,0032	0,32	0,0903	9,44	0,0010	0,10
<i>0,75 - 0,99¹</i>	0,0743	7,72	0,0011	0,11	-0,1030	-9,79	-0,0011	-0,11
<i>1 - 1,99¹</i>	0,0484	4,96	0,0007	0,07	-0,0910	-8,69	-0,0010	-0,10
<i>2 - 2,99¹</i>	-0,2426	-21,54	-0,0037	-0,37	-0,4011	-33,04	-0,0044	-0,44
<i>3 - 3,99¹</i>	-0,3908	-32,35	-0,0060	-0,59	-0,5789	-43,95	-0,0064	-0,64
<i>4 - 4,99¹</i>	-0,5233	-40,74	-0,0080	-0,80	-0,5560	-42,65	-0,0061	-0,61
<i>5 ou mais¹</i>	-0,6419	-47,37	-0,0098	-0,98	-0,7459	-52,57	-0,0082	-0,82
<i>Urbano</i>	0,4036	49,73	0,0062	0,62	0,3992	49,06	0,0044	0,44
<i>Região</i>								
<i>Metropolitana</i>	0,0340	3,45	0,0005	0,05	* 0,0070	0,71	0,0001	0,01
<i>Norte</i>	0,0790	8,22	0,0012	0,12	0,0767	7,97	0,0008	0,08
<i>Nordeste</i>	0,1111	11,75	0,0017	0,17	0,0369	3,76	0,0004	0,04
<i>Centro-Oeste</i>	* 0,0128	1,28	0,0002	0,02	* 0,0224	2,27	0,0002	0,02
<i>Sul</i>	0,1427	15,33	0,0022	0,22	0,2608	29,79	0,0029	0,29
<i>IDHM2010</i>	0,1781	19,50	0,0027	0,27	* -0,0158	-1,57	-0,0002	-0,02
<i>Constante</i>	-8,1323063				-8,1282541			
<i>N</i>	5497184				5508975			
<i>N_clust</i>	4423137				4326604			
<i>ll</i>	-3705730,4				-2864837,2			
<i>r2_p</i>	0,15966703				0,11073203			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de ter dificuldade física permanente

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 21: Coeficientes de regressão - Chance de ter dificuldade auditiva permanente

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>IPM</i>	0,2470	28,02	0,0072	0,73	0,261344	29,87	0,008445	0,85
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	-0,1583	-14,64	-0,0046	-0,46	-0,13236	-12,40	-0,00428	-0,43
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	-0,3496	-29,51	-0,0102	-1,02	-0,33888	-28,74	-0,01095	-1,09
<i>Superior completo</i>	-0,6119	-45,77	-0,0179	-1,77	-0,68208	-49,44	-0,02204	-2,18
<i>Idade</i>	0,0470	4,81	0,0014	0,14	0,049985	5,13	0,001615	0,16
<i>Branco</i>	-0,0777	-7,48	-0,0023	-0,23	* 0,006227	0,62	0,000201	0,02
<i>Divorciado</i>	0,1299	13,88	0,0038	0,38	0,123852	13,18	0,004002	0,40
<i>Viúvo</i>	0,1321	14,12	0,0039	0,39	0,211405	23,54	0,006831	0,69
<i>Solteiro</i>	0,0986	10,36	0,0029	0,29	0,042555	4,35	0,001375	0,14
<i>Cônjuge</i>	-0,3327	-28,30	-0,0097	-0,97	-0,10224	-9,72	-0,0033	-0,33
<i>Filho</i>	-0,3194	-27,34	-0,0093	-0,93	-0,2313	-20,65	-0,00747	-0,74

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>Outros</i>	-0,4029	-33,16	-0,0118	-1,17	-0,31524	-27,04	-0,01019	-1,01
<i>0,01 - 0,24^l</i>	0,0979	10,29	0,0029	0,29	-0,05045	-4,92	-0,00163	-0,16
<i>0,25 - 0,49^l</i>	0,1253	13,34	0,0037	0,37	0,022657	2,29	0,000732	0,07
<i>0,50 - 0,74^l</i>	0,1230	13,09	0,0036	0,36	0,094239	9,88	0,003045	0,30
<i>0,75 - 0,99^l</i>	0,0551	5,66	0,0016	0,16	0,056966	5,86	0,001841	0,18
<i>1 - 1,99^l</i>	* 0,0055	0,55	0,0002	0,02	0,047326	4,85	0,001529	0,15
<i>2 - 2,99^l</i>	-0,1154	-10,90	-0,0034	-0,34	-0,05065	-4,94	-0,00164	-0,16
<i>3 - 3,99^l</i>	-0,2381	-21,19	-0,0070	-0,69	-0,07901	-7,60	-0,00255	-0,25
<i>4 - 4,99^l</i>	-0,2570	-22,66	-0,0075	-0,75	-0,16072	-14,85	-0,00519	-0,52
<i>5 ou mais^l</i>	-0,3692	-30,87	-0,0108	-1,07	-0,15362	-14,24	-0,00496	-0,50
<i>Urbano</i>	0,1235	13,14	0,0036	0,36	0,177793	19,46	0,005745	0,58
<i>Região</i>								
<i>Metropolitana</i>	0,0689	7,13	0,0020	0,20	0,129865	13,87	0,004197	0,42
<i>Norte</i>	0,2745	31,59	0,0080	0,81	0,356856	42,88	0,011532	1,16
<i>Nordeste</i>	0,3685	44,55	0,0108	1,08	0,257821	29,41	0,008331	0,84
<i>Centro-Oeste</i>	0,1010	10,63	0,0030	0,30	0,059303	6,11	0,001916	0,19
<i>Sul</i>	* 0,0050	0,50	0,0001	0,01	0,081081	8,45	0,00262	0,26
<i>IDHM2010</i>	0,2550	29,05	0,0075	0,75	* 0,037934	3,87	0,001226	0,12
<i>Constante</i>	-5,46335				-5,53257			
<i>N</i>	5786930				5696769			
<i>N_clust</i>	4621565				4452582			
<i>ll</i>	-7220415				-7496698			
<i>r2_p</i>	0,060798				0,057294			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de ter dificuldade auditiva permanente

^lRenda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 22: Chance de ter dificuldade visual permanente

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>IPM</i>	-0,0161	-1,60	-0,0023	-0,23	0,0264	2,68	0,0030	0,30
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	-0,0944	-9,00	-0,0136	-1,35	-0,0631	-6,11	-0,0072	-0,72
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	-0,2013	-18,23	-0,0290	-2,86	-0,1259	-11,83	-0,0144	-1,43
<i>Superior completo</i>	-0,2997	-25,89	-0,0432	-4,23	-0,1688	-15,54	-0,0193	-1,91
<i>Idade</i>	0,0553	5,68	0,0080	0,80	0,0628	6,48	0,0072	0,72
<i>Branco</i>	-0,0720	-6,95	-0,0104	-1,03	-0,0082	-0,82	-0,0009	-0,09
<i>Divorciado</i>	-0,0135	-1,34	-0,0019	-0,19	0,0266	2,70	0,0030	0,30
<i>Viúvo</i>	-0,0122	-1,22	-0,0018	-0,18	0,0520	5,34	0,0059	0,60
<i>Solteiro</i>	-0,0290	-2,86	-0,0042	-0,42	-0,0608	-5,90	-0,0069	-0,69
<i>Cônjuge</i>	-0,1808	-16,54	-0,0261	-2,57	0,0134	1,35	0,0015	0,15
<i>Filho</i>	0,0288	2,92	0,0042	0,42	0,0799	8,31	0,0091	0,92
<i>Outros</i>	-0,2817	-24,55	-0,0407	-3,98	-0,2238	-20,05	-0,0255	-2,52
<i>0,01 - 0,24^l</i>	0,1751	19,14	0,0253	2,56	0,1295	13,83	0,0148	1,49
<i>0,25 - 0,49^l</i>	0,1609	17,45	0,0232	2,35	0,0830	8,65	0,0095	0,95
<i>0,50 - 0,74^l</i>	0,1438	15,46	0,0208	2,10	0,0762	7,92	0,0087	0,87
<i>0,75 - 0,99^l</i>	0,1174	12,45	0,0169	1,71	0,0591	6,08	0,0067	0,68
<i>1 - 1,99^l</i>	0,0745	7,74	0,0108	1,08	0,0326	3,32	0,0037	0,37
<i>2 - 2,99^l</i>	* -0,0057	-0,57	-0,0008	-0,08	* -0,0092	-0,91	-0,0010	-0,10
<i>3 - 3,99^l</i>	-0,0850	-8,15	-0,0123	-1,22	-0,0568	-5,52	-0,0065	-0,65
<i>4 - 4,99^l</i>	-0,1365	-12,76	-0,0197	-1,95	-0,1058	-10,04	-0,0121	-1,20
<i>5 ou mais^l</i>	-0,2435	-21,61	-0,0351	-3,45	-0,1716	-15,77	-0,0196	-1,94
<i>Urbano</i>	0,0306	3,11	0,0044	0,44	0,0528	5,42	0,0060	0,60
<i>Região</i>								
<i>Metropolitana</i>	0,1478	15,93	0,0213	2,16	0,1695	18,47	0,0193	1,95
<i>Norte</i>	0,3693	44,67	0,0533	5,47	0,4406	55,36	0,0503	5,16
<i>Nordeste</i>	0,2888	33,48	0,0417	4,26	0,2818	32,55	0,0322	3,27
<i>Centro-Oeste</i>	0,1529	16,52	0,0221	2,23	0,1575	17,06	0,0180	1,81
<i>Sul</i>	-0,1283	-12,04	-0,0185	-1,83	-0,1157	-10,93	-0,0132	-1,31
<i>IDHM2010</i>	0,1839	20,19	0,0265	2,69	0,1571	17,02	0,0179	1,81

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>Constante</i>	-3,70978				-4,51924			
<i>N</i>	5786930				5696769			
<i>N_clust</i>	4621565				4452582			
<i>ll</i>	-254285				-201623			
<i>r2_p</i>	0,075488				0,085864			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de ter dificuldade visual permanente

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 23: Chance de ter deficiência cognitiva

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>IPM</i>	1,8300	523,38	0,0205	2,07	1,8104	511,31	0,0258	2,62
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	-0,9284	-60,48	-0,0104	-1,03	-0,8027	-55,19	-0,0115	-1,14
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	-1,7459	-82,55	-0,0195	-1,93	-1,4457	-76,44	-0,0206	-2,04
<i>Superior completo</i>	-2,2145	-89,08	-0,0248	-2,45	-1,9095	-85,19	-0,0272	-2,69
<i>Idade</i>	0,0303	3,08	0,0003	0,03	0,0434	4,43	0,0006	0,06
<i>Branco</i>	0,2444	27,68	0,0027	0,27	0,2345	26,43	0,0033	0,34
<i>Divorciado</i>	0,2444	27,68	0,0027	0,27	0,0993	10,44	0,0014	0,14
<i>Viúvo</i>	-0,2006	-18,18	-0,0022	-0,22	-0,1365	-12,76	-0,0019	-0,19
<i>Solteiro</i>	0,6249	86,81	0,0070	0,70	0,7953	121,51	0,0113	1,14
<i>Cônjuge</i>	-0,3587	-30,14	-0,0040	-0,40	* -0,0248	-2,44	-0,0004	-0,04
<i>Filho</i>	1,7288	463,41	0,0193	1,95	1,9966	636,40	0,0285	2,89
<i>Outros</i>	1,1993	231,77	0,0134	1,35	1,5044	350,13	0,0215	2,17
<i>0,01 - 0,24¹</i>	-0,2037	-18,43	-0,0023	-0,23	-0,2951	-25,56	-0,0042	-0,42
<i>0,25 - 0,49¹</i>	0,2243	25,15	0,0025	0,25	0,0506	5,19	0,0007	0,07
<i>0,50 - 0,74¹</i>	0,4975	64,46	0,0056	0,56	0,2682	30,76	0,0038	0,38
<i>0,75 - 0,99¹</i>	0,4233	52,71	0,0047	0,47	0,1319	14,10	0,0019	0,19
<i>1 - 1,99¹</i>	0,5298	69,86	0,0059	0,59	0,2022	22,41	0,0029	0,29
<i>2 - 2,99¹</i>	0,4434	55,80	0,0050	0,50	* -0,0067	-0,67	-0,0001	-0,01
<i>3 - 3,99¹</i>	0,3696	44,72	0,0041	0,41	* 0,0555	5,71	0,0008	0,08
<i>4 - 4,99¹</i>	0,4643	59,09	0,0052	0,52	0,2282	25,64	0,0033	0,33
<i>5 ou mais¹</i>	0,5849	79,48	0,0065	0,66	-0,3416	-28,93	-0,0049	-0,49
<i>Urbano</i>	0,4980	64,55	0,0056	0,56	0,7731	116,65	0,0110	1,11
<i>Região Metropolitana</i>	* 0,0081	0,82	0,0001	0,01	0,1469	15,83	0,0021	0,21
<i>Norte</i>	-0,3660	-30,65	-0,0041	-0,41	-0,5301	-41,14	-0,0076	-0,75
<i>Nordeste</i>	-0,1867	-17,03	-0,0021	-0,21	-0,2495	-22,08	-0,0036	-0,36
<i>Centro-Oeste</i>	* 0,0027	0,27	0,0000	0,00	-0,1650	-15,21	-0,0024	-0,24
<i>Sul</i>	0,1404	15,07	0,0016	0,16	0,1163	12,34	0,0017	0,17
<i>IDHM2010</i>	* -0,0537	-5,23	-0,0006	-0,06	-0,1717	-15,78	-0,0024	-0,24
<i>Constante</i>	-7,08622				-7,97162			
<i>N</i>	5786850				5696055			
<i>N_clust</i>	4621503				4451883			
<i>ll</i>	-2947814				-3444707			
<i>r2_p</i>	0,196376				0,20207			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de ter deficiência cognitiva

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

Tabela 24: Chance de ter dificuldade múltipla permanente

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>IPM</i>	0,0638	6,59	0,0095	0,95	0,0952	9,99	0,0120	1,20
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	-0,1056	-10,02	-0,0157	-1,56	-0,0773	-7,44	-0,0097	-0,97
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	-0,2224	-19,94	-0,0331	-3,26	-0,1584	-14,65	-0,0199	-1,97
<i>Superior completo</i>	-0,3328	-28,31	-0,0496	-4,84	-0,2249	-20,14	-0,0283	-2,79
<i>Idade</i>	0,0562	5,78	0,0084	0,84	0,0614	6,33	0,0077	0,77
<i>Branco</i>	-0,0648	-6,27	-0,0096	-0,96	0,0003	0,03	0,0000	0,00
<i>Divorciado</i>	* -0,0039	-0,39	-0,0006	-0,06	0,0442	4,52	0,0056	0,56
<i>Viúvo</i>	0,0208	2,10	0,0031	0,31	0,0649	6,70	0,0082	0,82
<i>Solteiro</i>	-0,0069	-0,69	-0,0010	-0,10	-0,0383	-3,75	-0,0048	-0,48
<i>Cônjuge</i>	-0,2159	-19,42	-0,0322	-3,16	* 0,0021	0,21	0,0003	0,03
<i>Filho</i>	0,0225	2,28	0,0034	0,34	0,0728	7,55	0,0091	0,92
<i>Outros</i>	-0,2801	-24,43	-0,0417	-4,09	-0,2085	-18,82	-0,0262	-2,59
<i>0,01 - 0,24¹</i>	0,1878	20,66	0,0280	2,84	0,1397	15,00	0,0176	1,77
<i>0,25 - 0,49¹</i>	0,1934	21,33	0,0288	2,92	0,1273	13,58	0,0160	1,61
<i>0,50 - 0,74¹</i>	0,1825	20,02	0,0272	2,76	0,1315	14,05	0,0165	1,67
<i>0,75 - 0,99¹</i>	0,1463	15,76	0,0218	2,20	0,1068	11,27	0,0134	1,35
<i>1 - 1,99¹</i>	0,1054	11,11	0,0157	1,58	0,0767	7,98	0,0096	0,97
<i>2 - 2,99¹</i>	* 0,0164	1,66	0,0024	0,24	0,0193	1,95	0,0024	0,24
<i>3 - 3,99¹</i>	-0,0695	-6,71	-0,0104	-1,03	-0,0327	-3,22	-0,0041	-0,41
<i>4 - 4,99¹</i>	-0,1138	-10,75	-0,0169	-1,68	-0,0805	-7,73	-0,0101	-1,01
<i>5 ou mais¹</i>	-0,2311	-20,63	-0,0344	-3,38	-0,1524	-14,14	-0,0192	-1,90
<i>Urbano</i>	0,0808	8,42	0,0120	1,21	0,1104	11,68	0,0139	1,40
<i>Região Metropolitana</i>	0,1336	14,30	0,0199	2,01	0,1561	16,89	0,0196	1,98
<i>Norte</i>	0,3569	42,89	0,0532	5,46	0,4162	51,61	0,0523	5,37
<i>Nordeste</i>	0,3053	35,70	0,0455	4,65	0,2806	32,39	0,0353	3,59
<i>Centro-Oeste</i>	0,1592	17,26	0,0237	2,40	0,1494	16,11	0,0188	1,89
<i>Sul</i>	-0,1014	-9,64	-0,0151	-1,50	-0,0680	-6,57	-0,0085	-0,85
<i>IDHM2010</i>	0,1941	21,42	0,0289	2,93	0,1387	14,87	0,0174	1,76
<i>Constante</i>					-4,36262			
<i>N</i>					5508975			
<i>N_clust</i>					4326604			
<i>ll</i>					-21074685			
<i>r2_p</i>					0,083981			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de ter dificuldade múltipla permanente

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

5. Inserção no mercado de trabalho

Para analisarmos a inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho realizamos os modelos de regressão logística binária, logística multinomial, e de regressão lineares, com suas respectivas variáveis dependentes e os efeitos que buscamos verificar, todos por sexo:

Modelo XVI – Variável dependente binária: estar na PEA – efeitos dos tipos de dificuldade e índice de acessibilidade.

Modelo XVII – Variável dependente binária: Chance de estar na PEA – efeitos dos tipos de incapacidade e índice de acessibilidade.

Modelo XVIII – Variável dependente discreta: Força de trabalho – chance de estar no mercado informal de trabalho ou fora do mercado de trabalho, comparado a quem está no mercado formal de trabalho – efeitos dos tipos de deficiência.

Modelo XIX – Variável dependente binária: Mercado de trabalho – chance de estar no mercado formal de trabalho, comparado a quem está no mercado informal de trabalho – efeitos dos tipos de deficiência e escolaridade.

Modelo XX – Variável dependente linear: Status ocupacional – tipo de deficiência, escolaridade e raça;

Modelo XXI – Variável dependente linear: Logaritmo da renda – tipo de deficiência, escolaridade e raça;

Modelo XXII – Variável dependente linear: Percentual da renda – tipo de deficiência, escolaridade e raça.

5.1 População economicamente ativa

Considerando os efeitos dos diferentes tipos de dificuldade permanente e incapacidade por sexo, observamos nos Modelos XVI e XVII que qualquer tipo de deficiência diminui as chances de participar da PEA. Comparando os diferentes efeitos, notamos no geral que eles se mostram superiores entre os homens, reduzindo mais a chance deles que das mulheres.

A incapacidade física se mostra a mais limitante. As pessoas com incapacidade física possuem as menores chances de participarem da PEA, uma vez que essa incapacidade diminui para homens 43% e para as mulheres, 34% as referidas chances. A deficiência cognitiva também apresenta seu maior efeitos entre os homens, reduzindo em 35% para os homens e em 32% para as mulheres, mantido tudo mais constante. Esses achados reforçam a vulnerabilidade das pessoas com essas deficiências, haja vista que apresentaram também as maiores chances de não ter instrução, não ter saneamento básico, água tratada e energia elétrica no domicílio (principalmente aquelas com incapacidade física) e de estarem em uma condição de pobreza multidimensional.

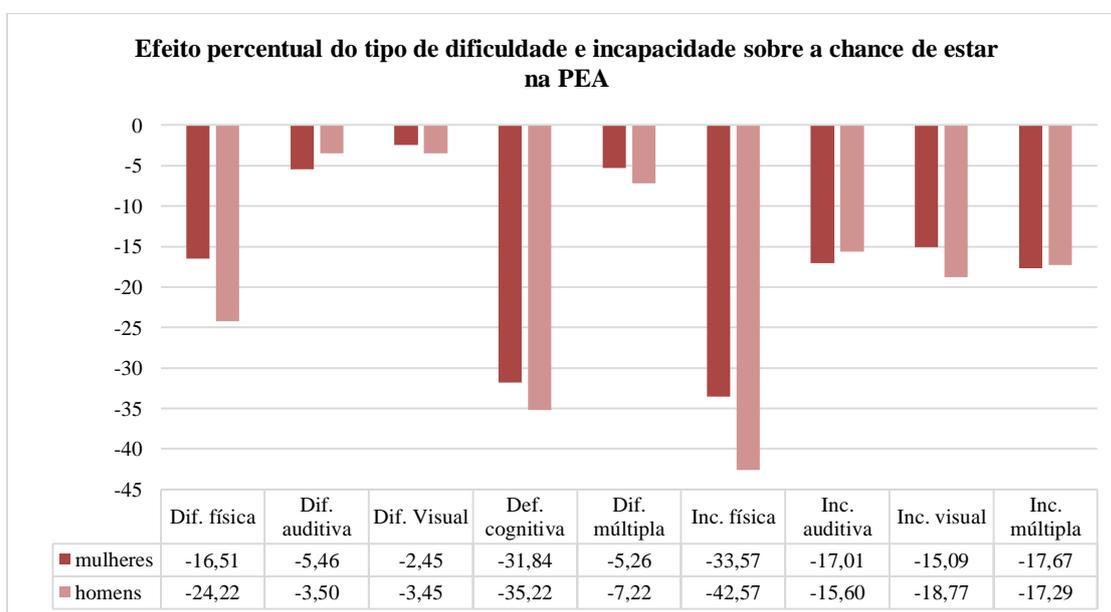


Gráfico 16: Efeitos preditos percentuais e do tipo de dificuldade e incapacidade sobre a chance de estar na PEA, por sexo

Efeitos percentual considerando uma pessoa sem instrução, negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

Posterior à incapacidade física e deficiência cognitiva, notamos as maiores reduções nas chances de estarem na PEA entre as pessoas com dificuldade física permanente, seguidas por aquelas com alguma incapacidade sensorial ou múltipla. Por outro lado, as pessoas com dificuldade visual, auditiva e múltipla, são as que possuem, em comparação com as demais, as maiores chances de participarem da PEA.

Em relação ao efeito da variável teste a respeito sobre o índice de acessibilidade nas cidades, salta aos olhos as diferenças encontradas por sexo. Tanto entre as pessoas com

dificuldade permanente, quanto entre aquelas com incapacidade, o efeito do aumento desse índice teve efeito oposto entre homens e mulheres.

Para os homens, o aumento do índice de acessibilidade eleva as chances de participação na PEA. O índice levou em consideração somente a acessibilidade física no espaço urbano (calçadas e ruas pavimentadas e rampas para cadeirantes), e ressaltamos o quanto o aumento desse índice favorece os homens com alguma incapacidade ou dificuldade permanente física, como podemos observar nos gráficos abaixo. Contudo, o aumento desse índice se mostrou positivo entre os homens com demais tipos de dificuldade, incapacidade e mesmo entre aqueles sem deficiência.

Já entre as mulheres, verificamos que o aumento da acessibilidade não contribui de forma positiva para a participação delas na PEA, ao contrário, apresentou uma redução das chances. A diferença de mobilidade entre homens e mulheres no espaço urbano foi abordada por Kwan (1999). A autora ressalta que as mulheres, independentemente de estarem empregadas ou não, vivenciam mais experiências de restrição da mobilidade urbana tanto em termos absolutos quanto em termos relativos quando comparadas aos homens. Para a autora, isso indica que a relação das mulheres com o espaço urbano não vai ser substancialmente alterada enquanto for mantida a divisão sexual do trabalho, pois apesar da crença de que as tendências recentes - como o crescente número de mulheres com maior *status* e renda, bem como melhoria em seu acesso a meios privados de transporte - levará a mudanças nos papéis tradicionais de gênero, a restrição de tempo e mobilidade das mulheres tem sido mantida em relação aos homens (KWAN, 1999).

Dessa forma, a partir das considerações de Kwan (1999), concordamos com o apontamento de Mitra (2017) a respeito de que os fatores pessoais (como o sexo), interagem com os impedimentos corporais na conversão de recursos em bem-estar: em um ambiente onde as mulheres são constrangidas em seus movimentos fora de suas casas, uma cadeira de rodas não se traduzirá em mobilidade para mulheres com lesão medular (Mitra, 2017).

Como a média do índice de acessibilidade nos municípios brasileiros foi de 0,024, em uma escala que vai de 0 a 1, ressaltamos os apontamentos sobre a experiência de pessoas com deficiência em ambientes urbanos sem acessibilidade (IMRIE, ROB., 2000; IMRIE, ROB, 2000a; b; IMRIE; KUMAR, 1998; IMRIE; THOMAS, 2008; IMRIE, 1996), que não levam em consideração a necessidade específica e seus corpos e como isso implica

em uma segregação espacial, denominada por Imrie e Kumar (1998) de “*apartheid by desing*”. Ademais, Rolnik (2002) ressalta que a exclusão de pessoas do espaço urbano reproduz as desigualdades sociais, dificultando o acesso aos bens serviços (públicos e privados) e transporte, diminuindo as oportunidades de emprego e de qualificação e formação de redes sociais (BERNIS; PEREIRA; ALMEIDA, 2018; MARICATO, 2001).

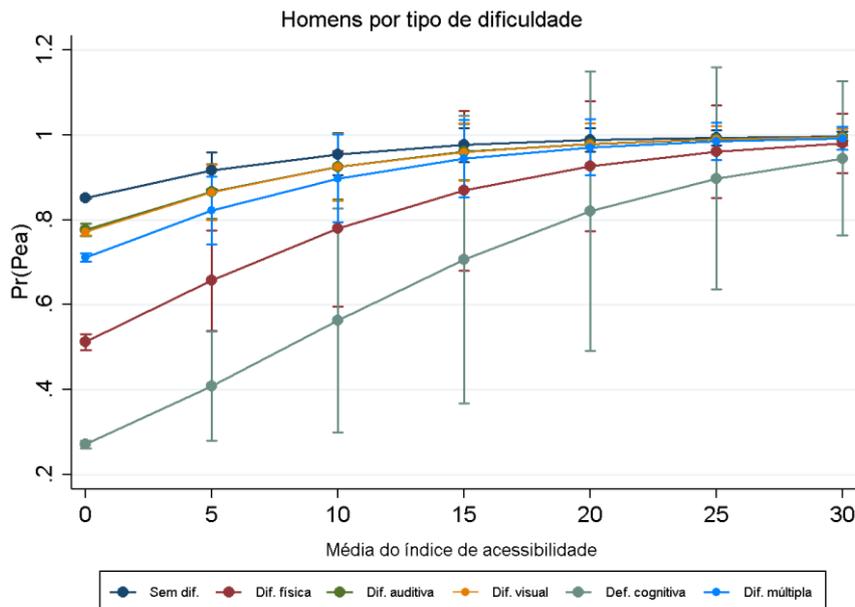


Gráfico 17: Efeitos marginais médios do índice de acessibilidade sobre a probabilidade de estar na PEA - homens por tipo de dificuldade

Efeitos percentuais preditos considerando uma pessoa sem instrução, negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área urbana na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

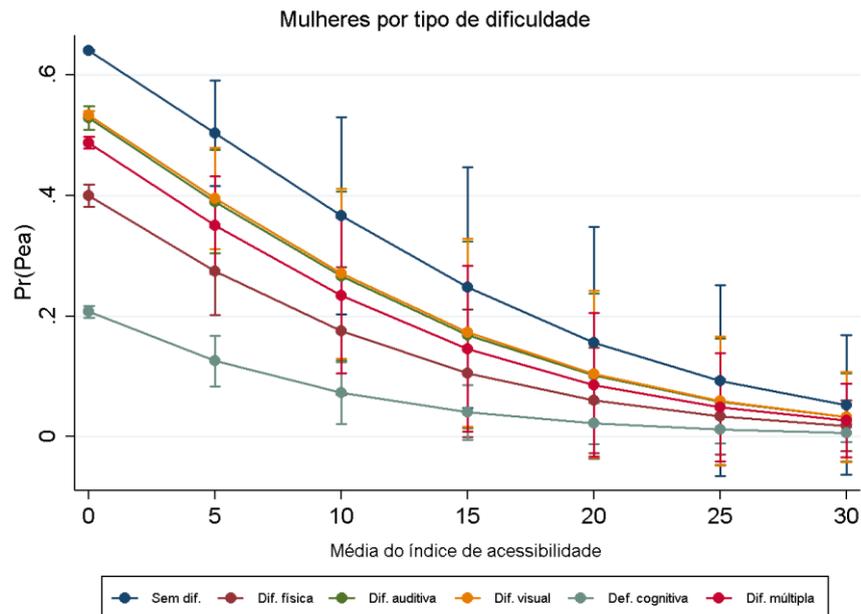


Gráfico 18: Efeitos marginais médios do índice de acessibilidade sobre a probabilidade de estar na PEA - mulheres por tipo de dificuldade
 Efeitos percentuais preditos considerando uma pessoa sem instrução, negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área urbana na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

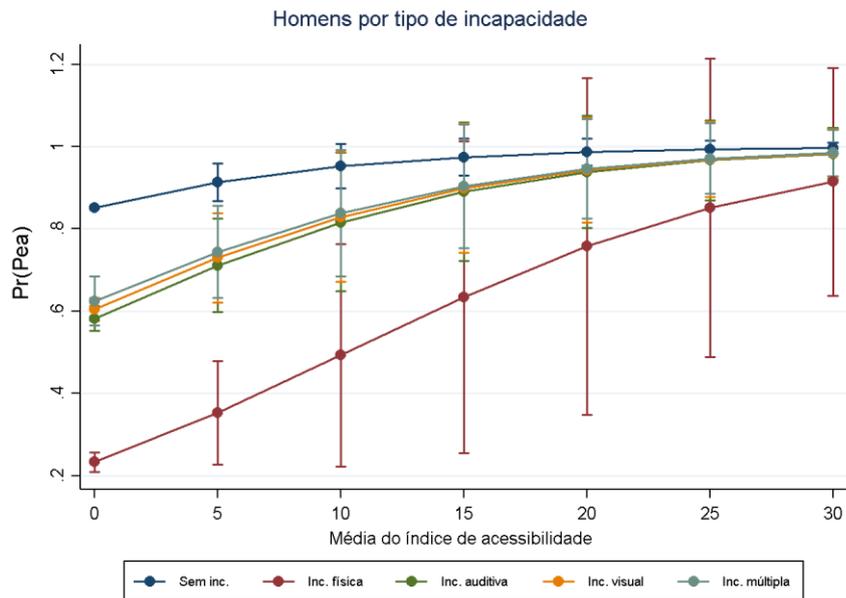


Gráfico 19: Efeitos marginais médios do índice de acessibilidade sobre a probabilidade de estar na PEA - homens por tipo de incapacidade
 Efeitos percentuais preditos considerando uma pessoa sem instrução, negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área urbana na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

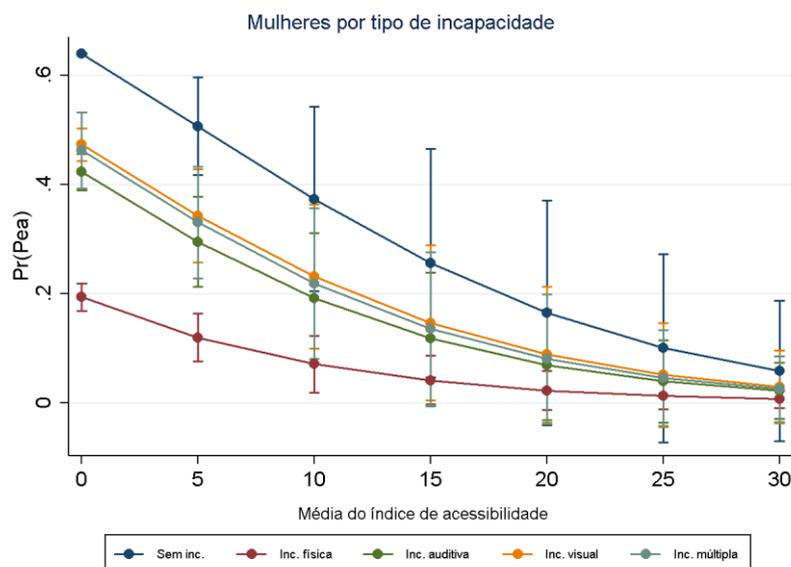


Gráfico 20: Efeitos marginais médios do índice de acessibilidade sobre a probabilidade de estar na PEA - mulheres por tipo de incapacidade

Efeitos marginais preditos considerando uma pessoa sem instrução, negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área urbana na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade média por sexo.

Tabela 25: Modelos XVI e XVI: Coeficientes de regressão logística sobre a probabilidade de estar na PEA, por sexo

	Mulheres				Homens			
	Tipo de incapacidade		Tipo de dificuldade		Tipo de incapacidade		Tipo de dificuldade	
	Coef.	%	Coef.	%	Coef.	%	Coef.	%
<i>Inc física</i>	-1.9356	-85.57			-2.8498	-94.21		
<i>Inc auditiva</i>	-0.7612	-53.29			-1.2125	-70.25		
<i>Inc visual</i>	-0.665	-48.57			-1.3999	-75.34		
<i>Inc múltipla</i>	-0.7949	-54.84			-1.3132	-73.10		
<i>Dif física</i>			-0.7348	-52.04			-1.7138	-81.98
<i>Dif auditiva</i>			-0.2286	-20.43			-0.3516	-29.64
<i>Dif visual</i>			-0.1019	-9.69			-0.3477	-29.37
<i>Def cognitiva</i>			-1.7428	-82.50			-2.3525	-90.49
<i>Dif múltipla</i>			-0.2201	-19.76			-0.6569	-48.16
<i>Branco</i>	-0.0394	-3.86	-0.0441	-4.32	-0.0188	-1.86	-0.0186	-1.84
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	0.3535	42.41	0.3608	43.45	0.3093	36.24	0.3168	37.28
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	0.7407	109.74	0.7509	111.88	0.4801	61.63	0.4965	64.29
<i>Superior completo</i>	1.5924	391.55	1.6012	395.90	0.8856	142.44	0.9053	147.26
<i>Idade centralizada</i>	0.0221	2.23	0.0211	2.13	0.0201	2.03	0.0184	1.86
<i>Idade centralizada²</i>	-0.0027	-0.27	-0.0027	-0.27	-0.0032	-0.32	-0.0031	-0.30
<i>Estrangeiro</i>	-0.5831	-44.19	-0.5717	-43.54	-0.6648	-48.56	-0.6563	-48.13
<i>Divorciado</i>	0.4333	54.24	0.4130	51.13	-0.0210	-2.08	-0.0221	-2.19
<i>Viúvo</i>	-0.3165	-27.13	-0.3114	-26.76	-0.5842	-44.24	-0.5594	-42.85
<i>Solteiro</i>	0.0894	9.35	0.0826	8.61	-0.3344	-28.42	-0.3314	-28.21
<i>Cônjuge</i>	-0.3891	-32.23	-0.3874	-32.12	-0.0352	-3.45	-0.0307	-3.02
<i>Filho</i>	-0.2902	-25.19	-0.3073	-26.46	-1.0147	-63.75	-1.0307	-64.32
<i>Outros</i>	-0.1865	-17.01	-0.2096	-18.91	-0.9595	-61.69	-0.9774	-62.37
<i>Urbano</i>	0.1934	21.33	0.1637	17.79	0.2279	25.60	0.1855	20.39

	Mulheres				Homens			
	Tipo de incapacidade		Tipo de dificuldade		Tipo de incapacidade		Tipo de dificuldade	
	Coef.	%	Coef.	%	Coef.	%	Coef.	%
<i>Região</i>								
<i>Metropolitana</i>	0.0293	2.97	0.0354	3.60	-0.0345	-3.39	-0.0236	-2.34
<i>Norte</i>	-0.4034	-33.19	-0.3788	-31.53	-0.3921	-32.43	-0.3440	-29.11
<i>Nordeste</i>	-0.4080	-33.50	-0.3958	-32.69	-0.4613	-36.96	-0.4280	-34.82
<i>Centro-Oeste</i>	-0.1388	-12.96	-0.1348	-12.61	0.1536	16.61	0.1631	17.71
<i>Sul</i>	0.2689	30.86	0.2625	30.01	0.1644	17.87	0.1537	16.61
<i>IDHM2010</i>	0.4286	53.51	0.4196	52.13	0.2365	26.69	0.2243	25.14
<i>Índ.</i>								
<i>Acessibilidade</i>	-0.1243	-11.69	-0.1275	-11.97	0.1332	14.25	0.1383	14.83
<i>Filho até 5 anos</i>	-0.3950	-32.63	-0.3888	-32.22				
<i>Constante</i>	0.4550		0.4742		2.4923		2.4924	
<i>N</i>	743499		789628		741029		779721	
<i>N_clust</i>	601676		631872		584939		608681	
<i>ll</i>	-3883804.3		4128017.3		2409115.7		2586960.8	
<i>r2_p</i>	0.093569		0.09867		0.10360		0.12524	

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Chance de estar na População Economicamente Ativa - PEA

¹Renda domiciliar per capita em salários-mínimos

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

5.2 Mercado de trabalho

No Modelo XVIII, realizamos uma análise de regressão logística multinomial em relação às categorias da força de trabalho: as chances de as pessoas estarem no mercado formal de trabalho, informal e fora do mercado de trabalho. A categoria referente ao trabalho formal foi usada como referência, uma vez que as pessoas com deficiência ou recebem o BPC ou trabalham formalmente.

Ao analisar os efeitos marginais sobre as chances, notamos inicialmente como as mulheres tendem a ter chances superiores de estarem fora do mercado de trabalho em relação aos homens, bem como apresentar maior amplitude nos intervalos de confiança. Os maiores efeitos marginais foram encontrados em relação à deficiência cognitiva e múltipla, esta última que dentre as deficiências, apresentou maior efeito entre os homens.

Quanto a estar no mercado informal de trabalho, a deficiência auditiva foi a única a reduzir a chance de estar neste mercado, tanto para homens, quanto para as mulheres, comparada a estar no mercado formal. Entre elas, aquelas que possuem uma deficiência física tem as maiores chances de irem para o mercado informal que para o formal, uma vez que ter essa deficiência aumenta em 3,5% a probabilidade de trabalhar

informalmente. Entre os homens, sobressai o efeito da deficiência cognitiva, que aumenta em quase 10% essa chance, mantendo tudo mais constante.

Em relação à probabilidade de estar no mercado formal de trabalho, notamos que somente a deficiência auditiva eleva essa chance, e só para os homens. Para ambos os sexos, todas as demais deficiências apresentaram efeito negativo, quando comparados às pessoas que não possuem deficiência. Se os homens com deficiência cognitiva têm mais chances de ir para o mercado informal, suas chances são as mais reduzidas de ir para o formal, dado que suas chances são reduzidas em 9%. Essa deficiência também é mais limitante para as mulheres, diminuindo em 6% suas chances de trabalhar formalmente. Outras deficiências que se destacaram foram a deficiência física, visual e múltipla para as mulheres, reduzindo suas chances em quase 5%.

Esses achados corroboram os resultados encontrados na pesquisa de Trani e Loeb (2012) no Afeganistão e Zâmbia, onde verificaram que as pessoas com deficiência cognitiva e múltipla possuem mais chances de estarem fora do mercado de trabalho. A verificação de que as pessoas com deficiência contam com probabilidades maiores de ir para o mercado informal de trabalho também ratificam o que foi encontrado na pesquisa de Mizunoya e Mitra (2013) em países em desenvolvimento. O Brasil participou deste estudo e apresentou as maiores taxas de pessoas com deficiência no mercado informal de trabalho, fato que tende a se manter considerando as chances verificadas em nossa pesquisa.

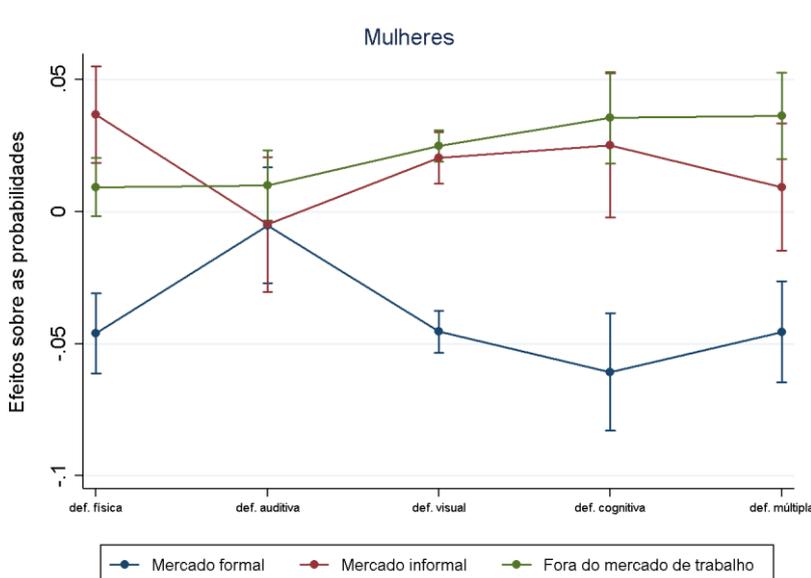


Gráfico 21: Efeitos médios marginais e intervalos de confiança (95%) do tipo de deficiência sobre a chance de estar no mercado formal de trabalho, informal e fora do mercado de trabalho – mulheres

Efeitos marginais preditos considerando uma mulher sem instrução, negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, sem filhos até 5 anos, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, idade centralizada na média.

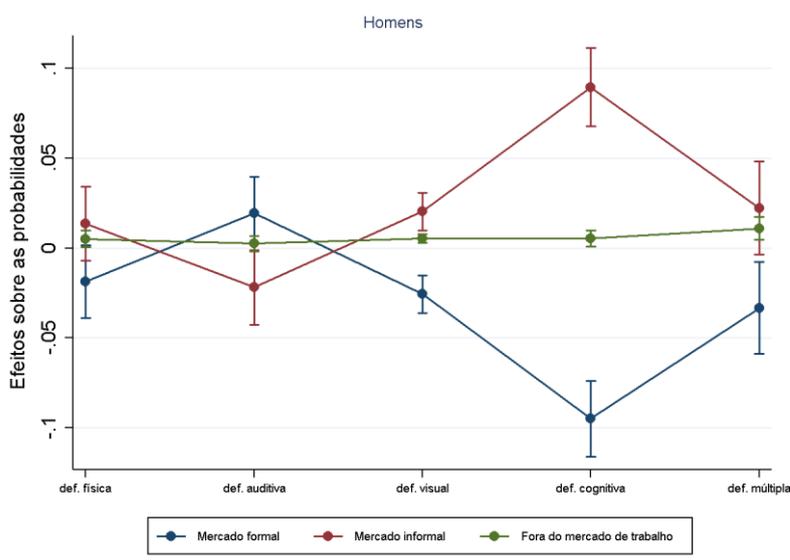


Gráfico 22: Efeitos médios marginais e intervalos de confiança (95%) do tipo de deficiência sobre a chance de estar no mercado formal de trabalho, informal e fora do mercado de trabalho – homens
Efeitos marginais preditos considerando um homem sem instrução, negro, brasileiro, casado, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, idade centralizada na média.

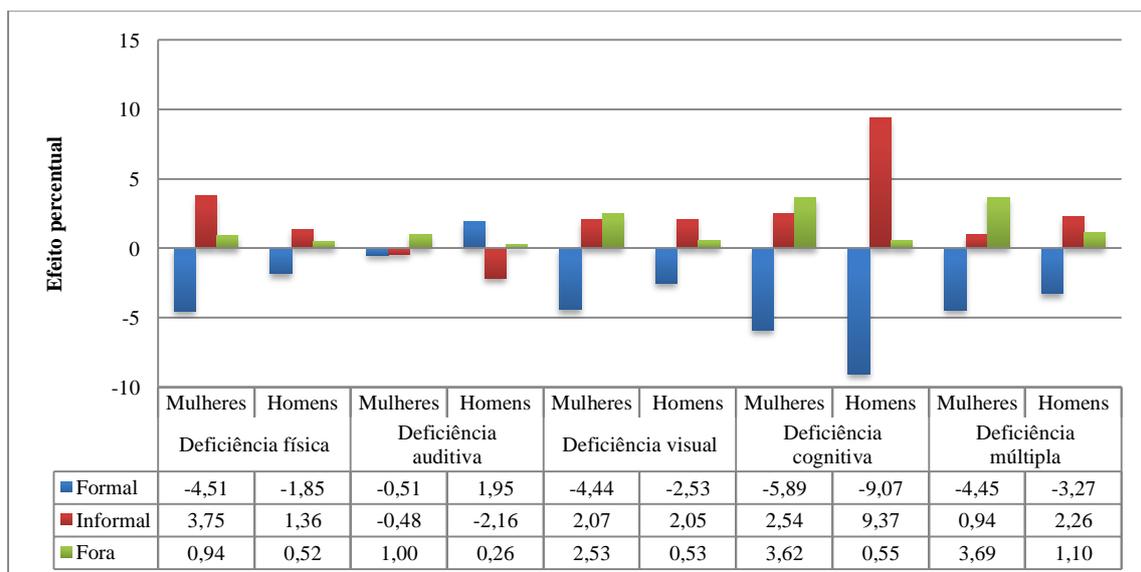


Gráfico 23: Efeito percentual das chances de estarem no mercado formal de trabalho, informal e fora do mercado de trabalho - homens e mulheres
Efeitos percentuais considerando uma pessoa sem instrução, negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, idade centralizada na média.

Tabela 26: Coeficientes de regressão - Chance de estar no mercado formal de trabalho, informal e fora do mercado de trabalho, por sexo

	Mulheres				Homens								
	Chance de estar no mercado informal de trabalho		Chance de estar fora do mercado de trabalho		Chance de estar no mercado informal de trabalho		Chance de estar fora do mercado de trabalho						
	Coef.	%	Coef.	%	Coef.	%	Coef.	%					
<i>Def_física</i>	0.2550	29.05	0.3361	39.95	*	0.0730	7.57	0.2785	32.12				
<i>Def_auditiva</i>	*	0.0135	1.36	*	0.1628	17.68	-0.0868	-8.32	*	0.0684	7.08		
<i>Def_visual</i>		0.2290	25.73		0.5232	68.74		0.1036		0.3031	35.41		
<i>Def_cognitiva</i>		0.3127	36.71		0.7118	103.76		0.4291		53.58	0.5278	69.53	
<i>Def_múltipla</i>		0.2136	23.82		0.6411	89.87		0.1287		13.74	0.5230	68.71	
<i>Branco</i>		0.0202	2.04		-0.1852	-16.91		0.0719		7.46	-0.1033	-9.81	
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>		-0.4244	-34.58		-0.3368	-28.60		-0.3796		-31.59	-0.3212	-27.47	
<i>Médio completo e superior incompleto</i>		-0.9427	-61.04		-0.8055	-55.31		-0.7996		-55.05	-0.6114	-45.74	
<i>Superior completo</i>		-1.4622	-76.83		-1.6423	-80.65		-0.9309		-60.58	-1.0935	-66.50	
<i>Idade centralizada</i>		-0.0076	-0.75		-0.0594	-5.77		0.0111		1.11	-0.0309	-3.04	
<i>Idade centralizada²</i>		0.0009	0.09		0.0013	0.13		0.0007		0.07	0.0018	0.18	
<i>Estrangeiro</i>		0.8967	145.16	*	0.1813	19.88		0.9142		149.47	0.7798	118.10	
<i>Divorciado</i>		-0.0878	-8.40		0.1237	13.17		0.1812		19.87	0.3504	41.97	
<i>Viúvo</i>		0.0685	7.09		0.1871	20.57		0.1544		16.69	0.3417	40.73	
<i>Solteiro</i>		0.0369	3.76		0.2256	25.31		0.2542		28.94	0.5630	75.59	
<i>Cônjuge</i>		0.0474	4.85		0.0923	9.67		0.0229		2.32	0.1588	17.21	
<i>Filho</i>		-0.1109	-10.49		0.2561	29.19		0.1678		18.27	0.9073	147.77	
<i>Outros</i>		-0.1610	-14.87	*	-0.0404	-3.96	*	0.0085		0.86	0.5960	81.48	
<i>Urbano</i>		-0.8625	-57.79		-0.1956	-17.77		-0.7881		-54.53	-0.0797	-7.66	
<i>Região Metropolitana</i>		-0.2510	-22.20	*	-0.0139	-1.38		-0.3780		-31.48	-0.0343	-3.38	
<i>Norte</i>		0.7649	114.89		0.6835	98.08		110.27		0.7432	0.7433	110.30	
<i>Nordeste</i>		0.8109	125.00		0.7371	108.99		117.46		0.7768	0.9522	159.14	
<i>Centro-Oeste</i>		0.3418	40.75		0.1076	11.37		18.70		0.1715	-0.0722	-6.97	
<i>Sul</i>		-0.0866	-8.29		-0.4797	-38.10		4.88		0.0476	-0.4310	-35.02	
<i>Índ. Acessibilidade</i>	*	-0.0624	-6.05		0.2703	31.03		-18.50		-0.2046	-0.3332	-28.34	
<i>IDHM2010</i>	*	0.1035	10.91		-0.6408	-47.31		43.21		0.3592	*	-0.1623	-14.98
<i>Filho até 5 anos</i>		0.1334	14.27		0.3096	36.29							
<i>Constante</i>		0.7970			-0.9380			0.0709			-2.9508		
<i>N</i>			457267							621096			
<i>N_clust</i>			390258							513468			
<i>ll</i>			-3551967.6							-4192969.3			
<i>r²_p</i>			0.09755414							0.09535816			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Força de trabalho: 0=Mercado formal de trabalho; 1=Mercado informal de trabalho; 2=Fora do mercado de trabalho

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

5.3 Chance de estar no mercado formal de trabalho

Com o intuito de compreender a dinâmica das pessoas com e sem deficiência no mercado de trabalho, realizamos uma análise de regressão logística no Modelo XIX sobre as probabilidades de as pessoas estarem no mercado formal de trabalho, em comparação com aquelas que estão no mercado informal. Para tanto, selecionamos somente a população de pessoas com deficiência que não recebe o BPC.

Assim como verificamos anteriormente, a deficiência cognitiva é que a mais tende a reduzir, tanto para homens, quanto para as mulheres, a chance de estar no mercado formal de trabalho. Esse efeito se mostra superior para os homens, reduzindo em 9% essa probabilidade e em 6% para as mulheres. Em segundo lugar, os maiores efeitos negativos das deficiências física, visual e múltipla para as mulheres, reduzindo aquela chance em aproximadamente 5%. A deficiência auditiva se mostrou menos restritiva, tendo o menor efeito negativo entre as mulheres e com efeito positivo entre os homens, aumentando a probabilidade de eles estarem no mercado formal em 2%, mantendo tudo mais constante.

As menores chances de emprego formal entre as pessoas com deficiência encontradas reforçam os resultados encontrados em pesquisas anteriores em países em desenvolvimento (JILL; TAMLYN, 2017; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MIZUNOYA; MITRA, 2013; TRANI; LOEB, 2012) e nos permitem aceitar a *Hipótese* 3.

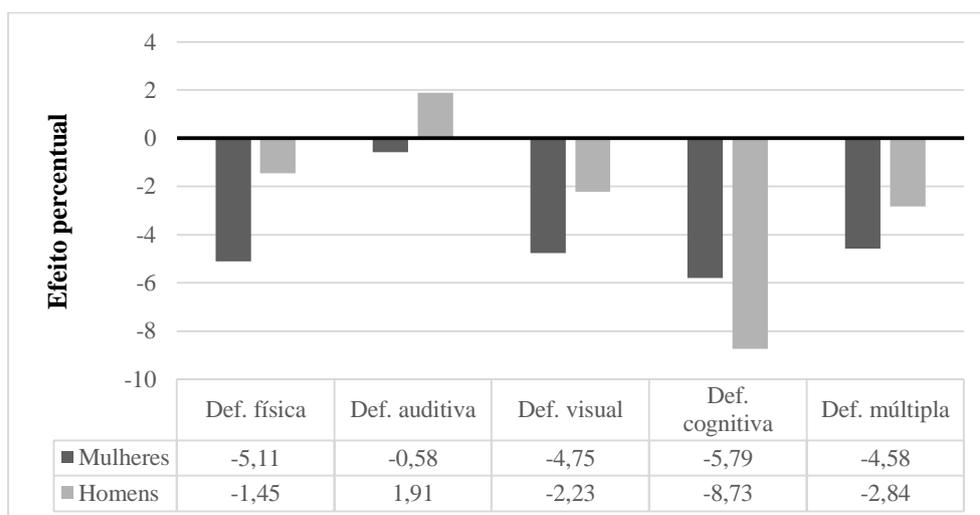


Gráfico 24: Efeito percentual dos coeficientes, por sexo e tipo de deficiência, sobre a chance de estar no mercado formal

Efeitos percentuais considerando um pessoa sem instrução, negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, idade centralizada na média.

Ao considerar o efeito da escolaridade, notamos que o aumento das credenciais educacionais não se traduz em maiores chances de inserção no mercado formal de trabalho para as pessoas com deficiência, nem para os homens, nem para as mulheres, quando comparadas às pessoas sem deficiência.

As credenciais apresentam efeitos mais positivos em relação aos homens quando comparados às mulheres, especialmente em relação à deficiência auditiva. Todavia, salientamos que o aumento das escolaridade para os homens teve efeito constante nesta deficiência e nas deficiências física e sensorial. No caso da deficiência cognitiva, além de homens com essa deficiência encontrarem as menores chances de irem para o mercado formal, essas chances são ainda mais reduzidas com o aumento da escolaridade.

Essa mesma tendência foi verificada em relação às mulheres, no tocante a todos os tipos de deficiência, com exceção da deficiência auditiva. Dessa forma, podemos observar que, no geral, considerando a escolaridade, as pessoas com deficiência e menor nível de instrução tendem a ter mais chances de se inserirem no mercado formal de trabalho e que o aumento da escolaridade não favorece essa probabilidade, nem para homens, nem para as mulheres.

Se as pessoas com deficiência com menor instrução apresentam mais chances de estarem no mercado formal de trabalho, podemos supor que elas serão inseridas em ocupações precárias e com menores rendimentos. Esta verificação se mostra extremamente interessante diante das reiteradas afirmações na literatura (ARAÚJO; MOREIRA; ROMAGNOLI, 2007; CANÇADO, 2006; CARNEIRO; RIBEIRO, 2008; JONES, 2010; JONES, 2006; TANAKA; MAZINI, 2005) de que o motivo primordial para a não inserção dessas pessoas no mercado formal de trabalho é, justamente, a falta de escolaridade.

A respeito da região em que se encontram, notamos os efeitos positivos de estar em uma região metropolitana sobre a participação na PEA e no mercado formal para todos os grupos. Todavia, estar na região Norte e Nordeste tende a impactar de forma negativa e considerável as chances dos homens e mulheres estarem no mercado formal, bem como a aumentar a probabilidade de não participarem da PEA.

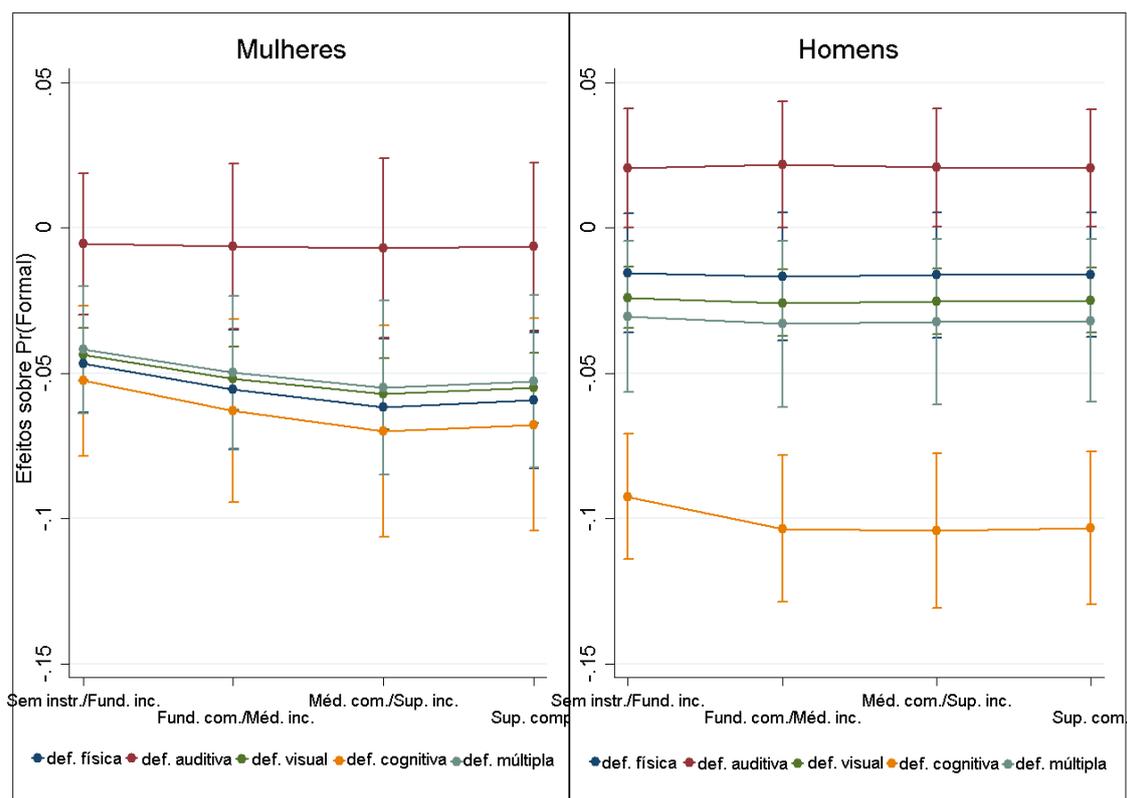


Gráfico 25: Efeitos marginais preditos sobre a chance de estar no mercado formal de trabalho, em comparação com mercado informal de trabalho

Efeitos marginais considerando uma pessoa negra, brasileira, casada, chefe de domicílio, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, idade centralizada na média.

Tabela 27: Efeitos marginais preditos sobre a chance de estar no mercado formal de trabalho, em comparação com mercado informal de trabalho

	Mulheres				Homens			
	Coef.	%	Valor predito	%	Coef.	%	Valor predito	%
<i>Def_física</i>	-0.2483	-21.98	-0.0525	-5.11	* -0.0680	-6.57	-0.0146	-1.45
<i>Def_auditiva</i>	* -0.0277	-2.74	-0.0059	-0.58	0.0881	9.21	0.0189	1.91
<i>Def_visual</i>	-0.2305	-20.58	-0.0487	-4.75	-0.1050	-9.97	-0.0225	-2.23
<i>Def_cognitiva</i>	-0.2824	-24.60	-0.0597	-5.79	-0.4264	-34.72	-0.0914	-8.73
<i>Def_múltipla</i>	-0.2217	-19.89	-0.0468	-4.58	-0.1344	-12.57	-0.0288	-2.84
<i>Branco</i>	-0.0185	-1.83	-0.0039	-0.39	-0.0701	-6.77	-0.0150	-1.49
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	0.4241	52.81	0.0896	9.37	0.3804	46.28	0.0815	8.49
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	0.9443	157.11	0.1995	22.08	0.7997	122.49	0.1714	18.69
<i>Superior completo</i>	1.4686	334.32	0.3103	36.38	0.9323	154.03	0.1998	22.11
<i>Idade centralizada</i>	0.0077	0.77	0.0016	0.16	-0.0114	-1.14	-0.0024	-0.24
<i>Idade centralizada²</i>	-0.0009	-0.09	-0.0002	-0.02	-0.0007	-0.07	-0.0002	-0.02
<i>Estrangeiro</i>	-0.9013	-59.39	-0.1904	-17.34	-0.9224	-60.24	-0.1977	-17.94
<i>Divorciado</i>	0.0886	9.26	0.0187	1.89	-0.1814	-16.59	-0.0389	-3.81
<i>Viúvo</i>	-0.0683	-6.60	-0.0144	-1.43	-0.1552	-14.37	-0.0333	-3.27
<i>Solteiro</i>	-0.0382	-3.75	-0.0081	-0.80	-0.2522	-22.29	-0.0540	-5.26
<i>Cônjuge</i>	-0.0458	-4.48	-0.0097	-0.96	-0.0241	-2.38	-0.0052	-0.51
<i>Filho</i>	0.1109	11.73	0.0234	2.37	-0.1659	-15.29	-0.0356	-3.49

<i>Outros</i>	0.1657	18.02	0.0350	3.56	-0.0094	-0.93	-0.0020	-0.20
<i>Urbano</i>	0.8644	137.36	0.1826	20.04	0.7906	120.48	0.1694	18.46
<i>Região Metropolitana</i>	0.2477	28.10	0.0523	5.37	0.3806	46.32	0.0816	8.50
<i>Norte</i>	-0.7691	-53.66	-0.1625	-15.00	-0.7450	-52.53	-0.1596	-14.75
<i>Nordeste</i>	-0.8120	-55.60	-0.1716	-15.76	-0.7810	-54.20	-0.1674	-15.41
<i>Centro-Oeste</i>	-0.3465	-29.29	-0.0732	-7.06	-0.1723	-15.83	-0.0369	-3.62
<i>Sul</i>	0.0901	9.43	0.0190	1.92	-0.0473	-4.62	-0.0101	-1.01
<i>Índice de acessibilidade</i> *	0.0577	5.94	0.0122	1.23	0.2155	24.05	0.0462	4.73
<i>IDHM2010</i>	-0.1183	-11.15	-0.0250	-2.47	-0.3663	-30.67	-0.0785	-7.55
<i>Filho com até 5 anos</i>	-0.1322	-12.38	-0.0279	-2.75				
<i>Constante</i>	-0.7918				-0.07217			
<i>N</i>	414381				589697			
<i>N_clust</i>	359557				493968			
<i>ll</i>	-2327006				-3171798			
<i>r2_p</i>	0.106333				0.099119			

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pela autora.

Variável dependente: Mercado de trabalho: 0= Mercado informal de trabalho; 1= Mercado formal de trabalho.

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

5.4 Status sócio-ocupacional

Para verificar como a deficiência afeta o status ocupacional dos indivíduos, realizamos o seguinte modelo de regressão linear, com a respectiva variável dependente e as variáveis teste:

Modelo XX – Escala de Status ocupacional (16 a 90) – tipo de deficiência, escolaridade e raça.

A respeito dos diferentes tipos de deficiência, notamos que a deficiência física possui o maior efeito negativo sobre o status ocupacional entre as mulheres, conforme podemos observar no gráfico abaixo. Entre os homens, é a deficiência auditiva com maior impacto negativo, apesar desse efeito não ser significativo. Todavia, com exceção desses grupos, as pessoas com deficiência, homens e mulheres, contam com o status ocupacional predito superior às pessoas sem deficiência, mantendo a escolaridade, idade, e demais variáveis constantes. Em relação ao gênero, notamos que, com exceção do encontrado para os homens com deficiência auditiva, as mulheres contam com status ocupacionais preditos inferiores aos verificados para os homens.

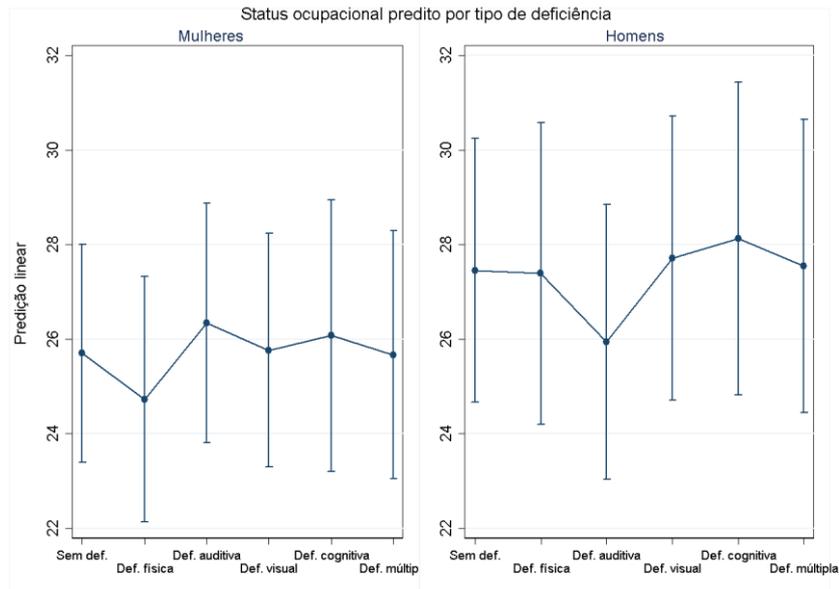


Gráfico 26: Status ocupacional predito por tipo de deficiência e sexo

Status ocupacional predito considerando uma pessoa sem instrução, negra, sem licença saúde, brasileira, casada, chefe de domicílio, trabalhando no setor agrícola, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo.

Em relação à escolaridade, notamos o quanto o status ocupacional tende a crescer diante do aumento das credenciais de forma similar entre os homens e mulheres, com e sem deficiência. Enquanto as pessoas com até o nível fundamental completo se mantêm nos status inferiores (até 30 pontos), aqueles com nível médio completo numa faixa intermediária (até 40), as pessoas com nível superior contam status ocupacional predito em 60 pontos na escala.

Ao considerar os tipos de deficiência, além dos menores valores preditos por escolaridade encontrados nas deficiências auditiva para as mulheres e física para os homens, observamos que os valores preditos por status, entre os diferentes níveis educacionais tendem a se manterem próximos àqueles verificados para as pessoas sem deficiência.

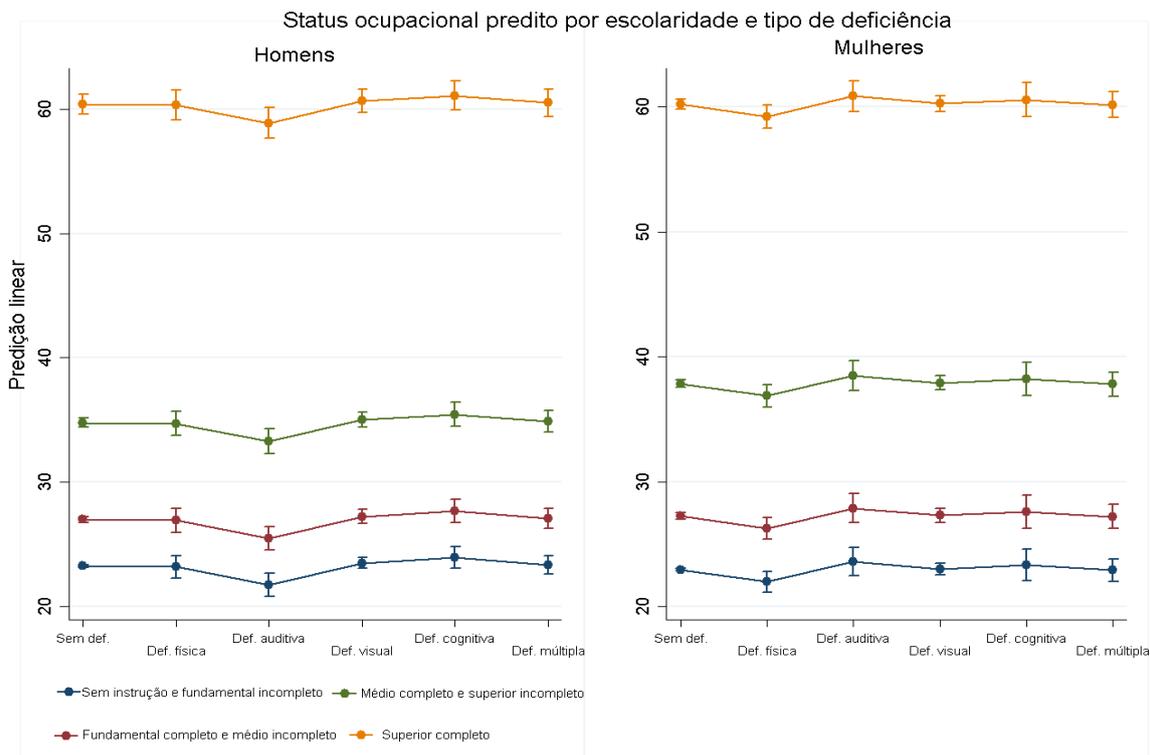


Gráfico 27: Status ocupacional predito por tipo de deficiência e escolaridade

Status sócio-ocupacional predito considerando uma pessoa negra, sem licença saúde, brasileira, casada, chefe de domicílio, trabalhando no setor da agricultura, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo.

Uma maior variação nos valores preditos do status ocupacional foi observada em relação à raça por gênero e tipo de deficiência. Inicialmente, notamos que os valores preditos tendem a ser bastante superiores para os homens, quando comparados às mulheres. Observa-se também o quanto as pessoas brancas contam com maior status ocupacional predito que as negras e que os homens e mulheres sem deficiência tendem a ter o maior status predito entre os brancos e não-brancos.

Entre as mulheres com deficiência, notamos que aquelas com deficiência visual apresentam maior status ocupacional, seguidas por aquelas com deficiência física ou auditiva. Os menores status foram verificados entre as mulheres com deficiência cognitiva. As mulheres com essas deficiências e negras apresentaram os menores valores preditos – em torno de 16 (valor mínimo na escala e referente às empregadas domésticas).

Por outro lado, os homens sem deficiência e brancos apresentaram o maior valor de status ocupacional predito. Esses valores foram seguidos pelo grupo de homens com deficiência

visual, e com valores um pouco inferiores entre aqueles com deficiência física. O menor status predito foi verificado entre os homens com deficiência auditiva e negros. Todavia, esse menor valor entre os homens é acima de 20, pontuação que não foi encontrada em nenhum grupo de mulheres.

Esses resultados corroboram os estudos anteriores a respeito da dinâmica entre gênero e raça sobre as desigualdades ocupacionais, onde mulheres encontram-se em ocupações de menor status que os homens, bem como as pessoas negras em comparação aos brancos. Todavia, assim como estudos anteriores, notamos que as maiores diferenças se dão por gênero e menores pela raça (GUIMARÃES, 2002; HIRATA; KERGOAT, 2007; SILVEIRA; LEÃO, 2017; SOARES, 2000). Além disso, nossos achados também corroboram os estudos anteriores que as pessoas com deficiência estão em ocupações mais precárias que aquelas sem deficiência, mesmo controlando pela escolaridade e demais fatores contextuais (ALMEIDA, 2011; ALMEIDA; PEREIRA; SILVEIRA, 2018; MAROTO; PETTINICCHIO, 2014; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017).

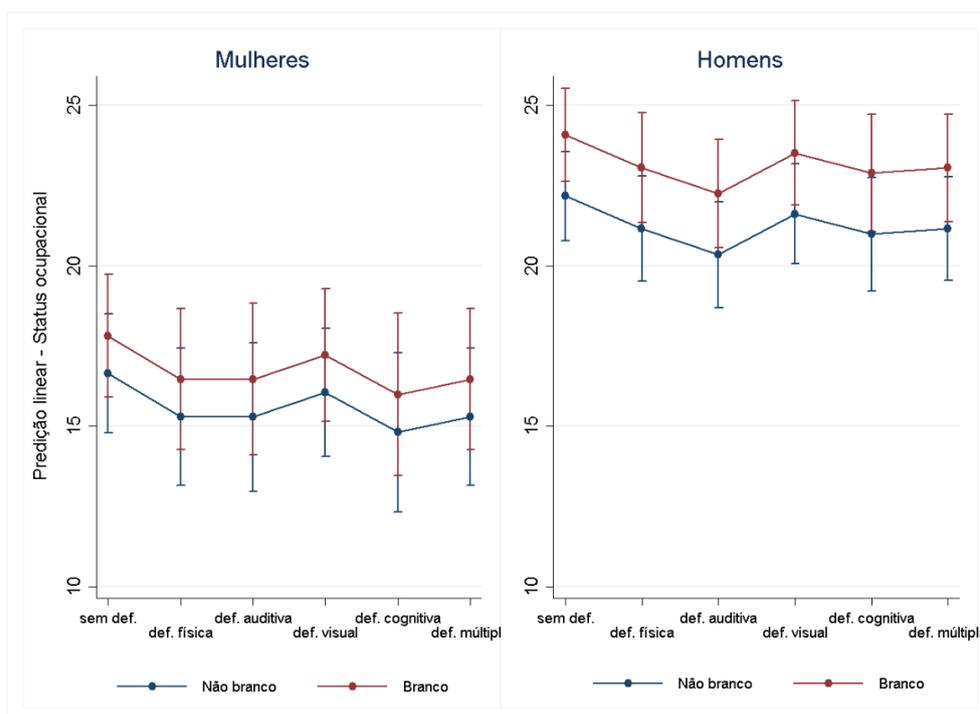


Gráfico 28: Status ocupacional predito por tipo de deficiência e cor/raça

Status ocupacional predito considerando uma pessoa sem licença saúde, casada, chefe de domicílio, trabalhando no setor da agricultura, rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo.

Tabela 28: Regressão sobre o status sócio ocupacional por sexo

	Status ocupacional	
	Mulheres	Homens
	Coef.	Coef.
<i>Deficiência física</i>	-1,9802707	-1,041268
<i>Deficiência auditiva</i> *	-1,8473577	-1,7564597
<i>Deficiência visual</i> *	-0,8011118	* -0,4467739
<i>Deficiência cognitiva</i>	-2,8819924	* -1,0710288
<i>Deficiência múltipla</i>	-1,7605012	-1,3224831
<i>Branco</i>	1,2885179	1,6429049
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	2,9233325	1,0942903
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	9,4936054	4,2295712
<i>Superior completo</i>	27,916578	23,556367
<i>Idade centralizada</i> *	-0,0036115	* -0,0001778
<i>Idade centralizada²</i> *	-0,0011069	* 0,00088448
<i>Licença saúde</i>	2,8482065	3,2525721
<i>Estrangeiro</i> *	2,5611575	5,9013157
<i>Divorciado</i>	0,66473124	* -0,0996776
<i>Viúvo</i> *	-0,0622843	* 0,17503133
<i>Solteiro</i> *	0,18384469	* -0,0051235
<i>Cônjuge</i> *	0,26298365	* -0,1986318
<i>Filho</i> *	0,17378551	* -0,3941353
<i>Outros</i>	-0,0073539	-0,0070952
<i>Horas mensais</i>	3,5794149	4,5196786
<i>Indústria</i> *	5,8892534	7,9416665
<i>Eletricidade, gás, água</i>	7,2752434	3,8704426
<i>Construção civil</i>	10,862641	9,5985757
<i>Comércio e serviços</i>	6,7948646	4,7735419
<i>Transporte e comunicação</i>	12,620283	18,519498
<i>Serviços financeiros</i>	9,5830714	10,51426
<i>Adm. pública e defesa</i>	8,086451	7,8423001
<i>Empresariado</i>	10,821203	16,135562
<i>Educação, saúde e ser. social</i>	-6,3724375	-4,5299182
<i>Domésticos</i>	-0,8732462	-1,3823042
<i>De 06 a 30 min</i>	-1,4464647	-1,1259159
<i>Mais de 30 minutos e menos de 1 hora</i>	-1,8561079	-1,7688497
<i>Mais de 1 hora e menos de 2 horas</i>	-2,2040254	* -0,403532
<i>Mais de 2 horas</i>	3,1190701	* 0,63471987
<i>Urbano</i>	2,0726275	1,6298315
<i>Região Metropolitana</i>		
<i>Norte</i> *	0,3442467	1,8451466
<i>Nordeste</i> *	-0,5016233	* 0,25233376
<i>Centro-Oeste</i> *	-0,4980735	* -0,5246587
<i>Sul</i>	-1,0885753	-0,8127862
<i>Pr(formal)</i>	-8,3580787	* 2,9306876
<i>IDHM2010</i> *	1,5600533	3,860469
<i>Filho com até 5 anos</i> *	0,43637878	
<i>Constante</i>	21,941888	18,424845
<i>N</i>	23895	28221
<i>N_clust</i>	23520	25643
<i>ll</i>	-91364962	-102537,73
<i>r²_p</i>	0,64795085	0,62705155

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pelas autoras.

Variável dependente: Status sócio ocupacional

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

5.5 Renda

Com o propósito de verificarmos o efeito dos tipos de deficiência sobre a renda, realizamos dois modelos: um a respeito da renda absoluta (logaritmo da renda) e outro a respeito da renda relativa (percentual da renda). Antes de analisarmos os resultados encontrados nos modelos, faremos algumas observações a respeito da idade e da renda para pessoas com e sem deficiência, uma vez que a relação entre esses dois fatores tende a ser diferente entre os grupos.

Considerando as médias de idade e do logaritmo da renda mensal, observamos com base no gráfico abaixo (Gráfico 29), que nos grupos referentes aos homens, há no geral uma relação positiva entre as médias, o que pode ser verificado através da reta de valores ajustados. A maior inclinação, ou seja, a relação mais positiva pode ser encontrada no grupo de homens com deficiência auditiva, seguida pelos homens sem deficiência, deficiência cognitiva, deficiência visual e deficiência física.

No caso das mulheres, observamos que em todos os grupos as inclinações foram inferiores àquelas verificadas em relação aos homens. Dentre elas, as mulheres sem deficiência apresentaram a maior inclinação, seguidas por aquelas com deficiência auditiva, cognitiva e física. Em dois grupos de mulheres encontramos uma relação negativa entre a média de idade e renda – aquelas com deficiência visual e principalmente para aquelas com deficiência múltipla. Esses efeitos podem ser mais bem entendidos ao verificarmos os gráficos da mediana da renda e idade, por tipo de deficiência.

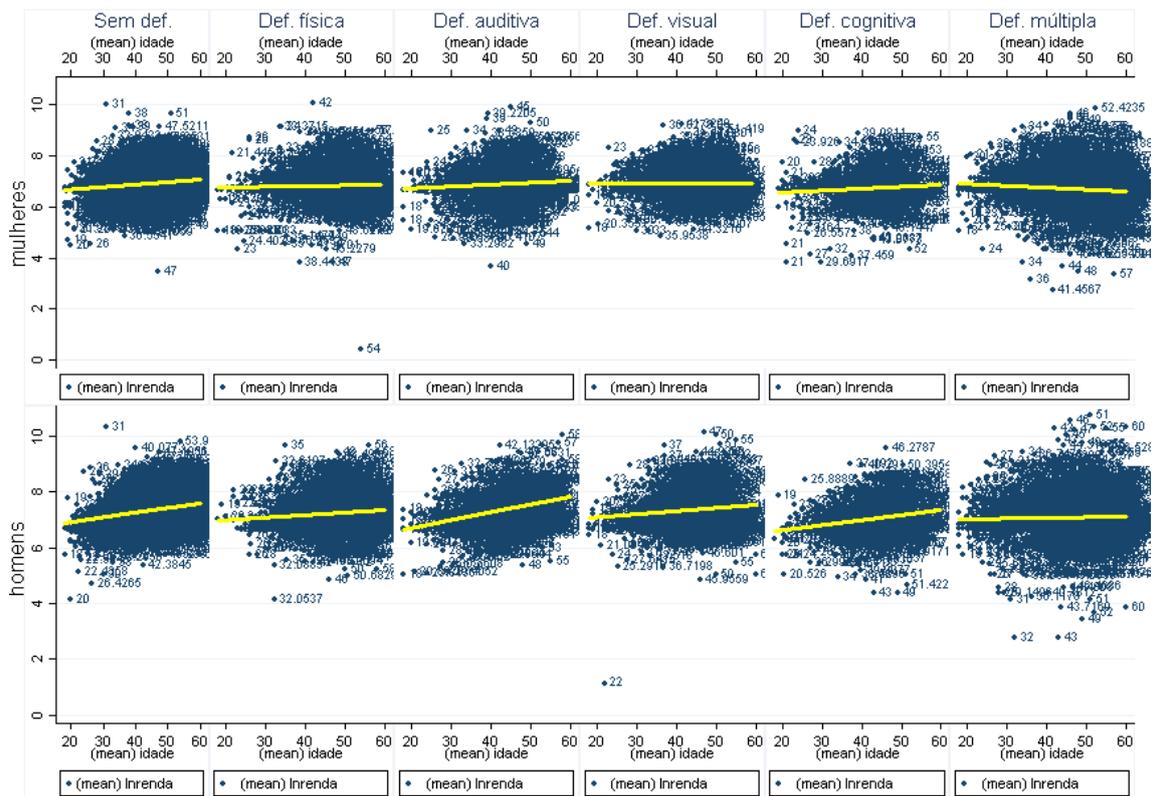


Gráfico 29: Média de idade e do logaritmo da renda mensal, por sexo e tipo de deficiência

No grupo das mulheres, conforme observamos no Gráfico 30, aquelas com deficiência auditiva e múltipla há uma tendência de decréscimo da renda a partir dos 40 anos. As mulheres com deficiência física e sem deficiência apresentaram uma queda após essa idade e depois uma tendência ao acréscimo da renda. Aquelas com deficiência visual e cognitiva apresentaram uma queda acentuada da renda com o passar dos anos após os 40 e quando próximas dos 60 anos, um grande aumento da renda.

No caso dos homens, notamos inicialmente no Gráfico 31, aqueles sem deficiência a queda aos 40 anos é seguida de um discreto aumento e posteriormente, há uma leve diminuição, verificação que diverge da encontrada para as mulheres sem deficiência. Em relação aos homens com deficiência, notamos no grupo daqueles com deficiência auditiva a tendência de aumento constante da renda, mesmo após os 40 anos. Tanto aqueles com deficiência física quanto os que possuem deficiência visual apresentaram uma considerável queda após essa idade seguidas de um posterior aumento da renda. Os homens com deficiência cognitiva e múltipla apresentaram uma tendência mais contínua entre a renda e a idade após os 40 anos.

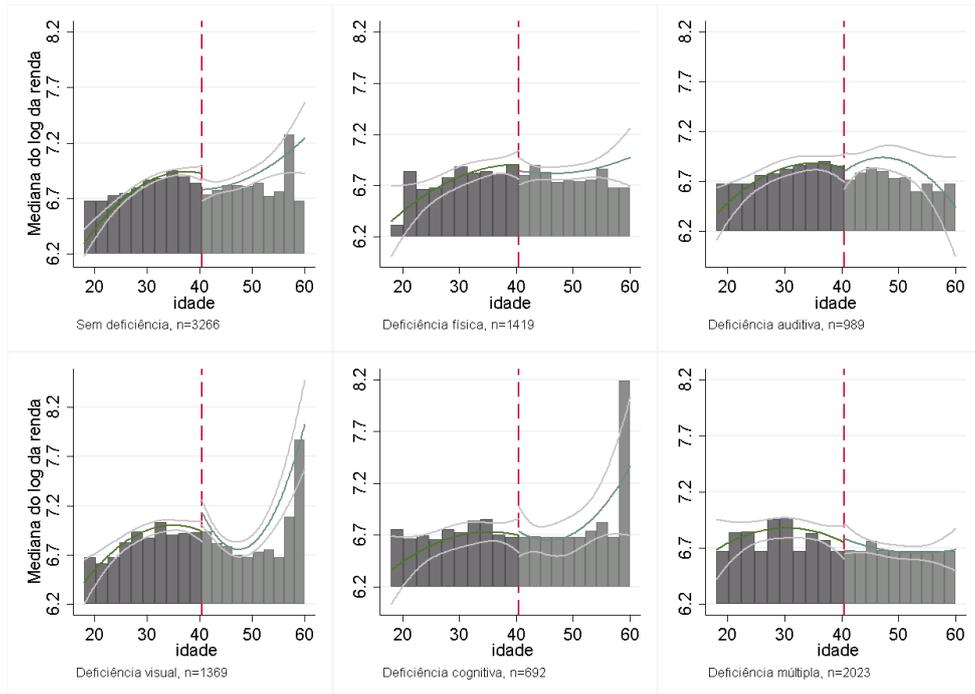


Gráfico 30: Mulheres - Mediana do logaritmo da renda e média de idade, por tipo de deficiência

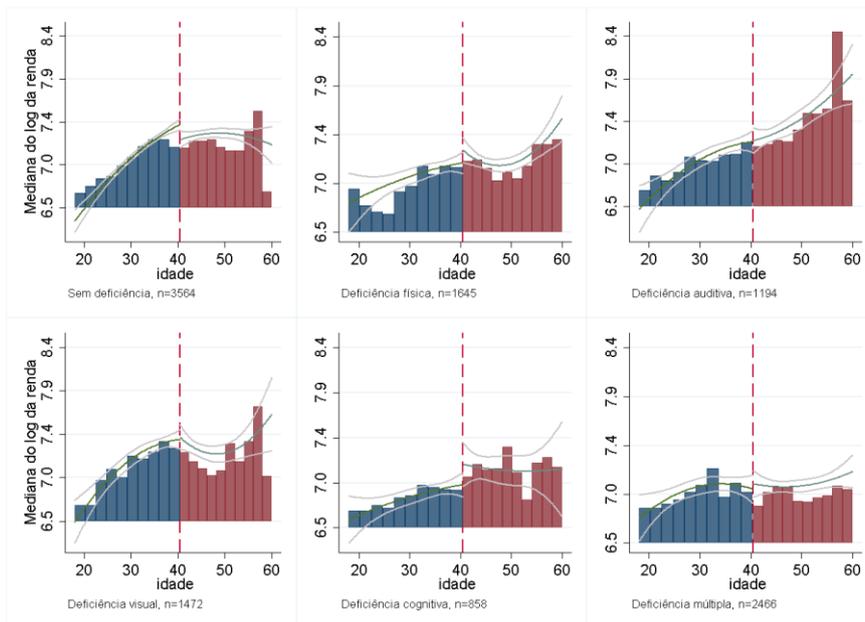


Gráfico 31: Homens - Mediana do logaritmo da renda e média de idade, por tipo de deficiência

Em relação aos resultados dos Modelos XXI e XXII, observamos no Gráfico 32 que as rendas preditas considerando somente o tipo de deficiência e controlando por todas as demais variáveis mobilizadas. Ao compararmos as diferenças por gênero, verificamos que as mulheres contam com menores rendimentos em termos absolutos e estão em percentis inferiores aos encontrados em relação aos homens.

Na população feminina, observamos que rendas absolutas preditas para aquelas com deficiência estão mais próximas à renda da mulher sem deficiência, quando comparadas aos homens. Além disso, que as mulheres com deficiência física e cognitiva apresentaram as maiores rendas preditas, seguidas pelas mulheres com deficiência visual e auditiva e por último, aquelas com deficiência múltipla. Esse quadro se mostra diferente ao considerar a renda relativa, uma vez que a deficiência cognitiva apresenta um efeito bastante superior aos demais tipos, obtendo um percentil de renda predito 4 pontos acima do verificado para as mulheres sem deficiência. Nesta renda, notamos também que a deficiência auditiva possui o maior efeito negativo, fazendo com que este grupo de mulheres tenha o menor percentil predito.

Entre os homens, notamos diferenças significativas entre as rendas para aqueles com deficiência física e auditiva. Se no logaritmo predito da renda os homens sem deficiência apresentaram o maior valor e foram seguidos por aqueles com deficiência auditiva e física, ao considerar a renda relativa notamos que os homens com deficiência física estão em percentis superiores aos demais, inclusive em relação aos homens sem deficiência, que contam com o segundo maior percentil predito. Em relação à deficiência auditiva, notamos de forma similar ao verificado entre as mulheres, que esta deficiência possui o maior efeito negativo sobre a renda relativa.

Os resultados encontrados em relação às mulheres e aos homens com deficiência sensorial e mulheres com deficiência cognitiva se mostram divergentes dos achados anteriores que apontam para a maior renda auferida por pessoas com deficiência visual ou auditiva (ALMEIDA, 2011; BURKHAUSER; HOUTENVILLE, 2006; MAROTO; PETTINICCHIO, 2014) e menores por aquelas com deficiência cognitiva (BALDWIN; JOHNSON, 1994b; BURKHAUSER; HOUTENVILLE, 2006; JONES, 2008; JONES, 2011; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012b). E diante dessas verificações, buscamos compreender melhor a determinação dos rendimentos através da escolaridade.

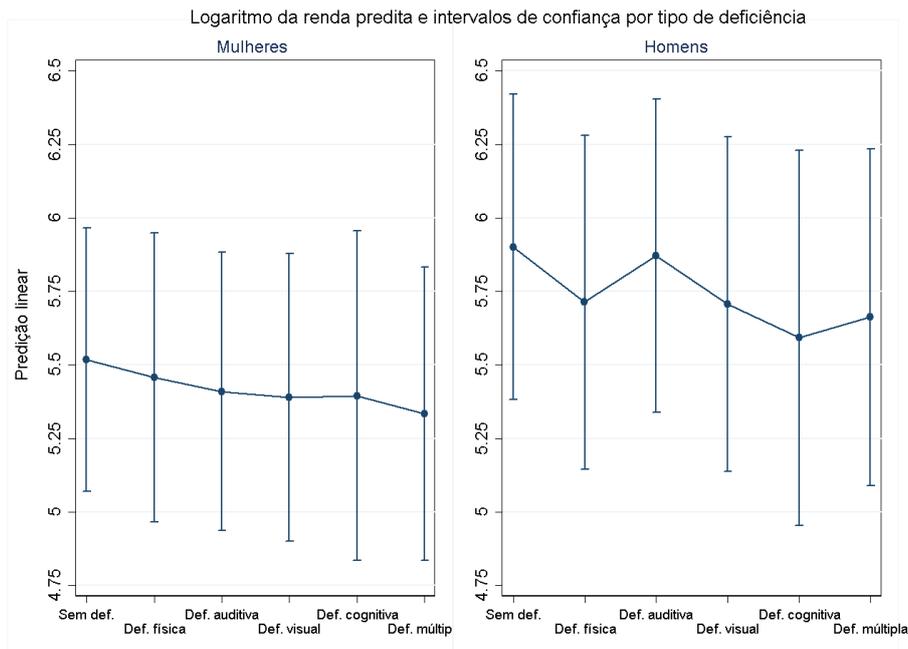


Gráfico 32: Logaritmo da renda predita e intervalos de confiança (95%), por tipo de deficiência
 Logaritmo da renda predita considerando uma pessoa sem instrução, negra, sem licença saúde, brasileira, casada, chefe de domicílio, trabalhando no setor da agricultura, em área rural na região sudeste, com o menor status ocupacional, IDH municipal prevalente, e com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo.

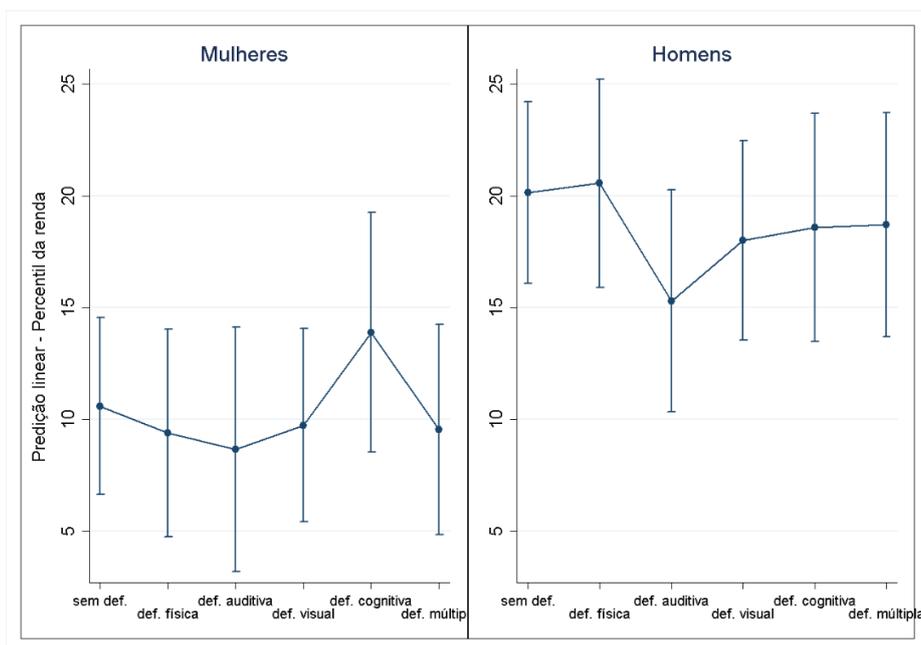


Gráfico 33: Predição linear do percentil da renda e intervalos de confiança por deficiência
 Percentil da renda predito considerando uma pessoa sem instrução, negra, sem licença saúde, brasileira, casada, chefe de domicílio, trabalhando no setor da agricultura, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo.

Ao considerar a escolaridade, notamos disposições semelhantes entre os níveis de escolaridade e tipo de deficiência entre as predições da renda absoluta e relativa. Os

maiores valores preditos entre os homens, quando comparados às mulheres, no geral, bem como as diferenças de renda por nível educacional. As faixas de renda se mostram mais próximas entre os três primeiros níveis de escolaridade – especialmente em relação ao percentil da renda feminina - e uma maior diferença é encontrada entre essas predições e as relativas ao ensino superior completo. Dessa forma, observamos que é essa credencial que possui maior efeito sobre a renda, tanto para homens, quanto mulheres, com e sem deficiência, controlando pelas demais variáveis.

Esses achados nos permitem aceitar em parte a *Hipótese 5*, referente à teoria do capital humano, uma vez que o aumento da escolaridade se traduz em um aumento da renda, mas isso não se dá de forma igual entre homens e mulheres, nem entre as pessoas com e sem deficiência.

Entre as mulheres, notamos que as maiores rendas preditas, por nível de escolaridade são relativas àquelas com deficiência cognitiva. Todavia, salientamos o quanto essas mulheres estão sobre representadas entre as pessoas sem instrução e, como vimos anteriormente, essa deficiência é a que possui o maior efeito negativo sobre o status ocupacional. Comparadas às mulheres sem deficiência, as mulheres com as demais deficiências contam com rendas absolutas e relativas inferiores, mas tendem a apresentar rendas preditas similares por nível de escolaridade.

Em relação à população masculina, notamos que as maiores rendas preditas, em logaritmo e percentil, são referentes àqueles sem deficiência com superior completo. Essas predições foram seguidas por aquelas encontradas entre os homens com deficiência física, deficiência múltipla e deficiência visual e as menores rendas foram encontradas entre aqueles com deficiência auditiva e cognitiva, nos diferentes níveis de escolaridade.

Dessa forma, notamos ao considerar os diferentes níveis educacionais, que as predições de renda tendem a manter o padrão encontrado anteriormente em relação à renda do percentil predito considerando somente as variações das categorias de tipos de deficiência. Essa verificação aponta para o quanto o efeito puro do tipo de deficiência afeta de forma mais acertada a renda relativa entre as pessoas com e sem deficiência, em detrimento da renda absoluta. Ressalta-se também que a menor valoração das credenciais educacionais das pessoas com deficiência em relação às pessoas sem deficiência corrobora o estudo de Almeida *et al* (2018), sobre a renda de trabalhadores domésticos com e sem deficiência no Brasil.

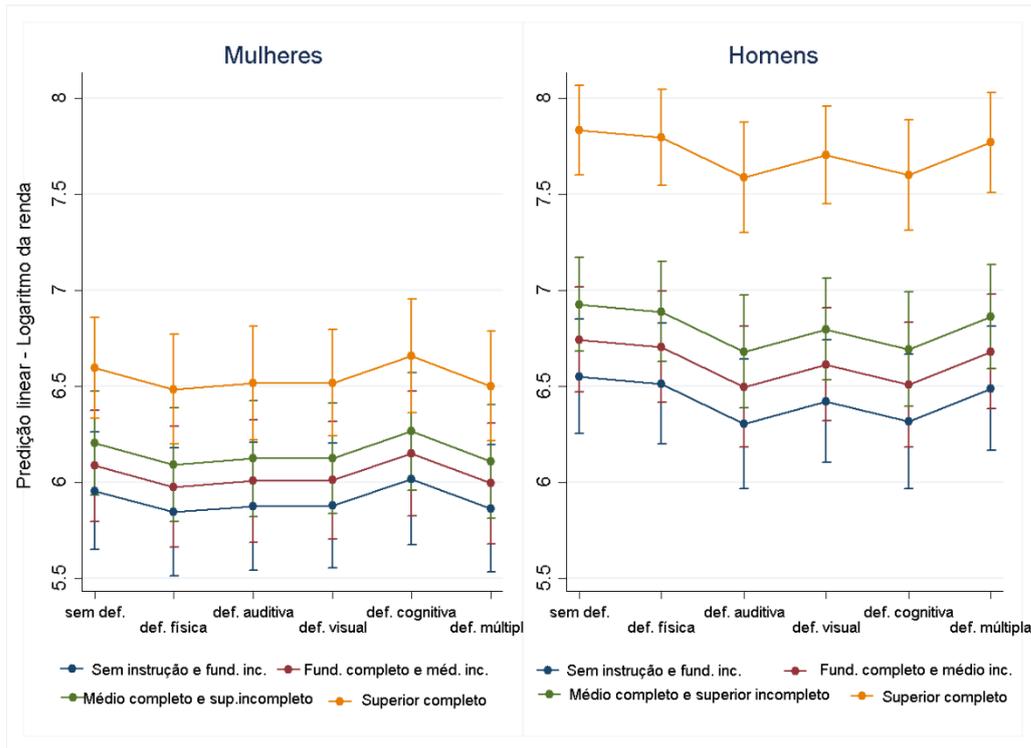


Gráfico 34: Logaritmo da renda predita e intervalos de confiança, por tipo de deficiência e escolaridade

Logaritmo da renda predita considerando uma pessoa negra, sem licença saúde, brasileira, casada, chefe de domicílio, trabalhando no setor da agricultura, em área rural na região sudeste, com o menor status ocupacional, IDH municipal prevalente, e com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo.

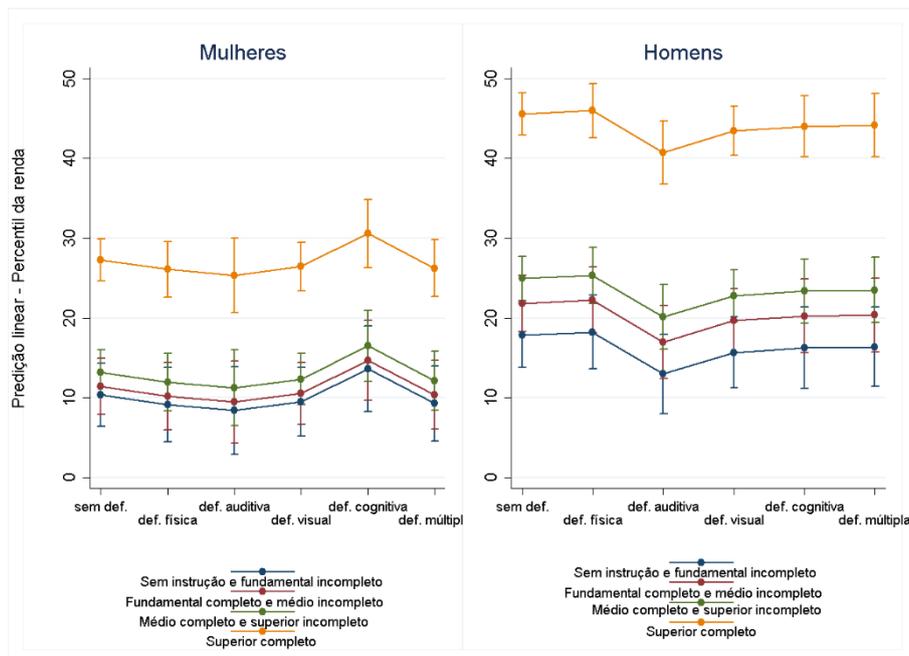


Gráfico 35: Predição linear do percentil da renda e intervalos de confiança por tipo de deficiência e escolaridade

Percentil da renda predito considerando uma pessoa negra, sem licença saúde, brasileira, casada, chefe de domicílio, trabalhando no setor da agricultura, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo

Ao comparamos por gênero e raça, notamos uma distribuição similar entre o status ocupacional verificado anteriormente e as rendas preditas: maiores diferenças por gênero e menores por raça, e os maiores valores alcançados entre os homens e os menores entre as pessoas negras.

Porém, observamos que o hiato da renda relativa por raça se mostra superior à diferença encontrada entre as rendas absolutas preditas.

As mulheres e homens sem deficiência e brancos apresentaram rendas preditas superiores aos seus pares com deficiência, também por cor. As exceções foram a renda relativa predita para homens com deficiência física e para as mulheres com deficiência visual em relação as duas rendas. Entre as mulheres com os demais tipos de deficiência, notamos valores similares, especialmente entre aquelas com deficiência sensorial. Entre os homens, notamos os maiores valores entre os homens com deficiência física, múltipla e visual. As menores rendas preditas entre eles foram verificadas entre os negros com deficiência auditiva e cognitiva.

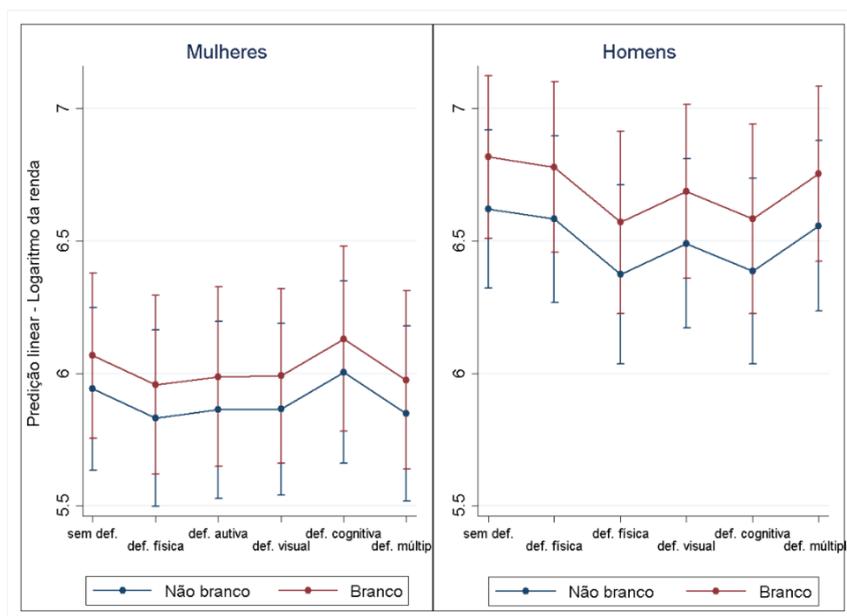


Gráfico 36: Logaritmo da renda predita e intervalos de confiança, por tipo de deficiência e raça

Logaritmo da renda predita considerando uma pessoa sem instrução ou somente com o fundamental incompleto, sem licença saúde, brasileira, casada, chefe de domicílio, trabalhando no setor da agricultura,

em área rural na região sudeste, com o menor status ocupacional, IDH municipal prevalente, e com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo

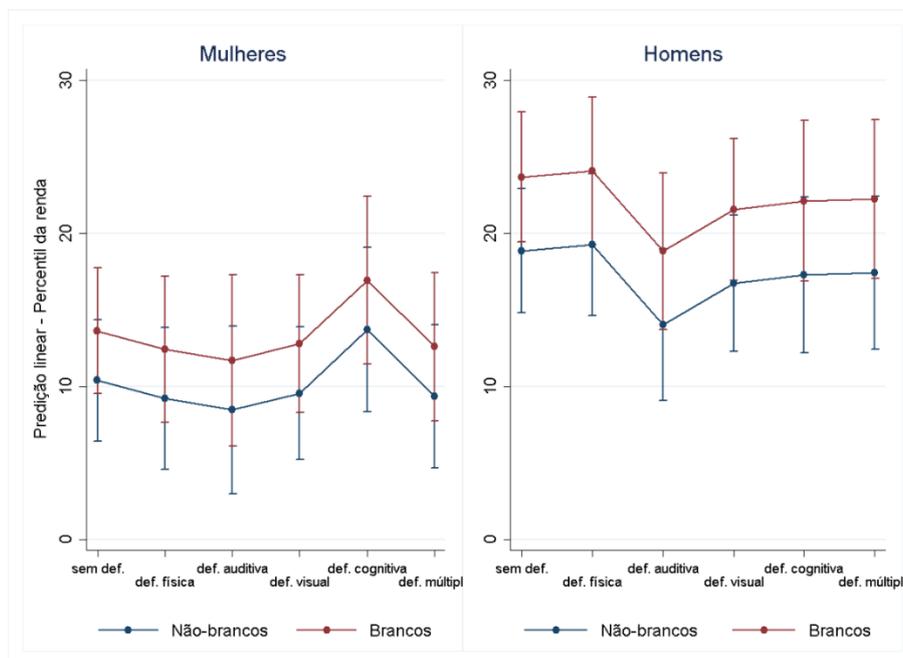


Gráfico 37: Predição linear do percentil da renda e intervalos de confiança por tipo de deficiência e raça

Percentil da renda predito considerando uma pessoa sem instrução, sem licença saúde, brasileira, casada, chefe de domicílio, trabalhando no setor da agricultura, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo

Notamos também, sobre a relação entre o índice de status ocupacional e a renda, que o aumento desse índice se traduz no aumento da renda, especialmente entre os homens. Quando consideramos as predições dos logaritmos da renda por gênero notamos que os tipos de deficiência estão dispostos de forma gradual, onde maiores efeitos são encontrados entre homens e mulheres sem deficiência, seguidos por aqueles referentes às pessoas com deficiência física. As deficiências sensoriais têm posições intermediárias por gênero, e os menores efeitos são verificados entre as pessoas com deficiência cognitiva e múltipla.

Dessa forma, o aumento progressivo do status ocupacional se converte, em relação ao gênero, em um maior aumento da renda absoluta para homens. Em ambos os sexos, considerando os tipos de deficiência, o aumento do status é mais valorizado, também em relação ao logaritmo da renda, em relação as pessoas sem deficiência, deficiência física, deficiência sensorial, cognitiva e múltipla, nesta ordem.

Quanto à renda relativa, notamos que essa graduação por tipo de deficiência não ocorre de forma similar entre homens e mulheres. Entre elas, a progressão do status ocupacional

se converte em uma melhor posição no espectro da renda primeiramente para as mulheres com deficiência física, em seguida, mulheres sem deficiência, mulheres com deficiência cognitiva e múltipla em sobreposição, mulheres com deficiência visual, e com os menores retornos, as mulheres com deficiência auditiva. Já em relação aos homens, aqueles com deficiência cognitiva apresentaram os melhores retornos com a progressão do status ocupacional, seguidos pelos homens sem deficiência. Os homens com deficiência física, múltipla e visual apresentam valores sobrepostos e o menor efeito do aumento do status pode ser verificado em relação àqueles com deficiência auditiva.

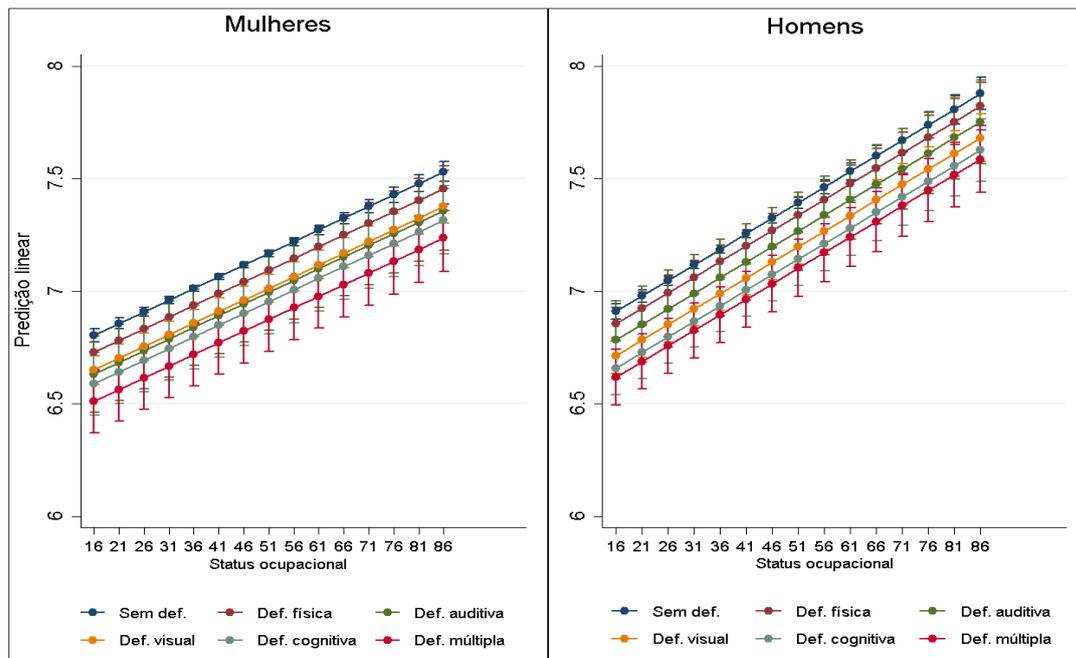


Gráfico 38: Logaritmo da renda predita e intervalos de confiança por deficiência e status ocupacional
 Logaritmo da renda predita considerando uma pessoa sem instrução, negra, sem licença saúde, brasileira, casada, chefe de domicílio, trabalhando no setor da agricultura, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo.

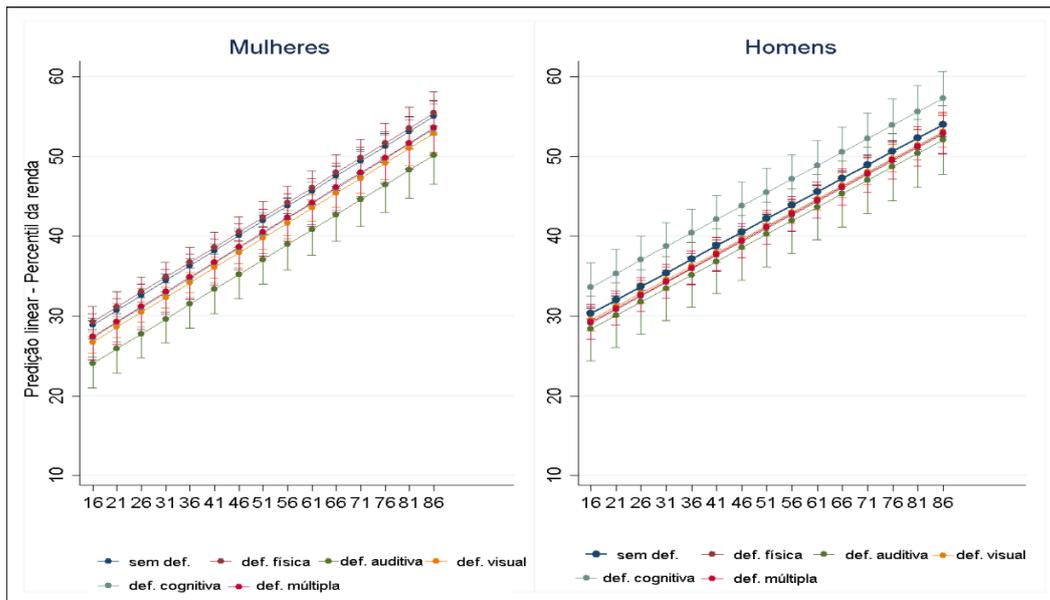


Gráfico 39: Predição linear do percentil da renda por tipo de deficiência e status ocupacional

Percentil da renda predito considerando uma pessoa sem instrução, sem licença saúde, brasileira, casada, chefe de domicílio, trabalhando no setor da agricultura, em área rural na região sudeste, IDH municipal prevalente, e com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo.

Desse modo, observamos que no geral as rendas absolutas e relativas das pessoas com deficiência tendem a ser inferiores às rendas das pessoas sem deficiência, o que nos permite aceitar a *Hipótese 4*.

Notamos que o efeito dos diferentes tipos de deficiência sobre a forma em que os indivíduos se posicionam no espectro da renda populacional reflete tanto nas predições de seus rendimentos quanto em sua renda relacional. Em relação ao gênero e à raça, as posições dos homens se mostram superiores às mulheres, e dos negros e negras inferiores a seus pares brancos.

O aumento da escolaridade, notadamente a conclusão do ensino superior, promove o aumento da renda, assim como a elevação do status ocupacional. Todavia, o efeito desta elevação gera diferentes retornos entre os tipos de deficiência.

Nesse sentido, notamos que apesar da deficiência cognitiva, com o controle de todas as demais variáveis, ter apresentado um grande efeito positivo sobre a renda (principalmente entre as mulheres), a maioria dessas pessoas se encontram com as menores médias salariais e nos piores empregos. Como visto anteriormente na análise do modelo referente ao status ocupacional, notamos o maior impacto negativo dessa deficiência quando comparadas as demais. Todavia, o aumento desse status apresenta um aumento da renda relacional e este acréscimo é superior ao encontrado entre as mulheres com deficiência

sensorial (o que demonstra um bom retorno salarial frente a melhoria ocupacional das pessoas com deficiência cognitiva), mas é inferior ao aumento da renda relativa obtido entre as mulheres com deficiência física e sem deficiência.

Por outro lado, entre as mulheres com deficiência física, notamos que apesar dessa deficiência ter apresentado o segundo maior efeito negativo sobre o status ocupacional, a renda nominal predita não se mostra abaixo das mulheres com deficiência sensorial, uma vez que elas também contam com a maior valorização em termos de renda absoluta e aumento do percentil da renda frente a melhora ocupacional. Em relação as mulheres com deficiência sensorial, notamos que apesar do aumento do status se traduzir no aumento de ganhos salariais, isso não implica em um acréscimo da renda relativa.

Na população masculina chamamos a atenção para o que ocorre em relação à deficiência auditiva. Os homens com deficiência auditiva apresentaram chances de inserção no mercado formal de trabalho superiores aos demais pares com e sem deficiência. Todavia, essa deficiência apresentou o segundo maior efeito negativo sobre o status ocupacional, e apesar do aumento nesse índice resultar no aumento do logaritmo da renda, essa população conta com os menores acréscimos sobre o percentil da renda, comparado aos demais homens.

Dessa forma, como o efeito do aumento do status ocupacional sobre a melhoria da renda relativa e absoluta se mostra de forma diversa entre os diferentes tipos de deficiência, mesmo controlando pela escolaridade, raça e demais fatores individuais e contextuais, observamos uma desigualdade horizontal entre esses grupos. A verificação da dinâmica entre os tipos de deficiência, status ocupacional e a renda relativa lançam luz sobre a compreensão das diferenças encontradas em termos de renda absoluta, especialmente entre as pessoas com deficiência cognitiva e sensorial.

Tabela 29: Coeficientes de regressão sobre a renda por sexo

	Logaritmo da renda				Percentil da renda			
	Mulheres		Homens		Mulheres	Homens		
	Coef.	%	Coef.	%	Coef.	Coef.		
<i>Deficiência física</i>	-0,108	-10,27 *	-0,038	-3,75	*	-1,186	*	0,399
<i>Deficiência auditiva</i>	* -0,080	-7,67	-0,247	-21,85	*	-1,921		-4,876
<i>Deficiência visual</i>	-0,076	-7,35	-0,130	-12,17	*	-0,858		-2,109
<i>Deficiência cognitiva</i>	* 0,061	6,28	-0,235	-20,91		3,242	*	-1,596
<i>Deficiência múltipla</i>	* -0,090	-8,58 *	-0,062	-5,99	*	-1,016	*	-1,437
<i>Branco</i>	0,117	12,43	0,101	10,66		2,802		1,748
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	0,133	14,26	0,135	14,41	*	0,716		2,111

	Logaritmo da renda				Percentil da renda	
	Mulheres		Homens		Mulheres	Homens
	Coef.	%	Coef.	%	Coef.	Coef.
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	0,252	28,60	0,236	26,58	2,242	2,768
<i>Superior completo</i>	0,674	96,21	0,802	123,10	16,638	13,960
<i>Idade centralizada</i>	0,016	1,66	0,014	1,42	0,343	0,235
<i>Idade centralizada²</i>	0,000	-0,03	0,000	-0,04	-0,003	-0,005
<i>Licença saúde</i>	* 0,065	6,73	* 0,046	4,73	29,919	32,704
<i>Estrangeiro</i>	0,406	50,13	0,308	36,03	12,226	14,123
<i>Divorciado</i>	* 0,040	4,12	* -0,027	-2,63	2,923	* 0,259
<i>Viúvo</i>	* -0,050	-4,83	-0,188	-17,12	* 0,729	-5,384
<i>Solteiro</i>	-0,043	-4,22	-0,146	-13,55	0,842	-2,516
<i>Cônjuge</i>	-0,034	-3,32	-0,112	-10,64	-1,019	-2,178
<i>Filho</i>	-0,098	-9,30	-0,256	-22,59	-3,128	-4,724
<i>Outros</i>	-0,095	-9,02	-0,152	-14,12	-3,698	-4,464
<i>Status sócio ocupacional</i>	0,011	1,06	0,014	1,45	0,338	0,373
<i>Horas mensais</i>	0,002	0,24	0,001	0,15	0,044	0,027
<i>Indústria</i>	0,138	14,79	0,184	20,20	* 0,501	8,094
<i>Eletricidade, gás, água</i>	0,313	36,72	0,491	63,43	* 7,521	17,239
<i>Construção civil</i>	0,383	46,65	* 0,012	1,24	* 0,336	* 0,812
<i>Comércio e serviços</i>	* 0,000	0,03	* 0,020	2,07	-4,174	1,771
<i>Transporte e comunicação</i>	0,175	19,11	0,202	22,38	3,766	10,747
<i>Serviços financeiros</i>	0,472	60,32	0,294	34,24	9,661	13,207
<i>Adm. pública e defesa</i>	0,334	39,63	0,294	34,23	4,764	10,112
<i>Empresariado</i>	0,167	18,21	0,114	12,07	* -0,574	6,260
<i>Educação, saúde e ser. social</i>	0,155	16,82	* -0,046	-4,53	2,009	2,573
<i>Domésticos</i>	-0,117	-11,01	* -0,017	-1,73	-8,955	* -1,877
<i>De 06 a 30 min</i>	* -0,013	-1,29	* 0,016	1,60	* 0,557	1,197
<i>Mais de 30 minutos e menos de 1 hora</i>	* 0,015	1,54	* 0,049	4,98	2,482	2,858
<i>Mais de 1 hora e menos de 2 horas</i>	0,050	5,14	* 0,023	2,29	3,699	3,071
<i>Mais de 2 horas</i>	* -0,006	-0,60	* 0,048	4,89	3,734	2,575
<i>Urbano</i>	0,160	17,30	0,114	12,05	-4,003	-3,806
<i>Região Metropolitana</i>	0,216	24,14	0,130	13,89	4,482	2,830
<i>Norte</i>	0,073	7,55	* 0,001	0,07	2,146	-2,118
<i>Nordeste</i>	-0,248	-21,93	-0,308	-26,54	* -1,428	-5,220
<i>Centro-Oeste</i>	-0,060	-5,78	* 0,029	2,98	* -1,354	* -0,451
<i>Sul</i>	* -0,004	-0,36	0,046	4,73	* -0,171	* 0,169
<i>Pr(formal)</i>	* 0,016	1,64	* 0,182	19,96	23,753	20,519
<i>IDHM2010</i>	0,799	122,41	1,114	204,59	15,181	16,789
<i>Filho com até 5 anos</i>	0,083	8,61			2,182	
<i>Constante</i>	4,916		5,135		-30,595	-21,508
<i>N</i>	14107		12540		23895	28221
<i>N_clust</i>	14002		12249		23520	25643
<i>ll</i>	-12591,91		-12045,059		-101046,3	-119304,39
<i>r2_p</i>	0,509		0,51308145		0,75314959	0,78320046

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010, dados trabalhados pelas autoras.

Variáveis dependentes: Logaritmo da renda e percentil da renda

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: $*p > 0,05$

5.6 Censo e RAIS

Modelo XXVII a XXXV – Chance de inserção no mercado formal de trabalho nos anos de 2007 a 2015 – efeito de ter uma deficiência, por sexo.

Com o intuito de verificarmos como tem ocorrido a inserção de pessoas com e sem deficiência no mercado formal de trabalho ao longo dos anos, utilizamos os dados referentes a duas bases. Extraímos do Censo toda a população correspondente ao mercado informal de trabalho e seus dados relativos ao sexo, idade, escolaridade, região geográfica e deficiência. Essas variáveis também são encontradas no banco de dados da RAIS.

Como a RAIS abarca a população de trabalhadores formais, selecionamos toda a população. Em cada banco de dados da RAIS, referente ao ano específico, acrescentamos a população de trabalhadores informais do Censo. Posteriormente, também em cada banco, realizamos uma regressão logística binária sobre a chance de estarem formalmente empregados, considerando como variáveis independentes as listadas anteriormente.

Por resultado, observamos que o efeito percentual e negativo da deficiência sobre a probabilidade de ter um emprego formal tende a diminuir progressivamente ao longo dos anos, tanto para os homens, quanto para as mulheres. Notamos que entre os anos de 2007 a 2009 houve um crescimento desse efeito, mas a partir de 2010 ele vem decaindo, alcançando seus menores valores no ano de 2015.

Todavia, notamos que mesmo controlando pela região do país, idade, sexo, e escolaridade, a população de pessoas com deficiência contam com menores chances de conseguirem um emprego formal, corroborando os resultados encontrados tanto em países em desenvolvimento (EIDE; NHIWATHIWA; MUDEREDZI; LOEB, 2003; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MIZUNOYA; MITRA, 2013; PALMER; THUY; QUYEN; DUY *et al.*, 2012; TRANI; BAKHSHI; BROWN; LOPEZ *et al.*, 2018; TRANI; LOEB, 2012) quanto em países desenvolvidos (BALDWIN; SCHUMACHER, 2002; BALDWIN; JOHNSON, 1995; DOMZAL; HOUTENVILLE; SHARMA, 2008; KIDD, M. P.; SLOANE, P.; FERKO, I., 2000; RIGG, 2005). Além disso, notamos os maiores efeitos negativos entre as mulheres com deficiência. As maiores diferenças de empregabilidade entre as mulheres por deficiência são comumente apontadas em pesquisas anglo-saxônicas (PETTINICCHIO; MAROTO, 2017). Nos países em desenvolvimento, a diferença de empregabilidade se mostra maior entre os homens sem

e com deficiência. Todavia, o Brasil já havia se mostrado uma exceção em relação a esses países nos resultados encontrados por Mizunoya e Mitra (2013), e nossa pesquisa reitera estes achados.

A partir da probabilidade predita resultante dessas regressões, criamos uma variável com o propósito de controlar o viés de seletividade nas análises que utilizaram somente os bancos da RAIS, as quais serão abordadas na próxima parte desta pesquisa.

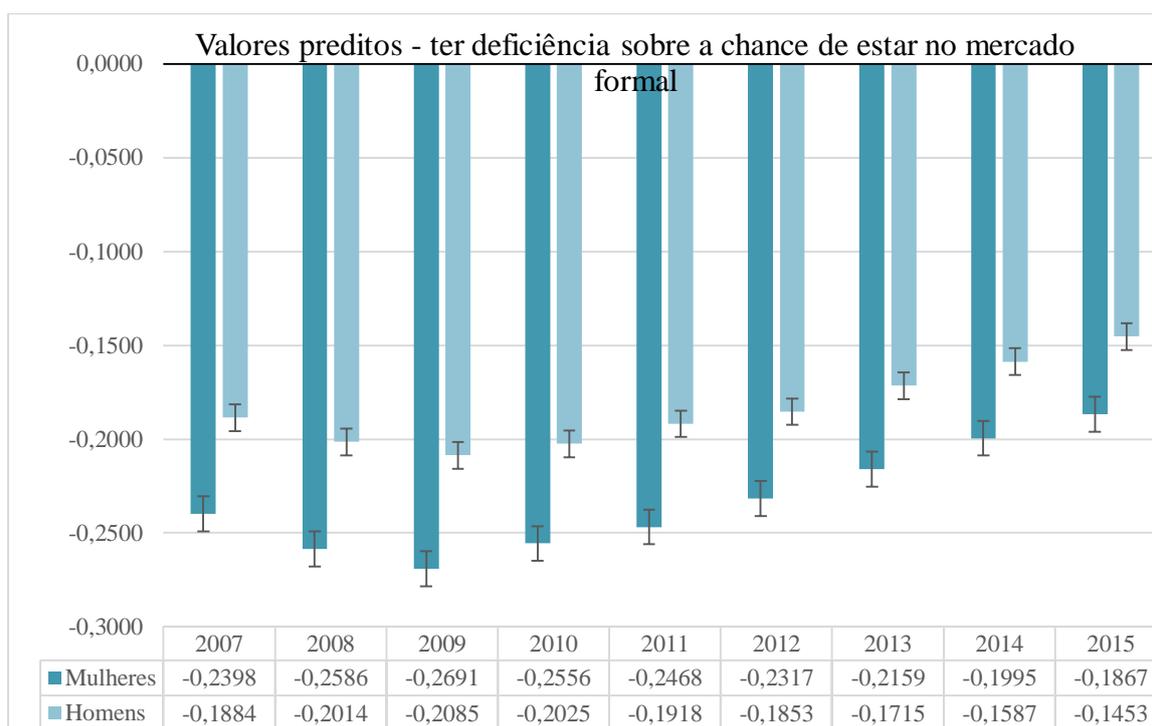


Gráfico 40: Valores preditos da deficiência sobre a chance de estar no mercado formal por sexo
 Fonte: Censo Demográfico de 2010 e microdados da RAIS 2007-2015, dados trabalhados pelas autoras.

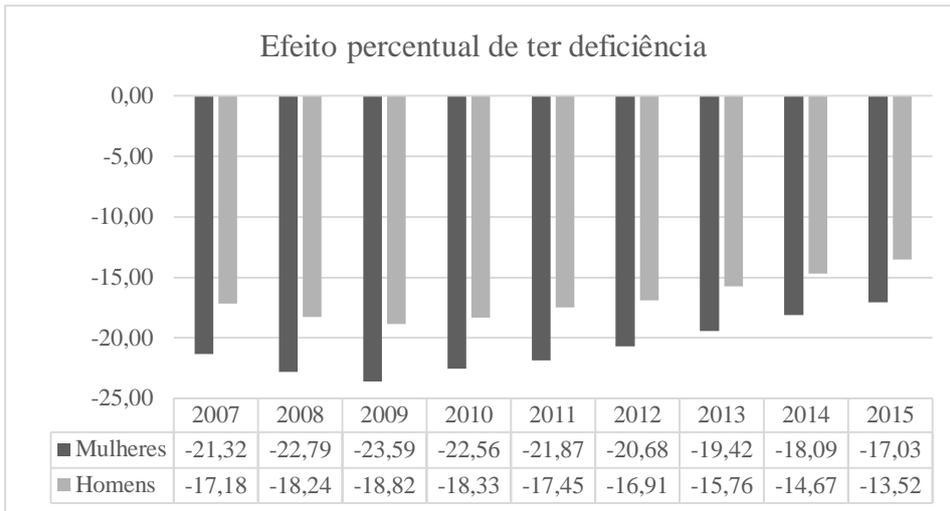


Gráfico 41: Efeito percentual de ter deficiência sobre a chance de estar no mercado formal de trabalho

6. Metodologia – Parte II

6.1 Delimitação dos dados

Os dados utilizados neste estudo são provenientes da RAIS (Relação Anual de Informações Sociais), disponibilizada pelo MTE (Ministério do Trabalho e Emprego). A escolha desta base de dados deve-se a vários motivos: 1) ao fato dele nos permitir fazer uma análise longitudinal de painel do indivíduo no mercado de trabalho formal brasileiro; 2) às inúmeras variáveis que esta base possui referentes às características do trabalhador formal, mas principalmente a informações sobre o vínculo empregatício que possui e ao estabelecimento em que se encontra o empregado; 3) principalmente pelo fato de ser a RAIS um dos poucos bancos de dados sociais que possuem a variável referente a possuir ou não deficiência e o tipo de deficiência que o trabalhador possui numa perspectiva longitudinal.

A RAIS não é proveniente de um *survey* aplicado aos indivíduos inseridos no mercado de trabalho, mas refere-se a um levantamento administrativo, feito pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, de todas as empresas em atividade no país. A declaração deve ser feita pelo estabelecimento empregador uma vez ao ano, de janeiro a abril, e tem informações referentes às relações de emprego formalizadas em qualquer período ao longo do ano anterior. São disponibilizadas duas formas de informações, que constituem os dois módulos em que se estrutura o instrumento de coleta: [1] referente ao estabelecimento (código identificador, razão social, localidade, atividade econômica, natureza jurídica e número de empregados em 31/12 do ano base); [2] referente ao empregado (escolaridade, idade, sexo e características do vínculo ocupacional, como o tipo de vínculo, tempo de emprego no atual estabelecimento, ocupação, salário, tipo de admissão e desligamento e se possui vínculo empregatício ativo em 31/12 do ano base). Deste modo, o banco de dados da RAIS constitui um censo, o qual abarca todos os trabalhadores formalmente empregados no país e suas informações são apenas dos empregados e dos estabelecimentos, excluindo assim os dados referentes aos indivíduos que ocupam a posição de empregadores.

Todavia, se por um lado o registro administrativo da RAIS possui a vantagem da ampla cobertura, proveniente da obrigatoriedade da declaração, de outro lado isso implica em uma ausência de critérios científicos da coleta (GUIMARÃES, 2004). O próprio MTE (2007) salienta as limitações dos dados, geradas pelas omissões nas declarações, seguidas por erros de preenchimento, decorrentes de informações incompletas, incorretas ou não atualizadas. Além disso, outro problema salientado pelo MTE (2007) refere-se às declarações agregadas na matriz, enquanto deveriam ser fornecidas informações por estabelecimento. Mas conquanto essas questões não sejam solucionadas, buscaremos, conforme proposto por Guimarães (2004), a consideração desses limites com “a necessária vigilância metodológica, expressa na crítica de qualidade e arguição sobre os limites dos dados em uso” (p.260).

Desse modo, a cada ano, a RAIS nos fornece uma fotografia do mercado formal de trabalho brasileiro. Entretanto, como nosso objetivo é acompanhar um mesmo estoque de indivíduos e verificar como o passar o tempo é um elemento constitutivo da sua mobilidade no mercado de trabalho, essas fotografias ou dados transversais devem dar lugar aos painéis longitudinais. Com intuito de responder às questões de pesquisa propostas, optamos pela análise longitudinal prospectiva, a qual nos possibilita acompanhar, com as mesmas variáveis de descrição, determinado conjunto de unidades, em um dado lapso de tempo (GUIMARÃES, 2004). Essa análise se mostra possível somente através dos dados da RAIS, uma vez que nela há a identificação do indivíduo através do seu CPF (Cadastro de Pessoa Física) ou PIS (Programa de Integração Social), da empresa pelo seu CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica) e podemos através dessas identificações, intercomunicar as bases transversais, por ano.

Para Diggle *et al*(2013), a maior vantagem da análise longitudinal é a sua capacidade de distinguir, em um determinado contexto populacional, os efeitos da coorte dos efeitos do tempo. Isso porque esta análise proporciona a diferenciação e detalhamento dos acontecimentos ao longo do tempo para cada indivíduo (*within* - efeitos do tempo) das diferenças entre os indivíduos de uma mesma população, em uma mesma linha de base (*between* - efeitos de coorte). Nesse sentido, para Guimarães (2004), os estudos sobre as trajetórias dos indivíduos no mercado de trabalho, enquanto análises longitudinais, têm a virtude de tornar o tempo uma variável endógena aos modelos de explicação. Nessas pesquisas, a variação do tempo em si, é o elemento central de análise: “o que interessa

caracterizar (descritiva e analiticamente) é o percurso no mercado, ou seja, é a configuração de um movimento, são os trajetos *entre* os lugares ocupacionais, antes que a sua cristalização em formas transversalmente documentadas” (Guimarães, 2004, p. 247, grifo da autora).

Para construirmos o painel longitudinal prospectivo foram realizadas as seguintes etapas de organização dos dados:

- 1) Verificação de em quais anos há a variável deficiência e tipo de deficiência dos trabalhadores, dado que o Decreto 3.298 foi publicado em 1999. Identificamos que a variável indicadora se indivíduo “é portador de deficiência” encontra-se somente nos bancos a partir de 2002. Contudo, a especificação da deficiência ou se o trabalhador é reabilitado⁴⁶ se deu somente a partir de 2006. E, neste ano, as proporções das diferentes deficiências se mostra completamente inversa em relação aos anos subsequentes, conforme podemos observar no gráfico no Anexo 1. Deste modo, optamos por considerar os dados a partir de 2007 até o ano 2015.
- 2) Transformação da unidade vínculo para unidade indivíduo, uma vez que a unidade vínculo é a unidade original da RAIS. Contudo, um mesmo indivíduo pode ter diferentes vínculos empregatícios durante o decorrer de cada ano ou ainda ter vínculos simultâneos. Para selecionarmos o trabalho principal, consideramos o vínculo com maior rendimento auferido no mês de dezembro de cada ano, dado que as informações declaradas na RAIS têm como referência o dia 31/12 de cada ano base.
- 3) Definição do estoque de indivíduos a ser estudado. A partir do ano de entrada, consideramos somente aqueles que foram declarados pelo menos em outros quatro anos, resultando assim, um mínimo de cinco anos de permanência, seja ela consecutiva (durante cinco anos consecutivos) ou descontínua (o indivíduo entra e sai dos registros da RAIS em diferentes anos, mas no total seu tempo empregado formalmente é igual ou superior a cinco anos). Como até o final desta pesquisa contamos com os bancos de dados referentes aos anos de 2007 a 2015, para que

⁴⁶ Segundo o MTE (2007), esses trabalhadores se submeteram a programas oficiais de recuperação da atividade laboral, perdida em decorrência de infortúnio. É necessário atestar tal condição por documentos públicos oficiais, expedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou órgãos que exerçam função por ele delegada.

fosse possível atender a este último requisito proposto, optamos por incluir somente os indivíduos que foram declarados na RAIS nos anos de 2007 a 2010, sendo o ano de entrada do indivíduo no painel obrigatoriamente neste intervalo e escolhemos o intervalo de permanência mínima de cinco anos no painel de mercado de trabalho formal.

Além destes recortes, consideramos a população com idade entre 18 e 60 anos e uma amostra da população de pessoas sem deficiência. A consideração da idade mínima de 18 anos deve-se à verificação de que no ano de 2010, os maiores saldos de emprego para os trabalhadores com deficiência se deram na faixa etária correspondente de 18 a 24 anos, conforme apresentado pelo MTE (2010) através de seu Boletim de Indicadores do Mercado de Trabalho. As idades máximas, por sexo, correspondem às atuais idades mínimas para aposentadoria pelo RGPS (Regime Geral de Previdência Social).

Deste modo, nossa população de estudo refere-se a todos os trabalhadores, com idade de 18 a 60 anos, não declarados como reabilitados, que constavam na RAIS entre os anos de 2007 e 2010, e que foram declarados por pelo menos cinco anos (contínuos ou descontínuos) entre os anos de 2007 e 2015.

Essas seleções nos levam a um total de 50.660.766 de indivíduos a serem acompanhados. Desses, 371.984 possuem algum tipo de deficiência e correspondem a somente 0,73% da população total, conforme podemos observar na tabela abaixo. Esses dados se mostram bastante inferiores ao que verificamos no Censo. Em relação ao ano de entrada no painel, notamos que a maioria já constava na RAIS do ano de 2007, sendo uma maior proporção encontrada em relação aos trabalhadores com deficiência, tanto para homens quanto para as mulheres (total de 79,74%) quando comparados àqueles sem deficiência que já estavam neste ano (total de 67,93%). Nos demais, ocorre o oposto e encontramos maiores proporções de indivíduos sem deficiência com entradas nos anos seguintes, para mulheres e homens.

Tabela 42: População de estudo por ano de inclusão no painel, sexo e deficiência.

Total de indivíduos por ano de inclusão na base de dados, sexo e deficiência.											
		2007		2008		2009		2010		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pessoas sem deficiência	Mulheres	13403784	66,04	2738738	13,49	2120975	10,45	2033230	10,02	20296727	100
	Homens	20756725	69,21	4011892	13,38	2732697	9,11	2490741	8,30	29992055	100

	Total	34160509	67,93	6750630	13,42	4853672	9,65	4523971	9,00	50288782	100
Pessoas com deficiência	Mulheres	107296	76,00	15281	11,49	9910	7,05	8856	5,45	141343	100
	Homens	183500	81,70	22196	9,37	13407	5,13	11538	3,8	230641	100
	Total	290796	79,74	37477	10,1	23317	5,79	20394	4,37	371984	100
	Total	34451305	68,00	6788107	13,40	4876989	9,63	4544365	8,97	50660766	100

Fonte: MTE/RAIS, microdados de 2007 – 2010.

Com uma maior proporção de inclusão no ano de 2007, notamos também uma maior permanência no painel por parte dos trabalhadores com deficiência, haja vista que encontramos a maioria desses trabalhadores no maior intervalo, referente a sete anos, conforme apresentado na Tabela 2. É interessante notar que, se para as mulheres com deficiência a proporção é seis pontos superiores à encontrada para as mulheres sem deficiência, para os homens essa diferença é ainda maior, sendo a proporção de homens com deficiência com 7 anos de permanência no painel 10 pontos superior à dos homens sem deficiência. Nos intervalos de tempos inferiores, encontramos sempre maiores proporções entre os trabalhadores sem deficiência, independente do sexo.

Tabela 43: Tempo de permanência no painel, por sexo e deficiência.

Tempo de permanência no painel, proporções por sexo e deficiência.				
Tempo (em anos)	Mulheres		Homens	
	Sem deficiência	Com deficiência	Sem deficiência	Com deficiência
3	5,65%	4,07%	4,89%	3,43%
4	12,62%	9,92%	11,08%	7,70%
5	14,55%	12,68%	13,84%	10,49%
6	20,13%	19,53%	20,93%	18,75%
7	47,05%	53,8%	49,27%	59,63%
Total	100%	100%	100%	100%

Fonte: MTE/RAIS.

O tempo de permanência no painel também nos informa quantas vezes o trabalhador teve seus registros considerados. Dessa forma, se o indivíduo permanece sete anos no painel, sete vezes seus registros constam no painel, um registro para cada ano em que foi declarado.

Em relação ao sexo, notamos em todos os anos considerados, uma maioria masculina, com aproximadamente 60% de homens em relação à população de trabalhadores sem

deficiência. Essa proporção é ainda superior na população daqueles com deficiência, indo de 63% no ano de 2007 a 67% no ano de 2011.

A respeito da amostra utilizada, selecionamos de forma aleatória, uma pessoa sem deficiência para cada pessoa com deficiência, por sexo. Dessa forma, para cada mulher com deficiência há uma mulher aleatória sem deficiência, e da mesma forma com os homens.

Além desses recortes, não consideramos os trabalhadores reabilitados. Apesar de também serem considerados enquanto trabalhadores com deficiência na RAIS, Takahashi *et al* (2010), ao considerar os infortúnios que geraram os afastamentos de trabalhadores reabilitados durante o ano 2007 verificaram que as principais causas deviam-se a acidentes de trabalho, LER/DORT (Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e adoecimentos psíquicos relacionados ao trabalho. Deste modo, verifica-se que, apesar destes trabalhadores também serem abarcados pela lei de cotas, eles apresentam um quadro muito diverso daqueles que são objeto de estudo da presente pesquisa, no caso, trabalhadores com deficiência física, sensorial, mental ou múltipla.

6. 2 Delimitação dos modelos

Com o intuito de responder às questões de pesquisa propostas, serão realizados três modelos de regressão linear para análise longitudinal: um tendo por variável dependente o status socioeconômico da ocupação, outro com o logaritmo da renda (renda absoluta) e outro com o percentil da renda (renda relativa).

Todavia, antes da realização de tais modelos, três desafios metodológicos são inicialmente considerados:

- a) **Viés de seletividade:** o viés se dá pelo fato de os modelos considerarem em sua análise somente as pessoas que tiveram suas ocupações declaradas, logo empregadas, no dia 31/12 de cada ano, data referente à declaração da

RAIS por parte do estabelecimento empregador. Como a literatura (HECKMAN, 1979) nos aponta, aqueles que estão desempregados, e no caso desse estudo os que estão no setor informal, têm motivos não observados que, indiretamente, podem influenciar a dinâmica socioeconômica daqueles que estão empregados. Dessa forma, o viés de seletividade deve ser contornado para garantir que os resultados sejam válidos e representativos para a população como um todo, e não apenas para aqueles que tiveram a ocupação e rendimentos declarados, e que possuem maiores probabilidades de estarem empregados. Para amenizar este viés, realizamos regressões logísticas, com os dados do Censo e da RAIS conjuntamente, com a variável dependente referente à chance de permanecer empregado, considerando enquanto variáveis independentes a idade, o gênero, a deficiência, os níveis de escolaridade e as regiões geográficas, conforme descrito no subitem 5.6 – Censo e RAIS. Posteriormente, as propensões de emprego geradas a partir dessas regressões são incluídas como covariáveis nos modelos de análise, com os dados da RAIS.

- b) **Heterogeneidade da população** – considerando os achados de estudos anteriores que apontam para as peculiaridades de inserção no mercado de trabalho por gênero, raça e por tipo de deficiência, optamos por um recorte de gênero para cada modelo, o que nos permite identificar possíveis diferenças entre e dentre os sexos. Em relação à heterogeneidade relatada pela raça e tipo de deficiência, adotamos, em cada modelo, os tipos de deficiências (física, auditiva, visual, cognitiva e múltipla) e raça (brancos e não-brancos) enquanto variáveis de teste. Além disso, como foi verificado anteriormente que as pessoas com deficiência não apresentaram diferenças salariais em relação às pessoas sem deficiência quando inseridas no setor público, realizamos recortes entre amostra de trabalhadores com vínculos celetistas e estatutários.
- c) **Melhor ajuste dos dados em relação à renda:** foram testados modelos com a variável binária com os *outliers* da renda nominal e verificamos o melhor ajuste com a utilização desta *dummy* somente entre os homens.
- d) **Escolha de modelo de análise longitudinal** – Segundo Holland e Xavier (2004), se o objetivo central da análise for testar o efeito de variáveis como

aquelas que classificam os indivíduos em grupos, a especificação do modelo de efeitos aleatórios mostra-se mais apropriada. Nestes, a lógica por trás do modelo, contrária à do modelo de efeitos fixos, é a de que variação entre as entidades é assumidamente aleatória e não correlacionada com as variáveis independentes incluídas no modelo e pressupõe-se que o efeito não observado não está correlacionado com as demais variáveis explicativas. Nesse sentido, a distinção crucial entre o modelo de efeitos fixos e o modelo de efeitos aleatórios é se o efeito individual não observado incorpora elementos que são correlacionados com os regressores no modelo. Para Torres-Reyna (2007), caso haja razões para acreditar que as diferenças entre entidades têm alguma influência sobre a variável dependente, então o uso do modelo de efeitos aleatórios é recomendado. Além disso, uma vantagem deste modelo é a possibilidade de inclusão de variáveis invariantes no tempo (como gênero). No modelo de efeitos fixos estas variáveis são absorvidas pela intercepção. Ademais, é necessário especificar as características individuais que podem ou não influenciar as variáveis dependentes. O problema que algumas variáveis podem não estar disponíveis, levando à polarização da variável omitida no modelo. Dessa forma, optamos pelo Método da Máxima Verossimilhança que busca maximizar a função densidade de probabilidade das observações, em relação aos efeitos fixos e aos componentes de variância.

Feitas as considerações a respeito dos desafios metodológicos, apresentamos os modelos a serem adotados no quadro abaixo e posteriormente descrevemos as variáveis independentes a serem utilizadas.

Tabela 44: Modelos de análise – RAIS

Modelos de análise longitudinal de painel							
Modelo	Variável dependente	Tipo da variável	Descrição da variável	Estimação	Recortes amostrais	Variável de teste	Hipótese a ser testada
Modelo XXIV	Índice de status sócio ocupacional - ISEI	Contínua	Índice de status ocupacional - ISEI	Modelo de Regressão Linear	Sexo; Celetistas e estatutários	Tipo de deficiência; raça*; tamanho da empresa.	Hipóteses 6, 8 e 9
Modelo XXV	Logaritmo da renda	Contínua	Logaritmo da renda	Modelo de Regressão Linear	Sexo; Celetistas e estatutários	Tipo de deficiência; raça*; escolaridade, tamanho da empresa e status sócio ocupacional.	Hipóteses 4, 5, 8 e 9
Modelo XXVI	Percentil da renda	Contínua	Percentil da renda	Modelo de Regressão Linear	Sexo; Celetistas e estatutários	Tipo de deficiência; raça*; escolaridade, tamanho da empresa e status sócio ocupacional.	Hipóteses 4, 5, 8 e 9

*Disponível somente para trabalhadores celetistas.

Variáveis independentes dos modelos

As variáveis independentes se dividem em dois blocos: variáveis de teste e variáveis de controle. Conforme descrito anteriormente, tendo em vista que a heterogeneidade do grupo de trabalhadores com deficiência, considerando o tipo de deficiência que possuem, é algo tomado de forma recorrente na literatura (BALDWIN; JOHNSON, 1994a; JONES, 2008; JONES, 2011; MAROTO; PETTINICCHIO, 2014; WILKINS, 2004), utilizamos como variáveis de teste em todos os modelos os tipos de deficiência dos trabalhadores, comparando com os indivíduos sem deficiência.

A falta de escolaridade e qualificação (ARAÚJO; MOREIRA; ROMAGNOLI, 2007; CANÇADO, 2006; CARNEIRO; RIBEIRO, 2008; JONES, 2010; JONES, 2006; TANAKA; MAZINI, 2005), bem como a experiência somente em funções operacionais (SUZANO; NEPOMUCENO; ÁVILA; LARA *et al.*, 2008) são tomadas de forma recorrente literatura enquanto causas da baixa empregabilidade, inserção em ocupações precárias e baixos rendimentos auferidos pelas pessoas com deficiência. Diante disso, abordaremos as seguintes variáveis de capital humano: escolaridade; idade do trabalhador centralizada (*proxy* de experiência no mercado de trabalho) e idade ao quadrado também centralizada; tempo de emprego na atual empresa (experiência na empresa).

Além disso, uma vez que em estudos anteriores foi considerada a influência dos afastamentos por motivo de doença sobre a produtividade dos trabalhadores com deficiência, e por consequência, sobre seus rendimentos (KIDD, M. P.; SLOANE, P.; FERKO, I., 2000; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012a), será considerada uma variável de controle referente ao fato do indivíduo ter se afastado ou não por este motivo.

Em relação ao vínculo empregatício, observamos o apontamento de que o vínculo em regime parcial é tomado como fator de grande impacto sobre os rendimentos (BALDWIN; JOHNSON, 1995; JENKINS; RIGG, 2004; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012a; PFEIFFER, 1991; POLIDANO; VU, 2015; RIGG, 2005; RIGG, 2000), portanto será considerada também a variável referente às horas contratuais semanais.

Sobre as características do estabelecimento empregador, uma vez que a Lei de Cotas determina a quantidade de trabalhadores com deficiência a serem contratados segundo a

quantidade de total de trabalhadores empregados pela empresa, e, que em estudo anterior o tamanho do estabelecimento também foi considerado (LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012a), são abordadas variáveis de teste referentes ao número total de empregados, bem como o percentual de trabalhadores com deficiência por empresa.

Além da consideração da obrigatoriedade de contratação segundo o tamanho da empresa, fato extremamente relevante para a nossa pesquisa, conforme apontado na revisão bibliográfica, estudos organizacionais apontam para a influência das características dos estabelecimentos empregadores sobre os rendimentos e progressões de carreira (BARON, 1984; BARON; BIELBY, 1980; GRANOVETTER, 1981; PFEFFER, 1977). Deste modo, são consideradas variáveis referentes à região do país e ao setor do mercado da empresa.

Gráfico 45: Variáveis independentes de teste e de controle

<i>Variável</i>	<i>Tipo</i>	<i>Descrição</i>
<i>Variáveis de teste</i>		
<i>Tipo de deficiência</i>		
Física	Binária	1 = possui deficiência 0 = não possui deficiência física
Visual	Binária	1 = possui deficiência 0 = não possui deficiência visual
Auditiva	Binária	1 = possui deficiência 0 = não possui deficiência auditiva
Cognitiva	Binária	1 = possui deficiência 0 = não possui deficiência cognitiva
<i>Cor/raça</i>	Binária	0 = Não brancos – pretos e pardos 1 = Brancos
<i>Escolaridade</i>		
Fundamental completo e médio incompleto	Binária	1 = Possui o fundamental completo ou o médio incompleto 0 = Sem instrução e fundamental incompleto
Médio completo e superior incompleto	Binária	1 = Possui o médio completo ou o superior incompleto 0 = Sem instrução e fundamental incompleto
Superior completo	Binária	1 = Possui o superior completo 0 = Sem instrução e fundamental incompleto
<i>Tamanho da empresa</i>		
Pequena	Binária	1 = pequena empresa (de 20 a 99 empregados) 0 = micro empresa (até 19 empregados)
Média	Binária	1 = média empresa (de 100 a 499 empregados) 0 = micro empresa até 19 empregados)
Grande	Binária	1 = grande empresa (mais de 500 empregados) 0 = micro empresa (até 19 empregados)
Status ocupacional	Linear	Escala de status socioeconômico da ocupação

<i>Variável</i>	<i>Tipo</i>	<i>Descrição</i>
<i>Variáveis de teste</i>		
<i>Variáveis de controle</i>		
<i>Idade_cen</i>	Contínua	Idade do indivíduo centralizada na média
<i>Idadcen_2</i>	Contínua	Idade do indivíduo, em anos, centralizada na média ao quadrado
<i>Tempo de emprego na atual empresa</i>	Contínua	Tempo de emprego, em anos, na atual empresa
<i>Licença saúde</i>	Binária	1 = Foi afastado por motivo de doença 0 = Não foi afastado por motivo de doença
<i>Horas mensais trabalhadas</i>	Contínua	Quantidade de horas contratuais por semana
<i>Percentual de pessoas com deficiência na empresa</i>	Contínua	Percentual de trabalhadores com deficiência no estabelecimento
<i>Setor econômico</i>		
<i>Indústria</i>	Binária	1 = industrial 0 = agricultura
<i>Eletricidade, gás e água</i>	Binária	1 = eletricidade, gás e água 0 = agricultura
<i>Construção civil</i>	Binária	1 = construção civil 0 = agricultura
<i>Comércio e serviços</i>	Binária	1 = comércio e serviços 0 = agricultura
<i>Transporte e comunicação</i>	Binária	1 = transporte e comunicação 0 = agricultura
<i>Serviços financeiros</i>	Binária	1 = serviços financeiros 0 = agricultura
<i>Administração pública e defesa</i>	Binária	1 = administração pública e defesa 0 = agricultura
<i>Empresariado</i>	Binária	1 = empresariado 0 = agricultura
<i>Educação, saúde e serviços sociais</i>	Binária	1 = educação, saúde e serviços sociais 0 = agricultura
<i>Domésticos</i>	Binária	1 = domésticos 0 = agricultura
<i>Região do Brasil</i>		
<i>Norte</i>	Binária	1 = Norte 0 = Sudeste
<i>Nordeste</i>	Binária	1 = Nordeste 0 = Sudeste
<i>Centro-Oeste</i>	Binária	1 = Centro-Oeste 0 = Sudeste
<i>Sul</i>	Binária	1 = Sul 0 = Sudeste

7. Análise longitudinal dos dados da RAIS 2007-2015

A probabilidade de sobrevivência, isto é, as chances de os indivíduos permanecerem na base de dados ao longo dos anos, foram estimadas por sexo considerando o status sócio ocupacional (Isei superior à mediana e Isei inferior à mediana).

A partir dos gráficos abaixo notamos as grandes diferenças entre as chances de sobrevivência considerando a deficiência, sendo as melhores chances de continuidade na base encontradas entre as mulheres e homens sem deficiência com Isei inferior. Essas chances foram seguidas por seus pares com status socioeconômico superior. A diferença de sobrevivência entre esses grupos, em relação ao Isei, se mostra maior entre as mulheres, quando comparadas aos homens, indicando que para elas a inserção em ocupações de maior ou menor status pode ser mais relevante para a permanência no mercado formal de trabalho que para os homens.

Essa diferença se mostra quase inexistente entre os homens com deficiência. E entre as mulheres com deficiência, ainda que as probabilidades de sobrevivência tenham se sobreposto nos últimos anos, é interessante observar que nos anos intermediários as mulheres com deficiência e com status socioeconômico superior apresentaram mais chances de permanecerem no trabalho formal que aquelas com Isei inferior, o que ocorre de forma inversa à verificada para as mulheres sem deficiência.

7.1 Status socioeconômico da ocupação

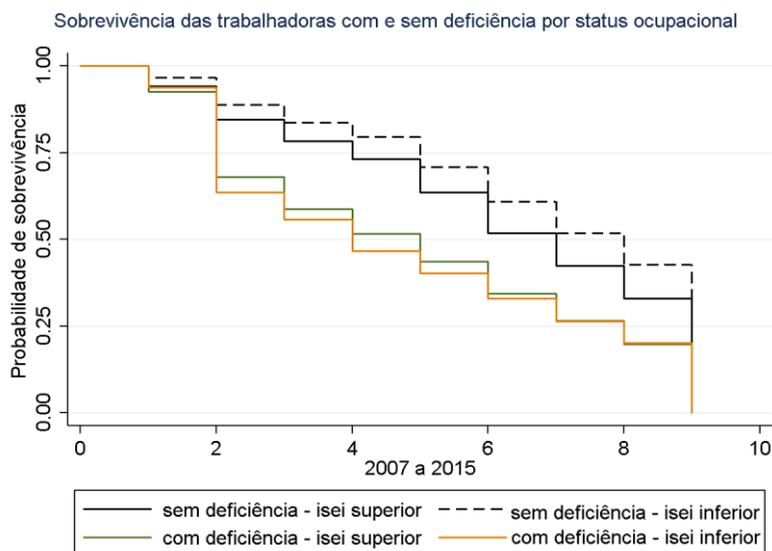


Gráfico 46: Probabilidade de sobrevivência por status ocupacional - mulheres com e sem deficiência

Fonte: RAIS 2007-2015, dados trabalhados pelas autoras. Probabilidades calculadas somente a partir do CPF dos indivíduos sem o controle de demais variáveis.

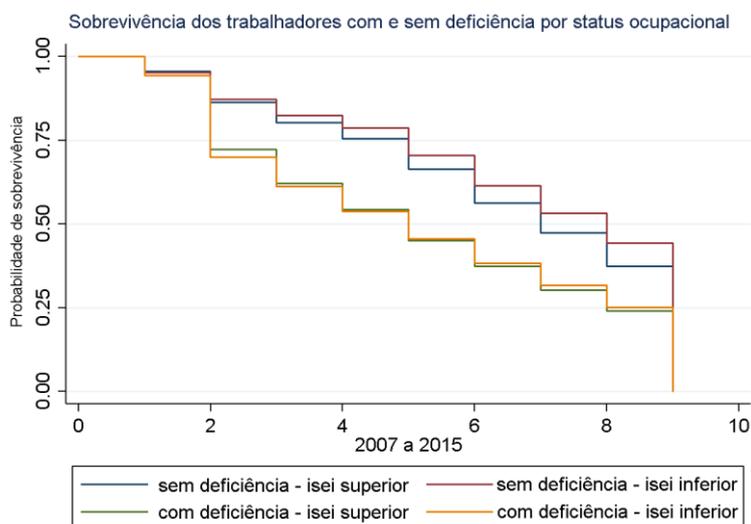


Gráfico 47: Probabilidade de sobrevivência por status ocupacional - homens com e sem deficiência

Fonte: RAIS 2007-2015, dados trabalhados pelas autoras. Probabilidades calculadas somente a partir do CPF dos indivíduos sem o controle de demais variáveis.

A partir das análises do Modelo XXIV, buscamos compreender os efeitos das variáveis individuais, ocupacionais, institucionais e demais variáveis contextuais influenciam no status sócio ocupacional dos indivíduos, com os recortes por gênero e entre os

trabalhadores celetistas e estatutários, controlando por todas as demais variáveis, como a escolaridade. As predições de status são superiores entre os servidores e servidoras estatutários, os quais também contam com intervalos de confiança mais amplos que os encontrados entre os celetistas. As diferenças entre essas predições são mais amplas entre os homens, e menores entre as mulheres.

Por gênero, assim como encontrado em relação aos dados do Censo, observamos entre os estatutários que os homens (com exceção daqueles com alguma deficiência cognitiva ou múltipla) apresentam predições do status sócio ocupacional superiores às predições encontradas para as mulheres. Já entre os trabalhadores celetistas, ao contrário do que vimos no Censo, as mulheres, com e sem deficiência, apresentam valores de status ocupacional preditos superiores aos valores obtidos pelos homens, com e sem deficiência.

Ao considerar os diferentes tipos de deficiência, entre as mulheres celetistas notamos as maiores predições de status entre aquelas sem deficiência, seguidas pelas mulheres com deficiência física e visual. Já entre as estatutárias, notamos que as mulheres com deficiência auditiva, física e visual apresentaram status ocupacional predito superior às mulheres sem deficiência e demais com deficiência. Estas verificações, principalmente em relação às mulheres com deficiência física, se mostram bastante divergentes daquelas que encontramos anteriormente em relação ao Censo⁴⁷: as mulheres com deficiência haviam apresentado o menor status ocupacional predito quando comparadas a todas as demais. Por outro lado, essas verificações de que no setor público as predições das pessoas com deficiência sensorial e física estão mais próximas das encontradas entre as pessoas sem deficiência nos permitem aceitar em parte a *Hipótese 9*, no tocante ao status ocupacional. Parcialmente porque as pessoas com deficiência múltipla e cognitiva apresentaram status predito consideravelmente inferior aos demais.

Entre os homens observamos que aqueles com deficiência física apresentaram as maiores predições de status ocupacional, tanto celetistas quanto estatutários. Entre esses últimos, observamos que os homens com deficiência física foram seguidos por aqueles com deficiência visual e depois homens sem deficiência. No caso do celetistas, esta ordem foi contrária. Ademais, a diferença entre os homens com deficiência auditiva em relação aos

⁴⁷ Importante ressaltar e ter em mente durante as análises que no Censo foram considerados tanto trabalhadores no mercado formal quanto informal. Na RAIS há somente trabalhadores formalmente empregados.

homens com deficiência física e visual, entre os estatutários, repete a diferença que encontramos anteriormente nos dados do Censo.

Ademais, observamos em todos os grupos que as pessoas com deficiência cognitiva apresentaram as menores previsões de status e com valores um pouco superiores, aquelas com deficiência múltipla. Estas verificações a respeito dessas duas deficiências, tanto para homens, quanto para mulheres, mostra o oposto do que encontramos em relação ao Censo, onde os piores valores de status preditos foram entre as pessoas com deficiência múltipla. Contudo, estes achados ratificam pesquisas anteriores as quais indicaram que as pessoas com deficiência cognitiva e múltipla estão mais segregadas que as pessoas com as demais deficiências em ocupações mais precárias (BURKHAUSER; HOUTENVILLE, 2006; LONGHI; NICOLETTI; PLATT, 2012b; MAROTO; PETTINICCHIO, 2014; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017).

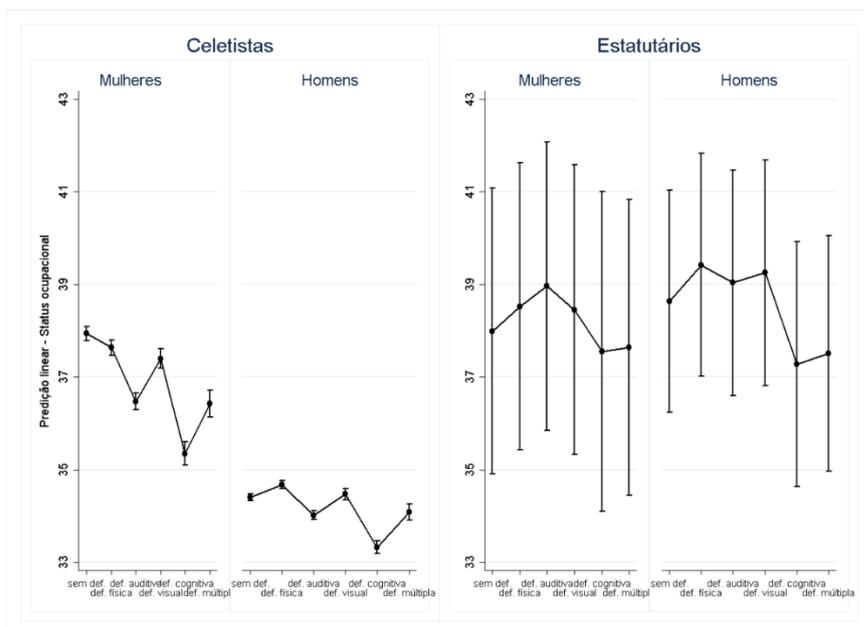


Gráfico 48: Status ocupacional predito por tipo de deficiência – celetistas e estatutários por sexo
 Predição considerando uma pessoa negra (somente para os celetistas) sem instrução ou com fundamental incompleto, brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste e demais variáveis centralizadas na média.

Ao considerar os níveis de escolaridade, observamos no geral que a maior diferença entre eles se dá em relação aos ensinos médio e superior completos, conforme havíamos

verificado em relação ao Censo. Entre as mulheres estatutárias, encontramos um hiato maior entre aquelas com o menor nível de escolaridade e o fundamental completo.

Entre os celetistas, notamos que as mulheres, no geral e por escolaridade, apresentam status ocupacionais preditos superiores aos homens, fato que diverge do que encontramos no Censo, no qual somente aquelas com ensino médio completo estavam nessa condição. Todavia, entre os servidores estatutários, apesar de haver sobreposições principalmente em relação ao nível fundamental completo, eles tendem a apresentar predições superiores às mulheres,

Outra divergência encontrada em relação ao Censo refere-se à deficiência cognitiva, que apresentou predições muito próximas aos demais tipos de deficiência, e aqui encontramos em todos os grupos, por gênero e contrato de trabalho, as menores predições.

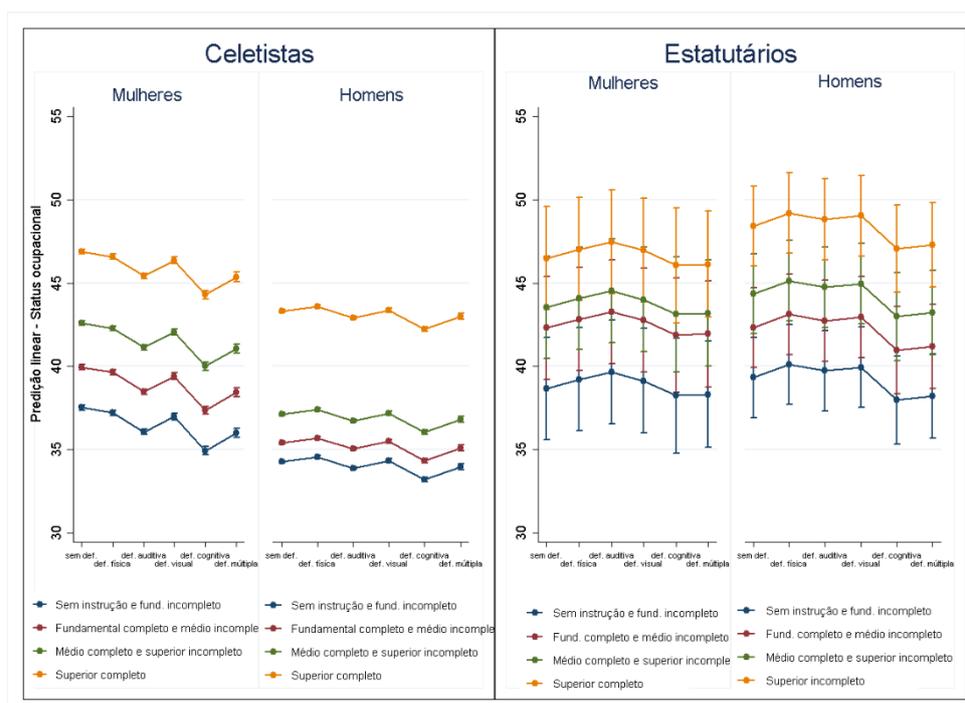


Gráfico 49: Status ocupacional predito - escolaridade - celetistas e estatutários por sexo

Predição considerando uma negra (somente para os celetistas), brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com menor status ocupacional, idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo, em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste e demais variáveis centralizadas na média.

Na RAIS, a variável referente à cor/raça é disponibilizada somente para os trabalhadores celetistas e por isso nossa análise será referente somente a estes trabalhadores. Assim

como encontramos em relação ao Censo, notamos que as mulheres e homens brancos apresentam predições de status sócio ocupacional superiores às negras e negros. Todavia, se no Censo o menor status predito foi encontrado entre as mulheres negras e com deficiência cognitiva, aqui encontramos a menor predição entre os homens negros e com deficiência cognitiva.

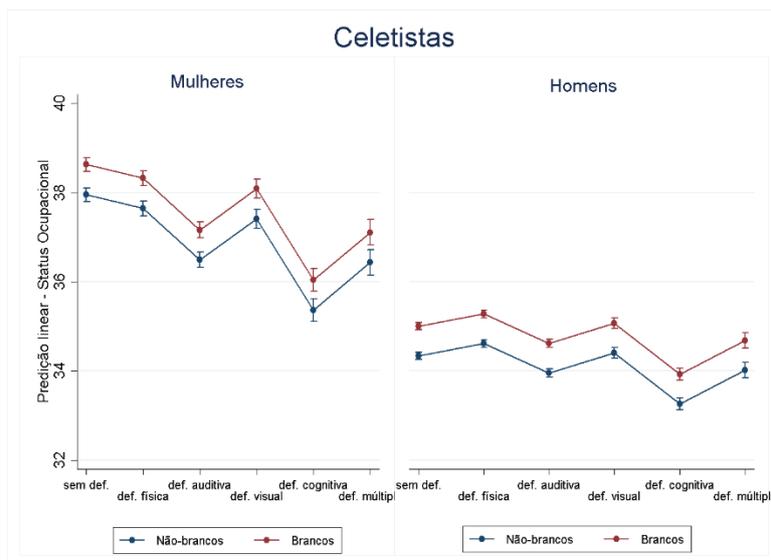
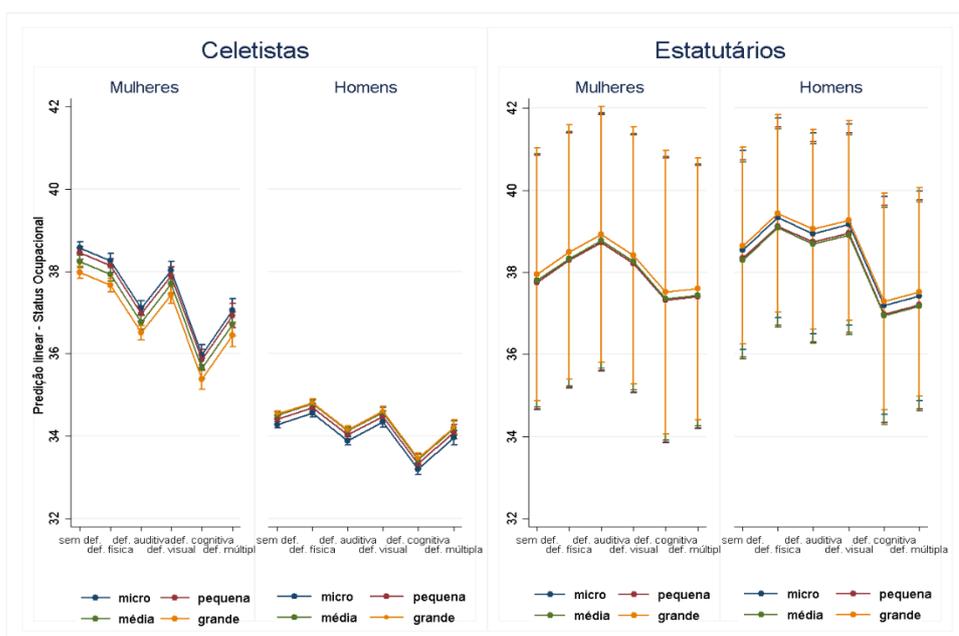


Gráfico 50: Status ocupacional predito - raça/cor - por sexo e tipo de deficiência

Predição considerando uma pessoa sem instrução ou com fundamental incompleto, brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com menor status ocupacional, idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo, em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste e demais variáveis centralizadas na média.

A respeito do porte da empresa, notamos inicialmente para os servidores e servidoras estatutários, bem como para os homens celetistas, os maiores valores de valores preditos entre aqueles que estão em empresas de grande e médio porte.

Entre as mulheres, notamos que essa relação se mostra inversa para aquelas que são celetistas. Para elas, quanto menor a empresa, maior a predição de status ocupacional. As maiores predições foram encontradas para aquelas sem deficiência e em uma microempresa. Este valor se mostra correspondente ao encontrado para os homens sem deficiência e estatutários. Uma possível explicação para esta verificação seria as mulheres encontrarem mais chances de alcançarem cargos gerenciais em micro e pequenas empresas, e menores chances de progressão na carreira em empresas maiores quando comparadas aos homens. Todavia, o aprofundamento nesta questão foge ao escopo deste trabalho.



Predição considerando uma pessoa sem instrução ou com fundamental incompleto, negra (somente para

Gráfico 51: Status ocupacional - tamanho da empresa

os celetistas), brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com menor status ocupacional, idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo, ano de 2011, região Sudeste, demais variáveis centralizadas na média.

Gráfico 52: Coeficientes de regressão sobre o Status Ocupacional

	Status Ocupacional			
	Mulheres		Homens	
	Celetistas	Estatutária	Celetista	Estatutário
	Coef.	Coef.	Coef.	Coef.
<i>Deficiência física</i>	-0,3063	0,5371	0,2819	0,8101
<i>Deficiência auditiva</i>	-1,4646	0,9731	-0,3817	0,4318
<i>Deficiência visual</i>	-0,5434	*	0,4626	*
<i>Deficiência cognitiva</i>	-2,5912	*	-0,4327	-1,0734
<i>Deficiência múltipla</i>	-1,5176	*	-0,3533	-0,3075
<i>Branco</i>	0,6935		0,5507	
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	2,1817	4,1779	1,0687	3,6686
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	4,5155	5,6395	2,7046	5,9199
<i>Superior completo</i>	8,9107	8,5689	8,5383	9,8209
<i>Idade centralizada</i>	-0,1579	-0,0802	-0,0371	0,0318
<i>Idade centralizada²</i>	0,0022	*	-0,0006	0,0013
<i>Estrangeiro</i>	3,0696	5,1369	4,6111	7,1688
<i>Licença saúde</i>	-0,3291	*	-0,0736	-0,2365
<i>Indústria</i>	-1,3989	*	-1,3592	-0,1223
<i>Eletricidade, gás, água</i>	3,3613	-2,0701	3,0266	-3,6727
<i>Construção civil</i>	0,5303	*	-0,9905	*
<i>Comércio e serviços</i>	0,0633	-2,3830	1,0105	-0,7904
<i>Transporte e comunicação</i>	0,5252	*	-1,3912	*
<i>Serviços financeiros</i>	1,1469	6,4850	3,3761	6,1903
<i>Adm. pública e defesa</i>	0,9107	-1,1263	2,6972	*
<i>Empresariado</i>	0,1973	*	-1,1575	0,9397
<i>Educação, saúde e ser. social</i>	0,8316	*	0,1257	2,6151
<i>Domésticos</i>	-2,1619		*	-0,5583
<i>Pequena empresa</i>	-0,2069	*	-0,1403	*

	Status Ocupacional			
	Mulheres		Homens	
	Celetistas	Estatutária	Celetista	Estatutário
<i>Média empresa</i>	-0,4146	* -0,0737	0,1077	-0,4527
<i>Grande empresa</i>	-0,6851	* 0,2522	* 0,0208	* -0,1282
<i>Pr(formal)</i>	-0,8934	-5,4862	0,1622	-4,6581
<i>Tempo de empresa em anos</i>	0,1160	0,0224	0,0819	0,0136
<i>Percentual de pcd's na empresa</i>	0,0110	-0,0109	0,0129	-0,0315
<i>Horas mensais</i>	-0,0096	-0,0085	-0,0172	-0,0145
<i>2008</i>	0,1559	0,6022	0,2402	0,1188
<i>2009</i>	0,4314	0,4527	0,3944	0,2527
<i>2010</i>	0,6858	0,5963	0,6378	0,4953
<i>2011</i>	0,9586	0,5528	0,8553	0,4703
<i>2012</i>	1,3395	0,5986	1,1591	0,4517
<i>2013</i>	1,6181	0,7106	1,3984	0,5609
<i>2014</i>	1,8757	0,7457	1,5797	0,6793
<i>2015</i>	1,9361	0,7891	1,6514	0,7035
<i>Norte</i>	* 0,0755	-0,4455	-0,5434	-0,7872
<i>Nordeste</i>	* -0,0679	1,6142	-0,9585	1,0372
<i>Centro-Oeste</i>	* -0,0710	-2,4393	-0,3141	-0,9570
<i>Sul</i>	-1,8116	* 0,0501	-0,5763	* 0,0117
<i>Constante</i>	39,5401	48,8349	35,8562	46,9225
<i>Rho</i>	0,7338	0,8086	0,7229	0,8360
<i>Sigma_u</i>	10,8033	13,8179	9,7210	13,7543
<i>Sigma_e</i>	6,5067	6,7223	6,0181	6,0911
<i>N</i>	1582066	397134	4022031	370556
<i>ll</i>	-5618617	-1440410,9	-13918273	-1319018,8

Fonte: MTE/RAIS, microdados de 2007 – 2015. Dados trabalhados pelas autoras.

Variáveis dependentes: Status Ocupacional.

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

7.2 Renda

A respeito das chances de permanência dos trabalhadores no mercado formal de trabalho, notamos inicialmente que as maiores probabilidades são referentes às mulheres e aos homens sem deficiência, com renda inferior à mediana. A diferença entre estas probabilidades e as chances de sobrevivência dos trabalhadores com renda superior à mediana se mostrou considerável em ambos os sexos.

Considerando a deficiência, notamos no geral, tanto para os homens quanto para as mulheres, menores chances de sobrevivência que os trabalhadores sem deficiência. Ademais, há uma redução considerável das chances de permanência na base entre os anos de 2008 e 2009, especialmente entre as mulheres com deficiência e renda inferior e homens com deficiência e renda superior.

Entre as mulheres com deficiência, notamos uma aproximação maior entre as chances de sobrevivência entre os anos de 2009 e 2011 e depois o aumento entre as diferenças de probabilidade entre aquelas com renda superior e inferior. No caso dos homens, notamos o começo desse contínuo alargamento a partir de 2009, sendo que a partir de 2013 as chances dos trabalhadores com deficiência e renda inferior passam ser superiores aos homens sem deficiência e renda inferior.

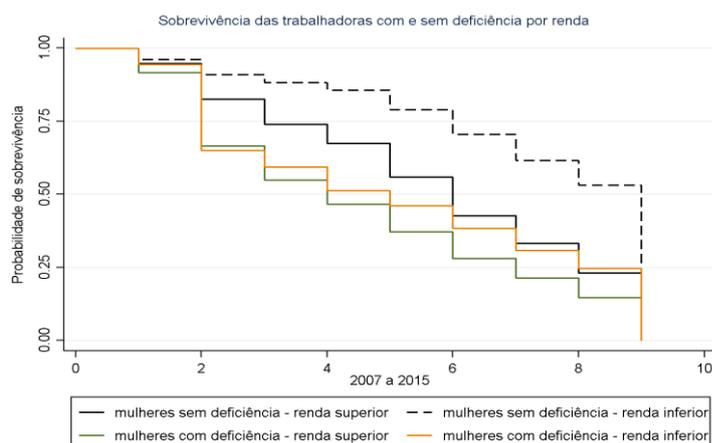


Gráfico 53: Probabilidade de sobrevivência por renda - mulheres com e sem deficiência

Fonte: RAIS 2007-2015, dados trabalhados pelas autoras. Probabilidades calculadas somente a partir do CPF dos indivíduos sem o controle de demais variáveis

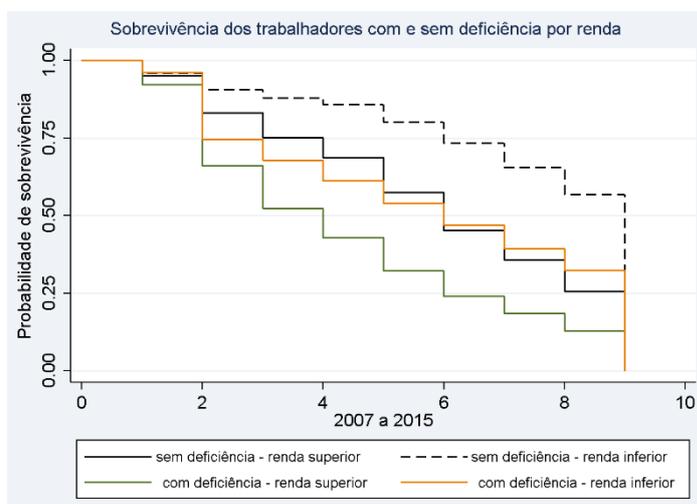


Gráfico 54: Probabilidade de sobrevivência por renda - homens com e sem deficiência

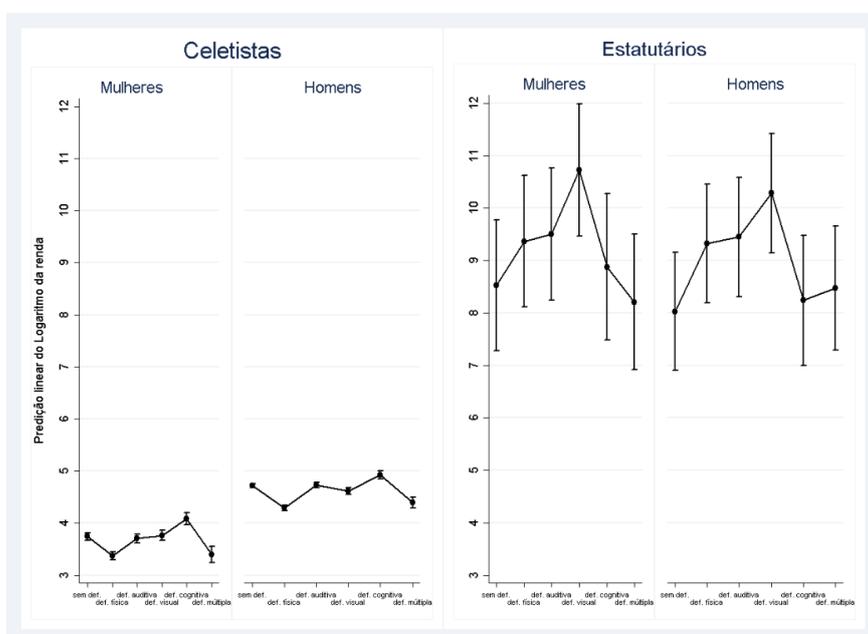
Fonte: RAIS 2007-2015, dados trabalhados pelas autoras. Probabilidades calculadas somente a partir do CPF dos indivíduos sem o controle de demais variáveis.

A partir das regressões realizadas a respeito da renda absoluta e relativa, com base nos gráficos abaixo, observamos inicialmente os maiores valores, bem como os intervalos mais amplos de confiança entre os servidores e servidoras. Por gênero, considerando os celetistas, notamos que os homens apresentam os maiores logaritmos e percentis da renda preditos. Entre os estatutários, apesar do maior logaritmo predito ser referente às mulheres com deficiência visual e as demais apresentarem valores preditos próximos aos encontrados pelos homens, ao verificarmos o percentil da renda notamos que os valores preditos para elas correspondem a menos da metade do predito para os homens. Dessa forma, observamos que apesar das mulheres estatutárias contarem com um logaritmo da renda predito mais próximo ao dos homens, elas continuam em grande desvantagem considerando a renda relativa.

Entre os celetistas, ao comparar a renda entre as pessoas com e sem deficiência, notamos que aquelas que possuem alguma deficiência (de qualquer tipo) apresentaram logaritmos preditos superiores às que sem deficiência. Porém, ao observar a renda relativa notamos que essa situação se inverte e os homens e mulheres sem deficiência contam com os maiores percentis preditos. Entre os estatutários, os homens com deficiência física e sensorial apresentaram logaritmo e percentil predito superiores aos homens sem deficiência. Entre as estatutárias, notamos que as mulheres com deficiência física e visual

contam com predições superiores às mulheres sem deficiência. Dessa forma, observamos que as pessoas com deficiência física e sensorial apresentam rendas próximas às pessoas sem deficiência no setor público, o que nos permite confirmar em parte a *Hipótese 9* e corroborar os estudos anteriores de Baldwin e Johnson (1995) e Kidd *et al* (2000). Contudo, não aceitamos totalmente a hipótese porque as rendas preditas das pessoas com deficiência cognitiva ou múltipla não se encontram próximas às rendas das pessoas sem deficiência.

Considerando somente o efeito dos diferentes tipos de deficiência, chama a atenção os valores preditos superiores encontrados entre as pessoas com deficiência sensorial, especialmente entre homens e mulheres estatutários. Entre os trabalhadores celetistas há diferenças em relação às pessoas com deficiência cognitiva⁴⁸; embora elas tenham apresentado logaritmos preditos superiores a todos os demais grupos, em relação ao percentil da renda as mulheres e homens com deficiência cognitiva apresentaram os menores valores preditos. Entre os servidores estatutários, notamos que mulheres e homens com deficiência cognitiva e múltipla contam com as menores predições da renda absoluta e relativa. Em relação à deficiência física notamos que suas predições apresentam valores intermediários entre os verificados para as pessoas com deficiência sensorial e aquelas com deficiência cognitiva ou múltipla.



⁴⁸ Essa deficiência não apresentou efeito significativo nos modelos referentes ao logaritmo e percentil da renda. Outras deficiências, especialmente as sensoriais, também não apresentaram efeito significativo em alguns grupos, conforme pode ser verificado na Tabela ao final deste capítulo. Todavia, discutiremos os efeitos encontrados devido à relevância para a presente pesquisa.

Gráfico 55: Logaritmo da renda predito por tipo de deficiência e sexo – celetistas e estatutários

Predição considerando uma pessoa sem instrução ou com fundamental incompleto, negra (somente para os celetistas), brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com menor status ocupacional, probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo, em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste, demais variáveis centralizadas na média.

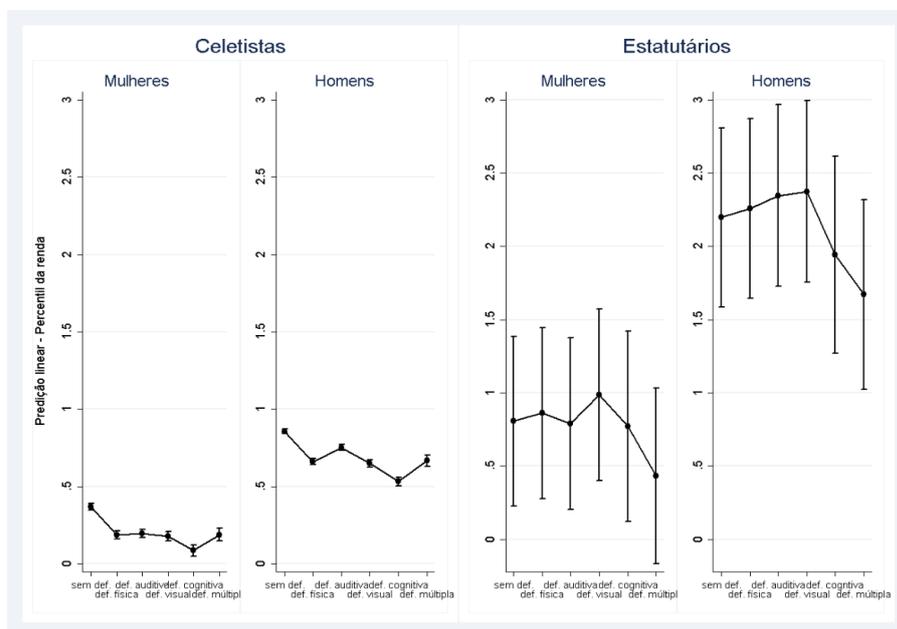


Gráfico 56: Percentil da renda predito por tipo de deficiência e sexo - celetistas e estatutários

Predição considerando uma pessoa sem instrução ou com fundamental incompleto, negra (somente para os celetistas), brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com menor status ocupacional, probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo, em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste, demais variáveis centralizadas na média.

Ao analisar as predições por escolaridade, notamos grandes diferenças entre os celetistas e estatutários, no geral. Primeiramente, entre os celetistas, notamos o grande hiato entre as predições para o nível superior e as demais. Por gênero, notamos em termos de renda relativa, que não há diferenças entre as mulheres sem instrução e aquelas com o fundamental completo, e que com predições um pouco maiores, estão as mulheres com o ensino médio completo. Já entre os homens, observamos que aqueles sem instrução e com o fundamental incompleto contam com uma renda relativa maior que os demais com nível fundamental e médios completos.

Ainda entre os celetistas, as mulheres contam com menores rendas absolutas e relativas que homens. Essas verificações se assemelham as encontradas anteriormente com os dados do Censo. Dessa forma, mais uma vez aceitamos a *Hipótese 5* em parte, uma vez que o aumento da escolaridade se traduz em um aumento da renda, mas isso não se dá de forma igual entre homens e mulheres, nem entre as pessoas com e sem deficiência.

Entre os servidores estatutários, notamos predições de logaritmo da renda próximas por gênero, o que não se verifica sobre a renda relativa. Ademais, observamos que os intervalos de confiança referentes ao nível médio não alcançam os intervalos relativos ao nível superior, indicando o quão superiores são os percentis da renda dos homens com essa escolaridade e o tanto que eles estão distantes dos encontrados em relação à credencial anterior.

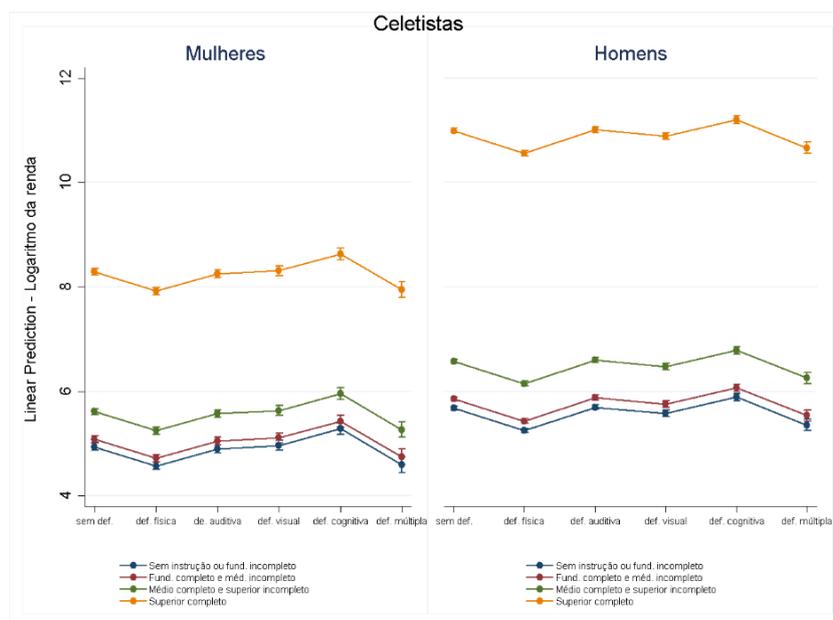


Gráfico 57: Logaritmo da renda - escolaridade - celetistas

Predição considerando uma pessoa negra, brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com menor status ocupacional, idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo, em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste.

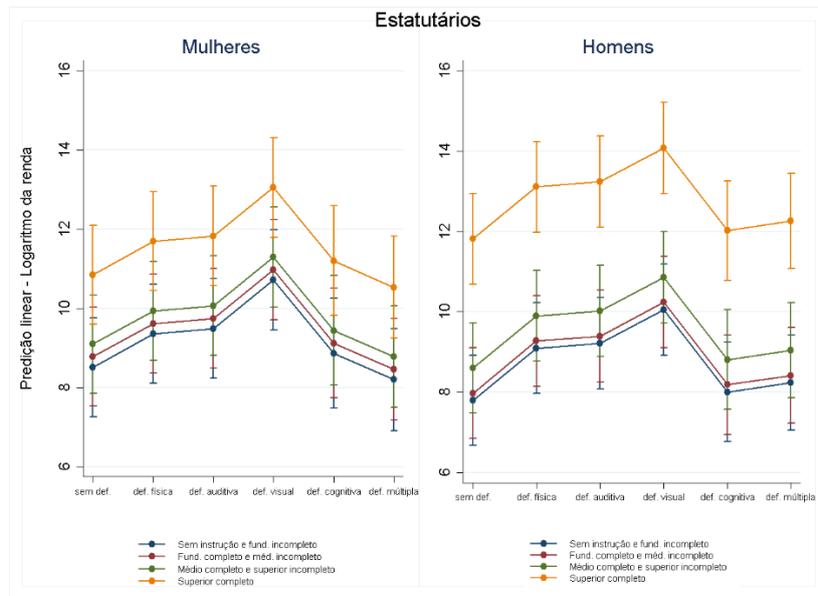


Gráfico 58: Logaritmo da renda - escolaridade - estatutários

Predição considerando uma pessoa brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste.

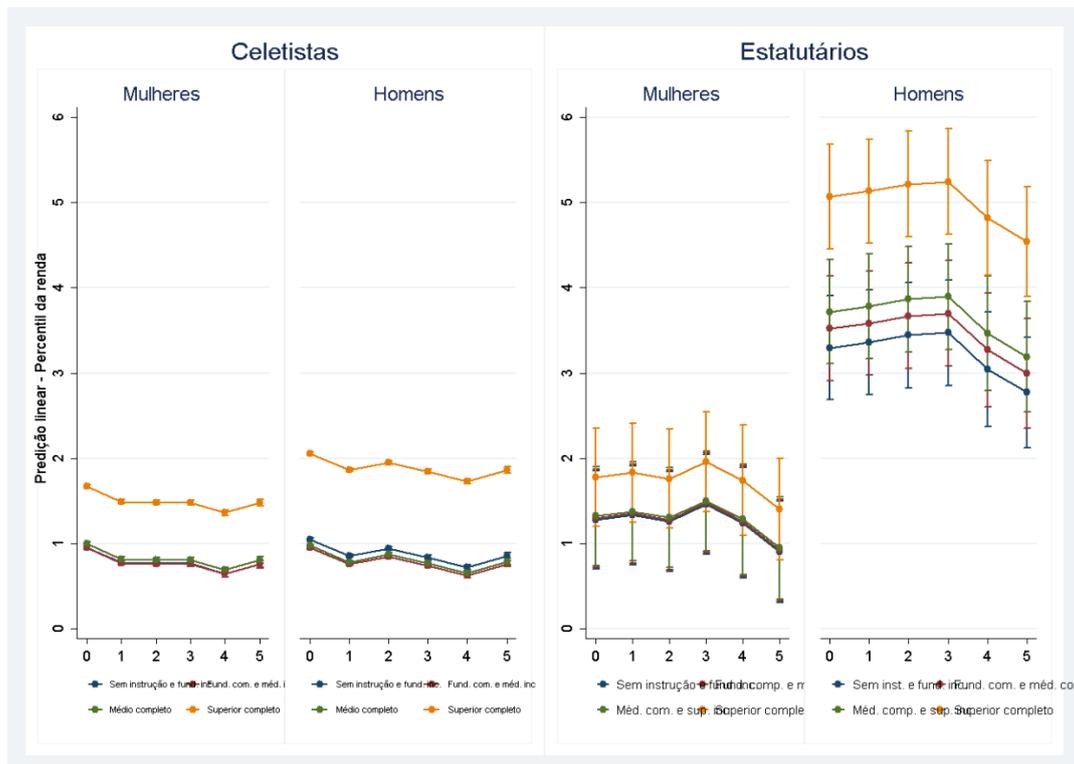


Gráfico 59: Percentil da renda predito para celetistas e estatutários - escolaridade - por sexo

Predição considerando uma pessoa negra (se celetista), brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste.

Ao controlarmos pela escolaridade e demais variáveis, observamos o efeito da raça por gênero. Inicialmente, considerando a renda absoluta, notamos uma diferença de 0,20 no logaritmo da renda entre os homens brancos e não brancos. Entre as mulheres, esse valor cai para 0,04.

No tocante à renda relativa, essa diferença por cor entre os homens é de 0,17 e entre as mulheres de 0,13, o que indica um maior efeito da cor entre as mulheres para o percentil predito. Dessa forma, observamos efeitos maiores da raça entre os gêneros nos logaritmos da renda, sendo os efeitos maiores encontrados entre os homens negros. Todavia, ressaltamos a aproximação do *gap* por raça entre as mulheres e homens nas predições de renda relativa.

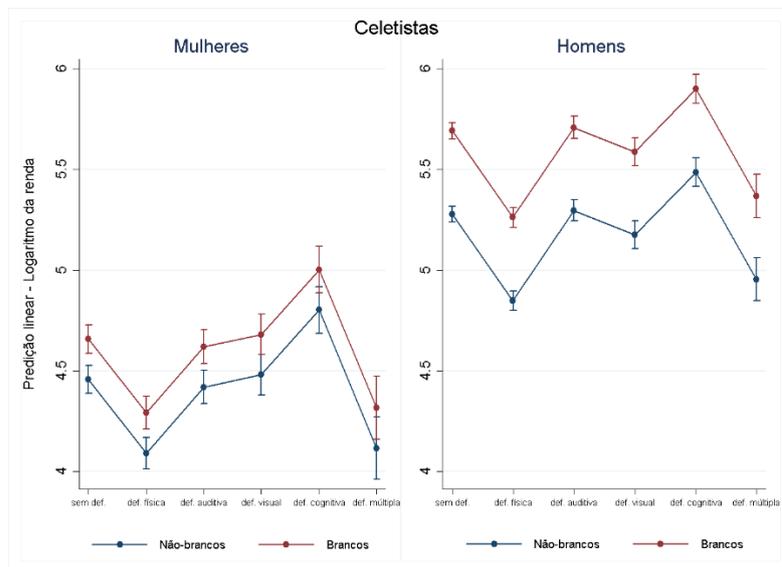


Gráfico 60: Predição do logaritmo da renda - cor/raça - celetistas

Predição considerando uma pessoa sem instrução ou com fundamental incompleto, brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com menor status ocupacional, idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo, em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste, demais variáveis centralizadas na média.

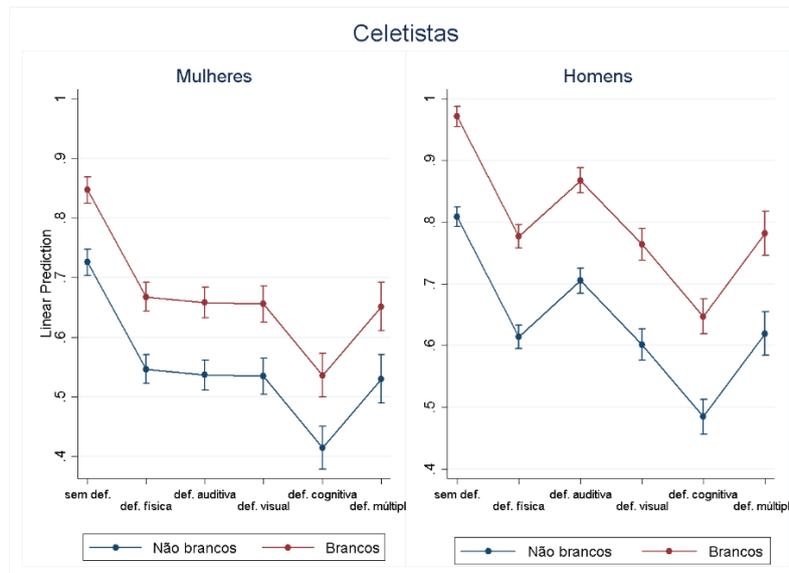


Gráfico 61: Predição linear do percentil da renda - cor/raça – celetistas

Predição considerando uma pessoa sem instrução ou com fundamental incompleto, brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com o menor status ocupacional e idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste, demais variáveis centralizadas na média.

Ao considerar o tamanho da empresa, notamos que as pessoas que estão em empresas maiores, de médio e de grande porte, contam com as maiores rendas preditas, tanto absolutas, quanto relativas. Esta verificação nos permite aceitar o previsto na *Hipótese 8* em relação à renda e corroborar os estudos de Baron e Bielby (1980) e Baron (1984) e os achados da pesquisa de Almeida e Vilela (2016) no Brasil.

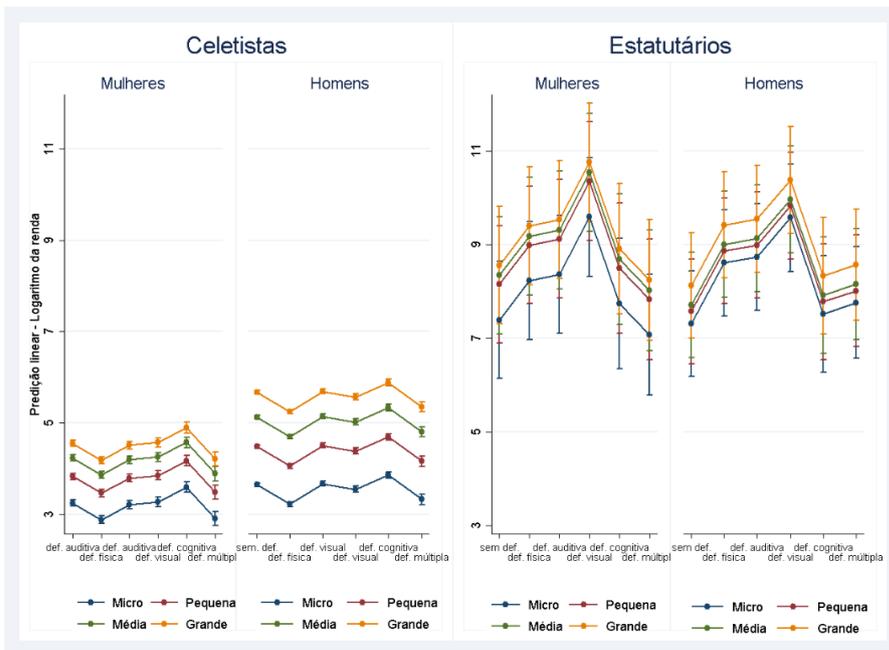


Gráfico 62: Predição do logaritmo da renda - tamanho da empresa

Predição considerando uma pessoa sem instrução ou com fundamental incompleto, negra, brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com menor status ocupacional, idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo, ano de 2011, região Sudeste.

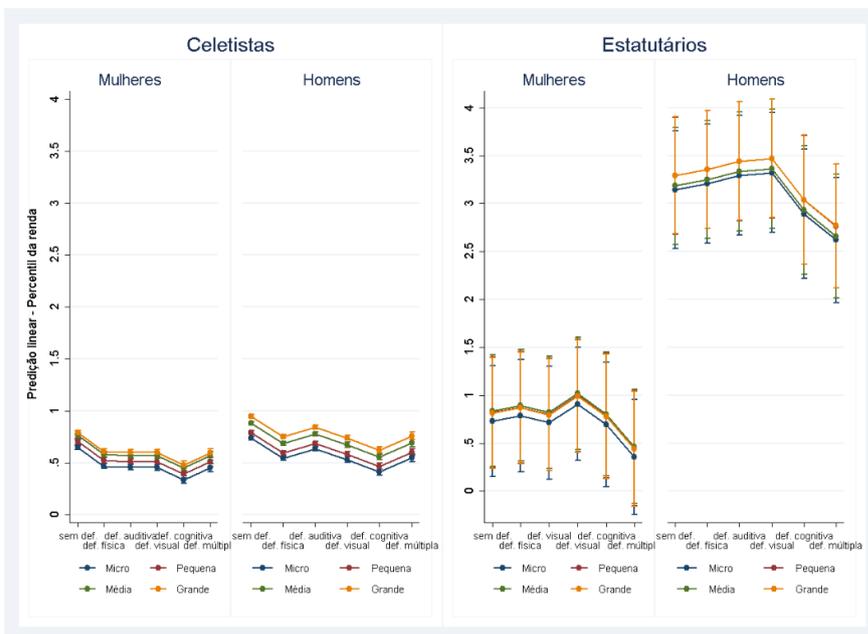


Gráfico 63: Predição do percentil da renda - tamanho da empresa

Predição considerando uma pessoa sem instrução ou com fundamental incompleto, negra, brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com menor status ocupacional, idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo, ano de 2011, região Sudeste e demais variáveis centralizadas na média.

Ao analisarmos as diferenças entre as predições levando em conta o aumento do status socioeconômico da ocupação, notamos inicialmente diferentes disposições entre as

predições referentes aos tipos de deficiência entre os trabalhadores celetistas e os estatutários, para cada uma das rendas.

Entre os celetistas, no tocante à renda absoluta, notamos que mulheres e homens com deficiência cognitiva são os que contam com um maior aumento dessa renda com o acréscimo do status sócio ocupacional. A progressão do status entre as pessoas com deficiência sensorial, bem como aquelas sem deficiência, apresentam efeitos próximos sobre o aumento do logaritmo da renda e com as menores predições, encontramos as pessoas com deficiência múltipla e física.

Já ao considerar a renda relativa também entre os celetistas, notamos uma disposição bastante diferente. As pessoas sem deficiência – mulheres e homens – apresentam o maior aumento da renda percentual diante do aumento do status ocupacional. Entre as mulheres, notamos que os maiores valores das mulheres sem deficiência foram seguidos por aquelas com deficiência sensorial, física e múltipla, todas com predições sobrepostas e, por fim, com os menores valores percentuais preditos, as mulheres com deficiência cognitiva. Entre os homens celetistas, observamos uma dinâmica parecida, com a diferença de que aqueles com deficiência auditiva tendem a obter um maior aumento do percentil da renda que os demais com deficiência sensorial, física ou múltipla.

Dessa forma, observamos entre os celetistas, efeitos diferentes dos tipos de deficiência sobre o aumento da renda absoluta e renda relativa, como havíamos também verificado em relação aos dados do Censo. Chama a atenção as disparidades encontradas principalmente em relação aos retornos obtidos pelas pessoas com deficiência cognitiva. No caso do Censo, isso foi claro em relação às mulheres. Aqui observamos em relação aos homens e às mulheres. Outra deficiência que chama atenção pelos diferentes efeitos é a deficiência auditiva no tocante aos homens, que no Censo apresentou os menores retornos em aumento de percentil, e aqui na RAIS apresenta os maiores, também no tocante à renda relativa. Todavia, ressaltamos a necessidade de aprofundamento de estudos tanto qualitativos, quanto quantitativos, que busquem compreender as diferenças dentro desses grupos, verificando quais são as características, sejam elas individuais ou ocupacionais, que influenciam especificamente a renda das pessoas com deficiência cognitiva e auditiva no mercado de trabalho.

Por outro lado, a verificação tanto no Censo em relação à renda absoluta para os trabalhadores no geral – no mercado formal e informal -, quanto na RAIS sobre os

trabalhadores celetistas em relação à renda relativa, apontam para os menores retornos obtidos pelas pessoas com deficiência em relação às aquelas sem deficiência frente ao aumento do status socioeconômico da ocupação. Ou seja, a melhoria ocupacional das pessoas com deficiência não conta com o aumento da renda da mesma forma que as pessoas sem deficiência, tanto em relação aos homens, quanto em relação às mulheres no Censo, considerando a renda absoluta, e na RAIS considerando a renda relativa.

No setor público, entre os trabalhadores estatutários, notamos um quadro mais favorável às pessoas com deficiência. As pessoas com deficiência visual apresentaram maiores valores preditos a partir do aumento do status socioeconômico da ocupação tanto sobre a renda absoluta quanto sobre a renda relativa. As predições das pessoas com deficiência visual, no que tange ao logaritmo da renda, foram seguidas pelas predições das pessoas com deficiência auditiva e física. Entre as mulheres, notamos que aquelas com deficiência cognitiva apresentaram predições superiores às mulheres sem deficiência e, por último, os valores preditos para as mulheres com deficiência múltipla. No caso dos homens, essa ordem se altera: homens com deficiência múltipla, deficiência cognitiva e por fim, homens sem deficiência.

Dessa forma, em relação ao aumento do status ocupacional e seus retornos sobre a renda absoluta e relativa, observamos um melhor cenário para as pessoas com deficiência no setor público. Esta verificação que corrobora os estudos anteriores realizados anteriormente nos Estados Unidos (Baldwin e Johnson, 1995) e Reino Unido (Kidd et al, 2000) e nos permite aceitar a *Hipótese 9*, a respeito dos melhores rendimentos dessas pessoas no referido setor.

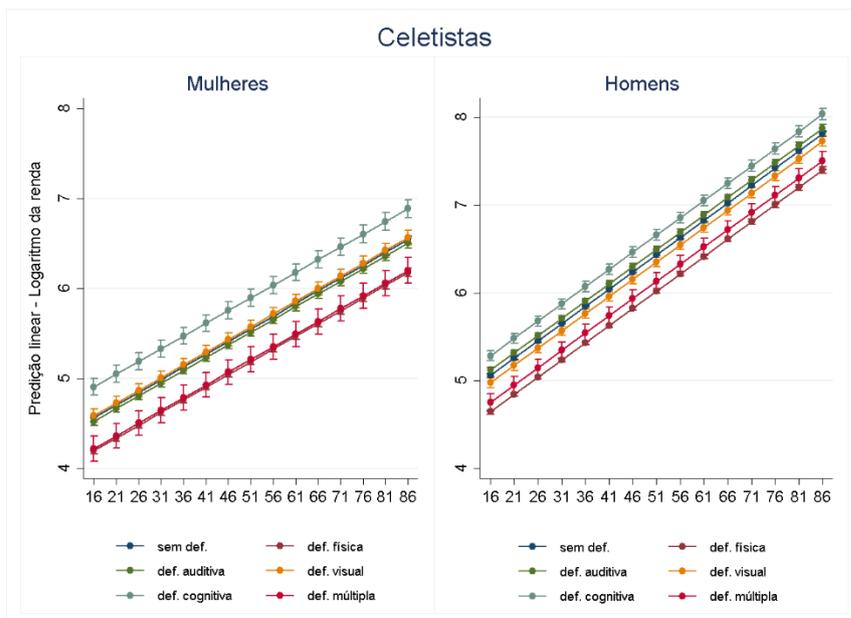


Gráfico 64: Predição do logaritmo da renda - status socioeconômico da ocupação – celetistas por sexo.

Predição considerando uma pessoa sem instrução ou com fundamental incompleto, brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com o menor status ocupacional e idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste e demais variáveis centralizadas na média.

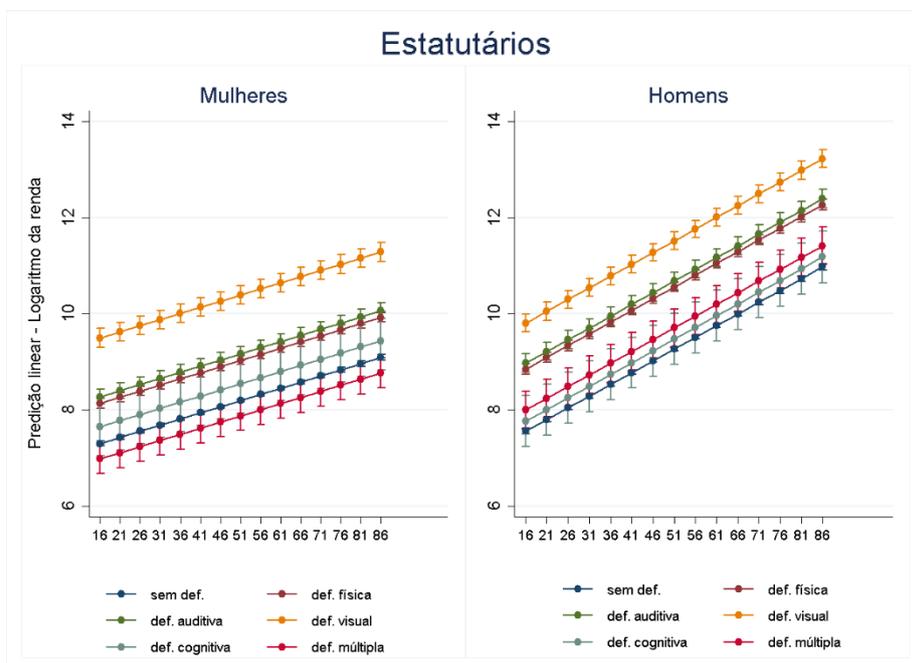


Gráfico 65: Predição do logaritmo da renda - status socioeconômico da ocupação - estatutários

Predição considerando uma pessoa sem instrução ou com fundamental incompleto, brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo, em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste e demais variáveis centralizadas na média.

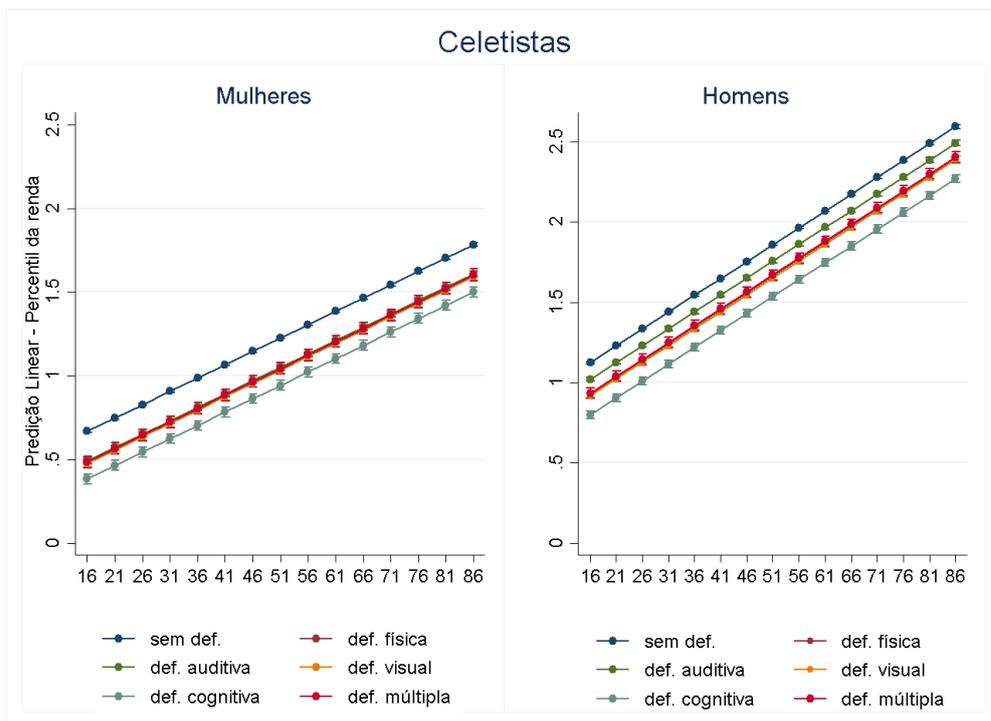


Gráfico 66: Predição do percentil da renda - status socioeconômico da ocupação - celetistas
 Predição considerando uma pessoa sem instrução ou com fundamental incompleto, brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo, em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste e demais variáveis centralizadas na média.

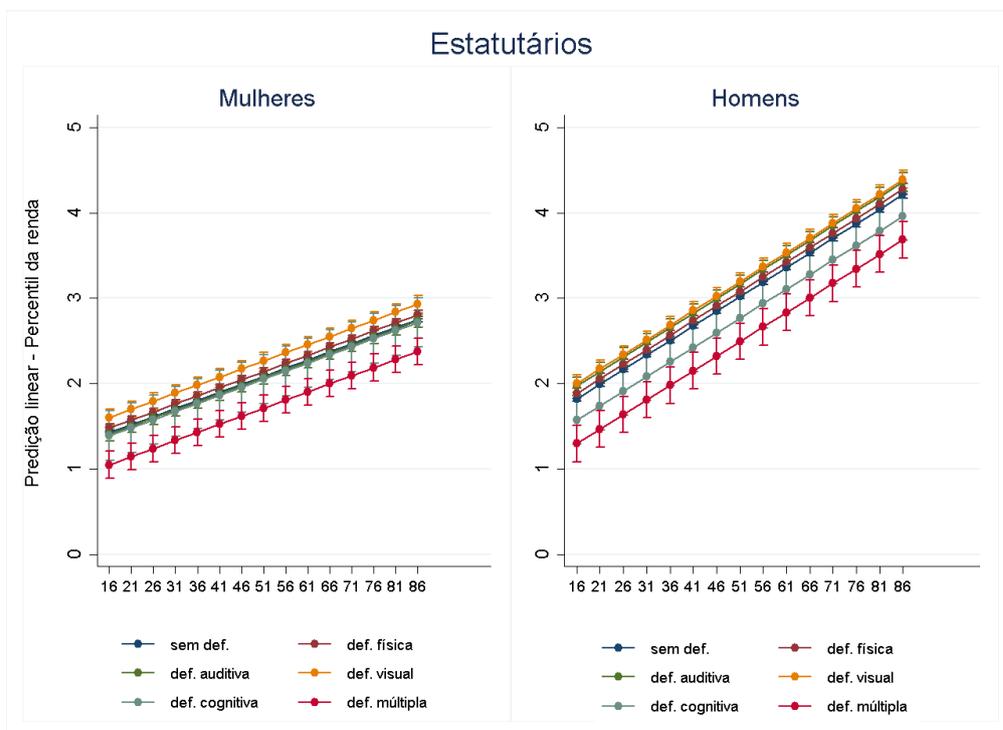


Gráfico 67: Predição do percentil da renda - status socioeconômico da ocupação – estatutários

Predição considerando uma pessoa sem instrução ou com fundamental incompleto, brasileira, sem licença saúde, no setor de serviços, com idade e probabilidade de inserção no mercado formal médios por sexo em uma empresa de médio porte, ano de 2011, região Sudeste e demais variáveis centralizadas na média.

Tabela 68: Coeficientes de regressão da renda por sexo

	Logaritmo da renda				Percentual da renda			
	Mulheres		Homens		Mulheres		Homens	
	Celetistas	Estatutária	Celetista	Estatutário	Celetista	Estatutária	Celetista	Estatutário
	Coef.	Coef.	Coef.	Coef.	Coef.	Coef.	Coef.	Coef.
<i>Deficiência física</i>	-0,3661	0,8382	-0,4024	1,3832	-0,1825	0,0549	-0,1941	0,0629
<i>Deficiência auditiva</i>	* -0,0379	0,9736	0,0471	1,5247	-0,1752	* -0,0168	-0,1025	0,1492
<i>Deficiência visual</i>	* 0,0228	2,1990	* -0,0505	2,3547	-0,1914	0,1797	-0,2057	0,1775
<i>Deficiência cognitiva</i>	0,3442	* 0,3502	0,2683	* 0,3286	-0,2839	* -0,0357	-0,3228	* -0,2526
<i>Deficiência múltipla</i>	-0,3417	-0,3179	-0,2654	0,5767	-0,1824	-0,3742	-0,1879	-0,5256
<i>Branco</i>	0,1471		0,1593		0,0900		0,0834	
<i>Fundamental completo e médio incompleto</i>	0,6628	0,3643	0,6210	0,2632	0,1508	0,3751	0,1109	0,4813
<i>Médio completo e superior incompleto</i>	1,2692	0,6930	1,3056	0,7731	0,2736	0,5857	0,2372	0,7385
<i>Superior completo</i>	3,5222	2,1858	4,6545	3,1948	0,8092	1,0216	1,0691	1,4292
<i>Idade centralizada</i>	0,0332	0,0555	0,0628	0,0754	0,0227	0,0380	0,0422	0,0692
<i>Idade centralizada²</i>	-0,0012	-0,0043	-0,0012	-0,0025	0,0001	-0,0007	0,0006	-0,0007
<i>Estrangeiro</i>	1,3420	3,5542	2,0683	4,9105	0,9532	* -0,0153	1,5908	1,5420
<i>Licença saúde</i>	-2,3401	-0,1403	-2,5108	-	-0,0539	* 0,0116	-0,0631	* -0,0132
<i>Status ocupacional</i>	0,0283	0,0256	0,0370	0,0476	0,0159	0,0190	0,0210	0,0341
<i>Indústria</i>	* 0,0002	* -0,1717	0,4139	-1,5644	* 0,0030	0,8115	0,1008	-0,5558
<i>Eletricidade, gás, água</i>	3,7158	* -0,0589	3,6868	* -0,4280	1,0374	* 0,1574	1,3056	-0,3901
<i>Construção civil</i>	-0,0965	1,0374	-0,3593	* -0,0001	0,0790	* 0,3365	0,0517	* -0,1415
<i>Comércio e serviços</i>	-0,0475	* 0,3383	0,1499	-1,3954	-0,0432	* -0,0890	-0,0122	* 0,4477
<i>Transporte e comunicação</i>	0,1128	-1,8505	0,2524	-1,9743	* 0,0107	* 0,0957	* 0,0053	* -0,3795
<i>Serviços financeiros</i>	1,8832	6,1318	1,7166	6,5002	0,2081	4,1856	0,3248	4,2559
<i>Adm. pública e defesa</i>	0,6441	-0,4714	-0,3338	-0,4500	-0,0653	* 0,0351	-0,0895	* -0,1343
<i>Empresariado</i>	-0,5188	* -0,6007	-0,3026	* -0,3928	0,0121	0,2048	0,0224	* 0,0466
<i>Educação, saúde e ser. social</i>	0,4420	1,3943	* -0,0074	1,0934	* -0,0017	0,4214	* -0,0080	0,2205
<i>Domésticos</i>	1,3317		* 0,5440		* 0,0312		* -0,2155	
<i>Pequena empresa</i>	0,5018	0,6807	0,7087	0,3231	0,0281	* 0,0075	0,0345	0,1722
<i>Média empresa</i>	0,7910	0,7282	1,1266	0,3463	0,0469	* -0,0220	0,0502	* 0,0713
<i>Grande empresa</i>	1,1400	0,7948	1,5187	0,3930	0,0634	* -0,0725	0,0562	* 0,0077
<i>Pr(formal)</i>	-2,2241	* -0,1072	-1,8013	1,4180	-0,3742	-1,1143	-0,2631	-0,9685
<i>Tempo de empresa em anos</i>	0,0573	0,0942	0,0962	0,1286	0,0226	0,0212	0,0262	0,0245
<i>Percentual de pcd na empresa</i>	0,0035	-0,0114	0,0067	-0,0114	0,0012	-0,0034	0,0033	-0,0041
<i>Horas mensais</i>	0,0057	0,0085	0,0038	0,0102	-0,0004	0,0013	-0,0010	0,0007
<i>2008</i>	0,0548	0,0980	0,0314	0,1708	0,0252	0,1817	* -0,0045	0,1592
<i>2009</i>	* 0,0150	0,0804	* 0,0152	0,0984	-0,0117	0,2103	-0,0573	0,1782
<i>2010</i>	0,0652	0,0730	* 0,0180	* 0,0373	0,0290	0,2969	* 0,0015	0,3124
<i>2011</i>	* 0,0089	0,1033	* -0,0160	0,1455	0,0994	0,3370	0,0978	0,3042
<i>2012</i>	0,0492	0,1026	* 0,0055	0,0939	0,0987	0,4177	0,0892	0,3106

	Logaritmo da renda				Percentual da renda			
	Mulheres		Homens		Mulheres		Homens	
	Celetistas	Estatutária	Celetista	Estatutário	Celetista	Estatutária	Celetista	Estatutário
<i>2013</i>	0,1205	0,1318	0,0438	0,0863	0,1149	0,6396	0,0370	0,6338
<i>2014</i>	0,1026	0,1072	* -0,0038	0,0680	0,2074	0,6434	0,1865	0,5675
<i>2015</i>	0,1550	0,1237	0,0423	0,0726	0,2331	0,7017	0,1818	0,6411
<i>Norte</i>	-0,3106	* -0,0615	-0,22632	0,1598	-0,1435	-0,2802	-0,0965	-0,1916
<i>Nordeste</i>	-0,1983	-0,3695	-0,35036	-0,3374	-0,3810	-0,5597	-0,3521	-0,5507
<i>Centro-Oeste</i>	0,0575	0,9076	-0,11246	1,5520	* -0,0119	0,1219	-0,0772	0,6506
<i>Sul</i>	-0,1168	-0,1578	-0,11301	0,2876	-0,1649	-0,1632	-0,1088	0,1447
<i>Dummy de outlier</i>			7,75673	2,0499			0,2866	* 0,0152
<i>Constante</i>	2,8214	2,9520	2,94664	* 0,27823	0,3319	0,6530	0,7126	0,4466
<i>Rho</i>	0,7672	0,5925	0,30740	0,61270	0,7672	0,8047	0,7919	0,8320
<i>Sigma_u</i>	3,1515	3,7757	2,96475	4,29464	1,6404	2,5705	2,3330	3,4667
<i>Sigma_e</i>	4,2126	3,1306	4,4495	3,4145	0,9034	1,2661	1,1958	1,5577
<i>N</i>	158206 6	397134	4022031	370556	158206 6	397134	402203 1	370556
<i>ll</i>	- 471988 7	- -1096710	- 12148135	- 106048 9	- 252192 6	- 776412, 55	- 755734 5,5	- 812551, 8

Fonte: MTE/RAIS, microdados de 2007 – 2015. Dados trabalhados pelas autoras.

Variáveis dependentes: Logaritmo da renda; Percentual da renda.

Todos os coeficientes com $p < 0,05$, com exceção dos sinalizados: * $p > 0,05$

8. Considerações finais

Esta pesquisa teve por objetivo compreender as inter-relações entre a deficiência e as desigualdades sociais. Para tanto, estudamos as interseções entre gênero, deficiência e raça sobre a pobreza e o mercado de trabalho no Brasil. Inicialmente realizamos um retrato dessa população a partir dos dados do Censo 2010, referentes aos indivíduos com idade entre 18 e 60 anos, no qual buscamos identificar os efeitos de estar em uma condição de pobreza multidimensional sobre o autorrelato da deficiência, bem como da deficiência sobre esta condição de pobreza; das chances de participar da população economicamente ativa, de estar empregado formalmente, status sócio ocupacional alcançado e rendimentos auferidos.

Além desse retrato através do Censo, buscamos por meio dos dados da RAIS uma análise longitudinal, ou seja, uma análise considerado a trajetória dos trabalhadores formalmente empregados, com idade entre 18 e 60 anos, entre os anos de 2007 a 2015. Nessa trajetória, consideramos de forma linear, o status ocupacional e a renda auferida durante o passar dos anos.

Inicialmente, a respeito da população estudada, notamos com base nos dados do Censo 2010 a presença de grande parte das pessoas com deficiência entre os grupos mais vulneráveis: em maioria são mulheres, negras, com idade superior àquelas sem deficiência, e estão sobre representadas entre as pessoas que não possuem qualquer instrução. A proporção dessas pessoas que possui o nível superior de ensino é metade da encontrada na população sem deficiência.

A respeito da renda domiciliar notamos nos domicílios com algum morador com deficiência rendas inferiores quando comparadas àqueles sem moradores com deficiência. As maiores proporções de pessoas em domicílio com renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo foi encontrada entre mulheres e homens com deficiência visual e múltipla.

Considerando esta mesma renda, notamos que as mulheres com deficiência visual e física apresentam as maiores proporções entre as famílias com renda familiar inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo per capita, mesmo com o recebimento do Benefício de Prestação Continuada - BPC. Entre os homens, a deficiência cognitiva, física e visual contam com as maiores parcelas. Dessa forma, em relação à renda domiciliar per capita, notamos que esses grupos são os mais pobres entre os mais pobres, uma vez que mesmo com o

recebimento do BPC essas pessoas continuam no menor intervalo da renda per capita, correspondente a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo. Por outro lado, esses dados confirmam a necessidade dessa política para sobrevivência desses grupos e o seu bom ajuste, uma vez que tem atendido em grande parte os grupos com deficiência de grande vulnerabilidade, conforme verificado anteriormente (MEDEIROS; NETO; BARROS, 2010), apesar das diferenças entre os conceitos de família considerados para concessão do BPC e o abordado pelo Censo (MEDEIROS; BARROS; NETO, 2010).

Indo além da renda nominal, considerando a teoria das capacidades de Amartya Sen (2009) e Martha Nussbaum (2010), o modelo de desenvolvimento humano da deficiência (MITRA, 2017) e o índice de pobreza multidimensional (ALKIRE; FOSTER, 2011a), verificamos que tanto a deficiência aumenta a chance de estar em uma condição de pobreza multidimensional, quanto estar nesta condição aumenta a probabilidade de autorrelato da deficiência.

As mulheres e homens com deficiência cognitiva foram os mais sobre representados entre as categorias consideradas de pobreza: cerca de 80% não possuem qualquer instrução e as maiores proporções entre aqueles que não contam com saneamento, energia elétrica e água tratada no domicílio, bem como em relação à mortalidade infantil. Além disso, 50% dos homens e mulheres com deficiência cognitiva encontram-se em condição de pobreza multidimensional, que além das categorias anteriores, considerou o acesso a outros serviços (como coleta de lixo), disposição de acomodações e bens materiais (como geladeira, televisão, máquina de lavar roupa).

A deficiência cognitiva foi seguida pela dificuldade múltipla entre as mulheres e homens com alguma dificuldade como mais representada nesses critérios de estudo da pobreza. E entre as pessoas com alguma incapacidade, notamos que aquelas com alguma incapacidade física destacam-se entre as pessoas sem qualquer instrução (70%), sem acesso ao saneamento e maior mortalidade infantil no domicílio. Entre as mulheres, notamos que 40% daquelas com esta incapacidade estão em condição de pobreza multidimensional, assim como 35% dos seus pares homens. Além dessas deficiências, notamos que todos os demais grupos de dificuldade e incapacidade estão em condições de pobreza em proporções consideravelmente superiores às mulheres e homens sem deficiência, confirmando o apontado em estudos internacionais anteriores (GROCE; BAILEY; LANG; TRANI *et al.*, 2011; HANASS-HANCOCK; NENE; DEGHAJE;

PILLAY, 2017; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; TRANI; BAKHSHI; BROWN; LOPEZ *et al.*, 2018; TRANI; LOEB, 2012).

Notamos também que as pessoas com alguma incapacidade têm mais chances de não ter nenhuma instrução que aquelas que possuem alguma dificuldade permanente, quando comparadas às pessoas que não possuem qualquer deficiência. A verificação de que as pessoas com alguma incapacidade tendem a ter uma menor escolaridade em comparação às demais pessoas com deficiências mais leves ou sem deficiência corroboram os achados de Hanass-Hancock e MacKenzie (2017), na África do Sul.

No tocante à variável teste IDH municipal, notamos seu efeito significativo: o acréscimo de um centésimo do índice teve efeito positivo sobre as chances de não ter instrução, tanto para os homens, quanto para as mulheres, em mais de 5%. Sobre este ponto, Mizunoya, Mitra e Yamasaki (2018) apontam que enquanto a redução da pobreza global ou programas sociais, ao transferir recursos para a população mais pobre tende a incentivar a escolaridade em geral, eles não alcançam e não contribuem para diminuir o *gap* educacional entre as crianças com e sem deficiência. Para os autores, as possíveis explicações para isso referem-se aos obstáculos provenientes de materiais de aprendizagem inadequados, à falta de conhecimento especializado dos professores e ausência de dispositivos de assistência e ambientes de aprendizagem adequados.

As pessoas com alguma incapacidade física e deficiência cognitiva são as mais propensas a estarem em um domicílio que não tenha saneamento, água tratada e energia elétrica, o que pode implicar para essas pessoas em maiores gastos com saúde (JONES *et al.*, 2003; BAILEY e GROCE, 2010). A respeito das chances de estar em uma condição de pobreza multidimensional, notamos que os diferentes tipos de incapacidade e a deficiência cognitiva aumentam essas probabilidades, corroborando os resultados encontrados em pesquisas anteriores (GROCE, NORA *et al.*, 2011; TRANI e LOEB, 2012; MITRA *et al.*, 2013; JILL e TAMLYN, 2017; TRANI *et al.*, 2018). Em termos percentuais, a deficiência cognitiva apresentou o efeito positivo de maior valor: aumenta em 13,37% as chances dos homens e 12,7% das mulheres de estarem em uma condição de pobreza multidimensional, mantido tudo mais constante. E com exceção da dificuldade múltipla, as demais dificuldades permanentes apresentaram efeitos mais próximos a zero quando comparadas as demais categorias. Os efeitos das diferentes dificuldades sobre aquela probabilidade também apresentaram padrão semelhante ao encontrado no tocante à maioria das

incapacidades: aumentam mais para os homens que para as mulheres as chances de estarem em condição de pobreza.

Todavia, se há a verificação do maior efeito, no geral, das diferentes deficiências, por tipo e nível, para os homens que para as mulheres, o contrário é observado em relação à maioria das variáveis de teste, onde verificamos que tanto para a chance de não ter instrução, quanto de não ter saneamento ou energia elétrica e estar em condição de pobreza, ser branco apresentou um efeito negativo maior para os homens que para as mulheres, no geral. Ou seja, ser branco diminui mais para os homens que para as mulheres as referidas chances. Além da raça, o aumento da escolaridade nos modelos sobre a chance de estar em condição de pobreza multidimensional apresentou efeitos negativos e superiores para os homens. Enquanto para eles ter o superior completo diminui em até 28% as chances de estar em uma condição de pobreza multidimensional, para elas esse efeito é de 20%.

Posteriormente, ao verificarmos o efeito de estar em uma condição de pobreza sobre as chances de autorrelato/ter uma dificuldade permanente ou incapacidade, observamos que o IPM apresentou efeitos maiores sobre a chance de ter alguma incapacidade (eleva por volta de 3%), quando comparados aos encontrados sobre a probabilidade de ter dificuldade permanente (entre 1,25% e 1,55%), mantendo tudo mais constante, com efeitos superiores para as mulheres.

Em relação à deficiência cognitiva, notamos que o IPM aumenta as chances de seu autorrelato, para ambos sexos. E sobre esse ponto, é importante ressaltar o quanto as pessoas com deficiência cognitiva estão sobre representadas entre as pessoas em condição de pobreza multidimensional, tendo as maiores proporções entre os diversos grupos. Dessa forma, o IPM pode ter demonstrado o maior efeito para a chance de relato de possuir alguma deficiência cognitiva, implicando em uma relação endógena; e esta verificação deve ser aprofundada em estudos posteriores. Em relação aos demais grupos, notamos que o efeito do IPM sobre a chance desta deficiência foi seguido pelos efeitos encontrados sobre as chances de ter dificuldade múltipla, ter dificuldade física e dificuldade auditiva. Dentre as incapacidades, notamos os maiores efeitos do IPM sobre as chances de ter uma incapacidade múltipla, seguidos por ter incapacidade física e pelas incapacidades sensoriais. Os menores efeitos encontrados foram de ter uma incapacidade visual para os homens e ter uma dificuldade visual para as mulheres.

Em relação às chances de ter uma dificuldade permanente, notamos a grande associação entre essa probabilidade e o aumento da idade, principalmente para as mulheres. Esses achados corroboram os resultados encontrados anteriormente em estudos nacionais (MELZER e PARAHYBA, 2004; CASTRO *et al.*, 2008) e internacionais (ZITKO MELO e CABIESES VALDES, 2011; KLIJS *et al.*, 2014; ABELLAN *et al.*, 2015). Todavia, se o aumento da idade aumenta essa chance, o aumento da escolaridade vai em sentido oposto, uma vez que as pessoas sem nenhuma instrução têm as maiores chances de ter uma dificuldade permanente. Especialmente entre as mulheres, notamos que ter 60 anos (idade máxima considerada) e não ter qualquer instrução aumenta em 50% a chance de ter uma dificuldade.

Nesse sentido, em todas idades, o aumento de cada credencial educacional reduz as chances de relato de alguma dificuldade permanente ou incapacidade, sendo as pessoas com nível superior as com menores chances de vir a ter alguma dificuldade permanente, em especial para os homens. Essa verificação corrobora os resultados encontrados por Jenkins e Rigg (2004) que apontaram para uma correlação entre menor escolaridade e um risco maior de adquirir algum tipo de deficiência: aqueles que adquiriram a deficiência mais tarde na vida não são um grupo aleatório.

Por outro lado, notamos que quanto maior a renda domiciliar per capita, menor é a chance de ter alguma dificuldade permanente. A progressão da renda é acompanhada pelo aumento do efeito negativo e isso ocorre de forma mais substantiva entre as mulheres, para as quais essa redução chega a 2,31% e 4% nas últimas duas faixas salariais. Para os homens, esses valores são 1,50% e 2,40%. Esses achados corroboram os resultados encontrados no Chile por Zitko Melo e Cabieses Valdes (2011), onde verificaram que as pessoas mais pobres relatam mais frequentemente ter uma deficiência. Ademais, esses resultados corroboram em parte os achados anteriores no Brasil (FELICÍSSIMO; FRICHE; ANDRADE; ANDRADE *et al.*, 2017; FELICÍSSIMO; FRICHE; XAVIER; PROIETTI *et al.*, 2017).

Ademais, os resultados a respeito da escolaridade e renda domiciliar podem corroborar os achados de Herd et al (2007), que apontam para o indicador de escolaridade como o mais relevante para prever o início do processo de doenças crônicas e o indicador da renda por prever a progressão da doença crônica e limitação funcional.

A respeito da escolaridade, notamos que as mulheres e homens com deficiência sensorial apresentam as maiores credenciais, renda auferida e estão em melhores ocupações que as pessoas com os demais tipos de deficiência. Com as menores credenciais educacionais, renda domiciliar per capita, renda salarial, e mais presentes entre os que estão fora do mercado de trabalho e no mercado informal, estão as pessoas com deficiência cognitiva e múltipla. Entre as melhores condições encontradas para as pessoas com deficiência sensorial, e as mais precárias entre os indivíduos com deficiência cognitiva e múltipla, estão as pessoas com deficiência física.

Além da educação e da proporção de gastos com saúde em geral, o emprego também se mostra como uma dimensão determinante sobre a condição de pobreza entre as pessoas com deficiência quando comparadas àquelas sem deficiência (Mitra et al., 2013). Sobre este ponto, verificamos que os diferentes tipos e níveis de deficiência apresentaram efeitos negativos superiores entre os homens com deficiência, quando comparados às mulheres também com deficiência, sobre as chances de participar da população economicamente ativa.

A incapacidade física se mostra a mais limitante: as pessoas com esta incapacidade possuem as menores chances de participarem da PEA, uma vez que ela reduz em 43% essas chances para os homens, e para as mulheres, 34%. A deficiência cognitiva também apresenta seus maiores efeitos entre os homens, reduzindo em 35% para os homens e em 32% para as mulheres, mantido tudo mais constante. Esses achados reforçam a vulnerabilidade das pessoas com essas deficiências, haja vista que apresentaram também as maiores chances de não ter instrução, não ter saneamento básico, água tratada e energia elétrica no domicílio (principalmente aquelas com incapacidade física) e de estarem em uma condição de pobreza multidimensional.

Contudo, se a deficiência reduz mais para os homens as chances de estar na PEA, a melhoria do índice de acessibilidade tenda a elevar mais para eles – com e sem deficiência - essa probabilidade. Entre as mulheres, verificamos que o aumento da acessibilidade física não contribui de forma positiva para a participação delas na PEA, ao contrário, apresentou uma redução das chances. A diferença de mobilidade entre homens e mulheres no espaço urbano foi abordada por Kwan (1999). A autora ressalta que as mulheres, independentemente de estarem empregadas ou não, vivenciam mais experiências de restrição da mobilidade urbana tanto em termos absolutos quanto em termos relativos

quando comparadas aos homens. E a partir das considerações desta autora, concordamos com o apontamento de Mitra (2017) a respeito da interação entre os fatores pessoais (como o sexo) e os impedimentos corporais na conversão de recursos em bem-estar: em um ambiente onde as mulheres são constrangidas em seus movimentos fora de suas casas, uma cadeira de rodas não se traduzirá em mobilidade para mulheres com lesão medular (Mitra, 2017).

Como a média do índice de acessibilidade nos municípios brasileiros foi de 0,024, em uma escala que vai de 0 a 1, ressaltamos os apontamentos sobre a experiência de pessoas com deficiência em ambientes urbanos sem acessibilidade (IMRIE, ROB., 2000; IMRIE, ROB, 2000a; b; IMRIE; KUMAR, 1998; IMRIE; THOMAS, 2008; IMRIE, 1996), que não levam em consideração a necessidade específica e seus corpos e como isso implica em uma segregação espacial, denominada por Imrie e Kumar (1998) de “*apartheid by desing*”. Sublinhamos também o apontado por Rolnik (2002): a exclusão de pessoas do espaço urbano reproduz as desigualdades sociais, dificultando o acesso aos bens serviços (públicos e privados) e transporte, diminuindo as oportunidades de emprego e de qualificação e formação de redes sociais (BERNIS; PEREIRA; ALMEIDA, 2018; MARICATO, 2001).

Em relação ao mercado de trabalho, notamos a maior presença das pessoas com deficiência no mercado informal de trabalho, assim como Mizunoya e Mitra (2013) na maioria dos 15 países em desenvolvimento pesquisados por meio do *World Health Survey*, anos de 2002-03, incluindo o Brasil. Neste estudo, destacou-se o quanto o Brasil se diferenciou dos demais países ao apresentar as maiores proporções de homens com deficiência no mercado formal de trabalho, quando comparados às mulheres com deficiência, bem como o maior *gap* de empregabilidade por gênero entre as mulheres, assim como verificamos em relação aos nossos dados.

Outro ponto a ser comparado é que assim como em nossa pesquisa, as pessoas com deficiência múltipla tendem a se concentrar no mercado informal de trabalho em quase todos os países estudados por Mizunoya e Mitra (2013). Em relação ao Brasil, a proporção se manteve praticamente a mesma entre as mulheres e homens com deficiência múltipla no mercado informal: 55%. Todavia, na pesquisa de Mizunoya e Mitra (2013) não foi verificada uma diferença desta porcentagem em relação àquela das pessoas com somente um tipo de deficiência. No presente estudo, é possível observar diferenças com mais de

10 pontos percentuais entre as proporções de pessoas com deficiência múltipla no mercado informal que as demais, principalmente ao considerar as parcelas relativas às pessoas com deficiência sensorial.

Ao compararmos as chances das pessoas com e sem deficiência estarem no mercado formal de trabalho, quando comparadas àquelas que estão no mercado informal, ratificamos os resultados anteriores e vimos que a deficiência cognitiva é que a mais tende a reduzir, tanto para homens, quanto para as mulheres, a chance de estar no mercado formal de trabalho. Esse efeito se mostra superior para os homens, reduzindo em 9% essa probabilidade e em 6% para as mulheres. Em segundo lugar, os maiores efeitos negativos das deficiências física, visual e múltipla para as mulheres, reduzindo aquela chance em aproximadamente 5%. A deficiência auditiva se mostrou menos restritiva, tendo o menor efeito negativo entre as mulheres e com efeito positivo entre os homens, aumentando a probabilidade de eles estarem no mercado formal em 2%, mantendo tudo mais constante. Essas verificações corroboram os achados em estudos anteriores em países em desenvolvimento a respeito das menores chances de as pessoas com deficiência estarem no mercado formal (JILL; TAMLYN, 2017; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MIZUNOYA; MITRA, 2013; TRANI; LOEB, 2012).

A falta de escolaridade é abordada de forma recorrente na literatura e pelas empresas contratantes como um grande entrave à empregabilidade das pessoas com deficiência (TANAKA e MAZINI, 2005; CANÇADO, 2006; JONES, 2006; ARAÚJO *ET AL.*, 2007; CARNEIRO e RIBEIRO, 2008; JONES, 2010). Entretanto, verificamos que o aumento do nível de escolaridade não é acompanhado pelo aumento nas chances de inserção no mercado formal de trabalho, para nenhum dos sexos. Além do apontamento da falta de escolaridade, a experiência em funções operacionais também é apontada como um problema para a inserção dessas pessoas (SUZANO; NEPOMUCENO; ÁVILA; LARA *et al.*, 2008). Mas se as pessoas com deficiência com menor instrução apresentam mais chances de estarem no mercado formal de trabalho, podemos supor que elas serão inseridas em ocupações precárias e com menores rendimentos, bem como aquelas com níveis superiores de escolaridade.

Esses achados vão no sentido do verificado no estudo de Almeida (2011) sobre o mercado formal de trabalho e de Almeida et al (2018), a respeito do mercado formal e informal. Na primeira pesquisa foi verificado que a menor renda auferida pelos trabalhadores com

deficiência da cidade de Belo Horizonte, quando comparados aos demais com e sem deficiência do restante do país era devida à concentração desses empregados em ocupações mais precárias, operacionais e com menores rendimentos, ainda que possuíssem nível superior de escolaridade (ALMEIDA, 2011). A segunda pesquisa, a respeito do trabalho doméstico – que possui as ocupações de menor status sócio ocupacional, considerando a realidade brasileira – demonstrou que o aumento dos níveis de escolaridade não diminui para as mulheres com deficiência as chances de estarem neste trabalho, quando comparadas àquelas sem deficiência (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A baixa empregabilidade das pessoas com deficiência foi também verificada ao considerarmos a população de trabalhadores informais do Censo 2010 com os trabalhadores da RAIS entre os anos de 2007 a 2015. Através desses dados, verificamos que o efeito percentual e negativo da deficiência sobre a probabilidade de ter um emprego formal diminuiu progressivamente ao longo dos anos, tanto para os homens, quanto para as mulheres. Todavia, mesmo controlando pela região do país, idade, sexo, e escolaridade, a população de pessoas com deficiência contam com menores chances de conseguirem um emprego formal, corroborando os resultados encontrados tanto em países em desenvolvimento (EIDE *et al.*, 2003; PALMER *et al.*, 2012; TRANI e LOEB, 2012; MITRA *et al.*, 2013; MIZUNOYA e MITRA, 2013; TRANI *et al.*, 2018) quanto em países desenvolvidos (BALDWIN e JOHNSON, 1995; KIDD, M. P. *et al.*, 2000; BALDWIN e SCHUMACHER, 2002; RIGG, 2005; DOMZAL *et al.*, 2008).

Ao considerar o mercado formal de trabalho, a concentração de pessoas com deficiência cognitiva e múltipla nos setores econômicos com menor renda salarial e sub-representação desses grupos naqueles com melhores rendimentos corrobora os achados de Maroto e Pettinicchio (2014). Nosso estudo também corrobora o estudo mais recente de Pettinicchio e Maroto (2017) sobre as diferenças por sexo e tipo de deficiência, de 2010 a 2015, entre os adultos em idade produtiva estadunidense. Assim como a presente pesquisa, verificaram a maior representação das mulheres e homens com deficiência sensorial empregados e com maiores médias salariais, e que as mulheres com deficiência, especialmente aquelas com deficiência múltipla, tem as menores proporções entre os empregados no mercado formal e os mais baixos rendimentos.

Em relação ao setor econômico, notamos que 25% das mulheres e 35% dos homens com deficiência cognitiva e múltipla estão na agricultura. Outras proporções consideráveis –

entre 20 e 25% - foram encontradas no trabalho doméstico entre as mulheres com deficiência múltipla, física e cognitiva. Os homens com deficiência, especialmente aqueles com deficiência múltipla e cognitiva apresentaram parcelas superiores neste trabalho em relação aos demais. Os homens e mulheres com deficiência física também apresentaram grandes proporções nesses setores econômicos. Salientamos que esses setores apresentam as menores médias salariais.

A maior proporção de homens com deficiência no trabalho doméstico vai ao encontro dos resultados de Woodhams *et al* (2015), as quais verificaram a maior quantidade de homens com deficiência em trabalhos de baixo status ocupacional e feminizados. Segundo as autoras, isso ocorre devido às noções dominantes de masculinidade, as quais podem tornar a deficiência mais limitante para os homens que são menos capazes de desempenhar papéis masculinos no mercado de trabalho, segundo as normas hegemônicas e privilegiadas da masculinidade.

No tocante às ocupações, notamos as melhores médias do status sócio ocupacional entre mulheres e homens sem deficiência. As mulheres com deficiência sensorial e os homens com deficiência visual e física apresentaram as maiores médias entre as pessoas com deficiência. As menores foram entre as mulheres com deficiência física e múltipla, e entre os homens com deficiência cognitiva e múltipla. Ao considerar os grandes grupos ocupacionais, notamos a menor presença das pessoas com estas deficiências entre os grupos com melhores rendimentos, como os referentes aos membros superiores do poder público, dirigentes de organizações, profissionais das ciências e das artes e técnicos de nível médio. Nestes grandes grupos, observamos a maior presença das mulheres com deficiência sensorial e dos homens com deficiência física e sensorial.

De outro lado, nos grandes grupos com menores rendimentos – trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca e os trabalhadores em serviços de reparação e manutenção – há uma grande concentração de pessoas com deficiência cognitiva e múltipla.

Uma vez no mercado de trabalho, através dos dados do Censo, notamos que as pessoas com deficiência, com exceção das mulheres com deficiência física e homens com deficiência auditiva, tendem a apresentar o status sócio ocupacional superior às pessoas sem deficiência. Através dos dados da RAIS, observamos que as mulheres sem deficiência e celetistas contam com maior status sócio ocupacional e aquelas com

qualquer deficiência contam com status inferiores. Entre os homens celetistas, notamos os maiores status entre os homens com deficiência física, visual e sem deficiência. No caso dos servidores estatutários, notamos que as pessoas com deficiência física e sensorial contam com os maiores valores na escala. Todavia, ressaltamos que na RAIS em todos os grupos de trabalhadores – por sexo e regime de trabalho – os trabalhadores com deficiência cognitiva apresentaram as menores pontuações preditas na escala de status socioeconômico. Ao considerar a escolaridade e seu efeito sobre o status ocupacional, encontramos tanto no Censo, quanto na RAIS, que a maior diferença entre eles se dá em relação aos ensinos médio e superior completos.

A respeito do status socioeconômico da ocupação, em relação ao gênero e a raça, notamos uma maior diferença entre as predições entre os homens e mulheres, e uma menor diferença em relação à raça, mesmo controlando pela escolaridade e demais fatores. Esses resultados foram encontrados através do Censo e corroboram os estudos anteriores a respeito da dinâmica entre gênero e raça sobre as desigualdades ocupacionais, onde mulheres encontram-se em ocupações de menor status que os homens, bem como as pessoas negras em comparação aos brancos. E assim como estudos anteriores, notamos que as maiores diferenças se dão por gênero e menores pela raça (SOARES, 2000; GUIMARÃES, 2002; HIRATA e KERGOAT, 2007; SILVEIRA e LEÃO, 2017). A compreensão das dinâmicas entre gênero e raça se mostram de extrema relevância para compreensão da deficiência e suas interseções, haja vista que as mulheres com deficiência cognitiva e negras apresentaram o valor predito mínimo, referente às empregadas domésticas.

Todavia, considerando somente a realidade do mercado formal de trabalho e os empregados celetistas, notamos ao controlar pela escolaridade e demais variáveis, que as mulheres, brancas e negras, estão em ocupações de maior status ocupacional que os homens. A deficiência cognitiva manteve seu maior efeito negativo nos dois bancos, e se no Censo o menor status predito foi encontrado entre as mulheres com deficiência cognitiva, na RAIS encontramos a menor predição entre os homens com esta mesma deficiência.

Ainda sobre as verificações na RAIS, notamos que os homens celetistas e estatutários, bem como as mulheres estatutárias, conseguem alcançar ocupações de maior status em organizações maiores, de grande e médio porte. Essas verificações corroboram os

achados de Pfeffer (1977), os quais indicam para a influência de variáveis socioeconômicas e educacionais sobre a renda e o status social alcançado pelo indivíduo; e esses também como uma consequência da posição que ele ocupa dentro da organização, do tamanho e do setor a que essa pertence.

Porém, entre as mulheres celetistas este efeito é oposto – estar em organizações maiores diminui o aumento do status sócio ocupacional. Uma possível explicação para esta verificação seria as mulheres encontrarem mais chances de alcance a cargos gerenciais em micro e pequenas empresas, e menores chances de progressão na carreira em empresas maiores quando comparadas aos homens. Todavia, o aprofundamento nesta questão foge ao escopo deste trabalho.

No tocante à renda, notamos que a consideração conjunta, tanto da renda absoluta, quanto da renda relativa, se mostrou fundamental para a compreensão dos efeitos provocados pelos diferentes tipos de deficiência sobre a determinação salarial, e sua interação com os demais marcadores sociais. Ao considerarmos a população do Censo, de trabalhadores formais e informais, bem como os trabalhadores formais da RAIS, notamos o efeito positivo dos diferentes tipos de deficiência sobre o logaritmo da renda. Todavia, ao considerarmos o percentual da renda notamos que essa situação se inverte, principalmente em relação aos celetistas.

Ao considerar o tamanho da empresa, notamos que as pessoas que estão em empresas maiores, de médio e de grande porte, contam com as maiores rendas preditas, tanto absolutas, quanto relativas. Esta verificação corrobora os estudos de Baron e Bielby (1980) e Baron (1984) e os achados da pesquisa de Almeida e Vilela (2016) no Brasil.

A respeito do status socioeconômico da ocupação, notamos que apesar das mulheres estarem em ocupações de maior status, elas contam com os menores retornos, tanto em sobre a renda absoluta, quanto sobre a renda relativa. Em relação aos tipos de deficiência, notamos entre os trabalhadores celetistas que apesar das pessoas com deficiência apresentarem maiores predições de renda absoluta, isso não se verifica no tocante à renda relativa. O fato de não ter uma deficiência representa um aumento no percentil da renda muito superior aos diferentes tipos de deficiência.

No setor público, as pessoas com deficiência podem encontrar um cenário mais favorável, e esta verificação corrobora os estudos anteriores realizados anteriormente nos Estados

Unidos (BALDWIN; JOHNSON, 1995) e Reino Unido (KIDD *et al*, 2000). As pessoas com deficiência visual apresentaram os maiores valores preditos a partir do aumento do status socioeconômico da ocupação tanto sobre a renda absoluta quanto sobre a renda relativa. As predições das pessoas com deficiência visual, no que tange ao logaritmo da renda, forma seguidas pelas predições das pessoas com deficiência auditiva e física. Entre as mulheres, notamos que aquelas com deficiência cognitiva apresentaram predições superiores às mulheres sem deficiência e por fim, encontramos os valores preditos para as mulheres com deficiência múltipla. No caso dos homens, essa ordem se altera: homens com deficiência múltipla, deficiência cognitiva e por fim, homens sem deficiência.

Dessa forma, a partir dos resultados encontrados reiteramos a importância da consideração das questões gênero compreensão das dinâmicas e desigualdades sociais relacionadas vivenciadas pelas pessoas com deficiência (BLACKWELL-STRATON; BRESLIN; MAYERSON; BAILEY, 1988; BÊ, 2012; DEEGAN; BROOKS, 1985; FINE; ASCH, 1988; GARLAND-THOMSON, 2011; GERSCHICK, 2000; MELLO, 2014a; MELLO; NUERNBERG, 2012; MORRIS, 1989; 1991; MORRIS, 1992; MORRIS, 1993; MORRIS, 1996; SHELDON, 2004; SHILDRICK, 2012; THOMAS, 1997; THOMAS, 1999a; b; 2001; 2002b) ao verificarmos as inter-relações entre a deficiência e pobreza (JILL; TAMLYN, 2017; MITRA; SAMBAMOORTHY, 2008; MIZUNOYA; MITRA, 2013); a mobilidade e a acessibilidade nos espaços urbanos (KWAN, 1999; MITRA, 2017) as chances de inserção no mercado informal e formal de trabalho (BALDWIN; JOHNSON, 1995; BERNIS; PEREIRA; ALMEIDA, 2018; HARA, 2004; JONES, 2011; JONES, M. K.; LATREILLE, P. L.; SLOANE, P. J., 2006; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017), os diferentes alcances ocupacionais (ALMEIDA; PEREIRA; SILVEIRA, 2018; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017) e as desigualdades de renda (ALMEIDA; PEREIRA; SILVEIRA, 2018; BALDWIN; JOHNSON, 1995; HARA, 2004; PETTINICCHIO; MAROTO, 2017).

Reforçamos a pertinência da observação da raça para o estudo donexo intercausal entre deficiência e pobreza (BARTON; SINGH, 2004; DOSSA, 2005; 2006; 2008; STIENSTRA, 2012), bem como da interseções entre raça e gênero no mercado de trabalho, tanto sobre a segregação ocupacional quanto para os determinantes da renda (SOARES, 2000; GUIMARÃES, 2002; HIRATA E KERGOAT, 2007; SILVEIRA ;

LEÃO, 2017) e entre deficiência, raça e gênero também sobre esses aspectos (ALMEIDA *et al.* 2018).

Ao considerarmos a deficiência e suas interfaces com a pobreza, notamos em relação aos diferentes tipos e níveis de deficiência, salientamos a heterogeneidade entre os grupos de indivíduos que as possuem e os seus diversos efeitos sobre a escolaridade (HANASS-HANCOCK; MCKENZIE, 2017; KUPER; DOK; WING; DANQUAH *et al.*, 2014) e condição de pobreza multidimensional (GROCE; KETT; LANG; TRANI, 2011; GROCE, 2009; GROCE; BAKSHI, 2009; HANASS-HANCOCK; MCKENZIE, 2017; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; TRANI; BAKSHI; BROWN; LOPEZ *et al.*, 2018; TRANI; LOEB, 2012); sobre as chances de estar fora do mercado de trabalho, no mercado formal ou informal (GARCIA; MAIA, 2014; HANASS-HANCOCK; MCKENZIE, 2017; MIZUNOYA; MITRA, 2013); sobre as tendências de segregação ocupacional por tipo de deficiência (ALMEIDA; VILELA, 2016; MAROTO; PETTINICCHIO, 2014) e sobre o efeito dessa segregação sobre os rendimentos (ALMEIDA, 2011).

Frisamos a importância do acesso educacional, do aumento da escolaridade (FILMER, 2008; JENKINS; RIGG, 2004; LOPREST; MAAG, 2007; RIGG, 2005) e da melhoria da renda (FELICÍSSIMO; FRICHE; ANDRADE; ANDRADE *et al.*, 2017; FELICÍSSIMO; FRICHE; XAVIER; PROIETTI *et al.*, 2017; HERD; GOESLING; HOUSE, 2007; ZITKO MELO; CABIESES VALDES, 2011) para a redução de chances de autorrelato de alguma deficiência. E, nesse sentido, ressaltamos a importância de políticas como a Política Nacional da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008); da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015); da Lei 13.409/16, que dispõe sobre reserva de vagas para pessoas com deficiência nos cursos técnico de nível médio e superior das instituições federais (BRASIL, 2016); bem como da necessidade da melhoria da infraestrutura de acessibilidade escolar e da formação docente (ALMEIDA; SILVA; DE PAULA; VILELA *et al.*, 2010; MIZUNOYA; MITRA; YAMASAKI, 2018); haja vista que o aumento do IDH municipal não se traduz no aumento da probabilidade de acesso à escolarização, corroborando os achados anteriores (MIZUNOYA; MITRA; YAMASAKI, 2018).

Ao verificarmos o ajuste do Benefício de Prestação Continuada (MEDEIROS; NETO; BARROS, 2010) – presente na grande parcela de pessoas com deficiência residentes em domicílios com renda inferior a ¼ de salário-mínimo, mesmo com o seu recebimento,

salientamos a importância de políticas de bem-estar social no Brasil, em especial do deste benefício - para a população com deficiência, enquanto política social focalizada em populações com elevado nível de vulnerabilidade, buscando ampliar seus benefícios e, assim, eliminar a pobreza extrema (FELICÍSSIMO; FRICHE; XAVIER; PROIETTI *et al.*, 2017).

E, apesar da educação e do emprego serem dimensões extremamente relevantes para a saída da condição de pobreza multidimensional (MITRA, 2017) e do desenvolvimento do capital humano para o alcance de um melhores ocupações e renda no mercado formal de trabalho pelas pessoas com deficiência (FILMER, 2008), notamos que no Brasil o aumento da escolaridade não significa uma correspondente elevação nas chances de emprego formal. Esta verificação nos leva a contrapor os argumentos reiterados por empresas e pesquisas, os quais apontam para a falta de escolaridade e qualificação dos trabalhadores com deficiência como justificativa para a sua baixa empregabilidade (CANÇADO, 2006; CARNEIRO; SOUZA, 2006; JONES, 2008; SUZANO; NEPOMUCENO; ÁVILA; LARA *et al.*, 2008) e o não cumprimento da Lei da Cotas (CARNEIRO; RIBEIRO, 2008). Nesse sentido, ressaltamos a importância do Decreto nº 3.298/99 (BRASIL, 1999), que regulamentou esta Lei; do Decreto nº 9.508/2018, que reserva às pessoas com deficiência percentual de cargos e de empregos públicos ofertados em concursos públicos e em processos seletivos no âmbito da administração pública federal direta e indireta (BRASIL, 2018); bem como da necessidade da fiscalização e do *enforcement* estatal para seus cumprimentos (CARNEIRO; RIBEIRO, 2008).

Durante todo o desenvolvimento da pesquisa verificamos que as desigualdades provocadas pelos diferentes tipos e níveis de deficiência interseccionam as já existentes em relação ao gênero e a raça. Sobre este ponto, sublinhamos a importância das contribuições do modelo médico e sócio médico na elaboração da Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF – assim como dos subsídios teóricos e práticos oriundos do modelo social na Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência - CPDP (BRASIL, 2009). Em uma posição de diálogo entre os dois modelos, a proposta da CIF foi lançar um vocabulário biopsicossocial para a descrição dos impedimentos corporais e a avaliação das barreiras sociais e da participação (DINIZ, 2007).

A respeito da CIF salientamos a sua importância para a realização deste estudo, haja vista que esta classificação é utilizada para caracterização da deficiência nas duas bases de

dados consideradas, CENSO (IBGE, 2016; 2018) e RAIS (FRANZOI; XEREZ; BLANCO; AMARAL *et al.*, 2013; VILELA, 2018), assim como para a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BRASIL, 2014a); o que também torna possível a comparação dos nossos achados referentes à pobreza multidimensional com outros estudos internacionais, uma vez que também utilizam a CIF (HANASS-HANCOCK; MCKENZIE, 2017; MITRA; POSARAC; VICK, 2013; MIZUNOYA; MITRA, 2013; MIZUNOYA; MITRA; YAMASAKI, 2018).

Ressaltamos a consideração das discussões do modelo social a respeito da impossibilidade de homogeneização das experiências das pessoas com os diferentes impedimentos, dos entrelaçamentos entre gênero e deficiência, bem como a análise interseccional de marcadores sociais, é abordada no preâmbulo da CPDP. Essas discussões, realizadas principalmente pelos estudos feministas e críticos sobre a deficiência (BÊ, 2012; GARLAND THOMSON, 1997; GARLAND-THOMSON, 2011; MORRIS, 1992; MORRIS, 1993; MORRIS, 1996; SHILDRICK, 2012; THOMAS, 1999b; 2001; THOMAS, 2004), transparecem neste preâmbulo através do reconhecimento da diversidade dessas pessoas; de que mulheres e meninas com deficiência estão frequentemente expostas a maiores riscos; a preocupação expressa com as difíceis situações enfrentadas por essas pessoas que estão sujeitas a formas múltiplas ou agravadas de discriminação por causa de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de outra natureza, origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade, nascimento, idade ou outra condição.

A respeito inserção na rede escolar e no mercado de trabalho, sobrelevamos a previsão na Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 2015) de crime punível com reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos e multa a recusa, cobrança de valores adicionais, suspensão, procrastinação, cancelamento ou cessão de inscrição de aluno em estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado, em razão de sua deficiência; impedição de inscrição em concurso público ou acesso de alguém a qualquer cargo ou emprego público, em razão de sua deficiência; e a negativa ou dificultar o emprego, trabalho ou promoção à pessoa em razão de sua deficiência.

Todavia, o que observamos é baixa empregabilidade das pessoas com deficiência quando comparadas às pessoas sem deficiência, suas menores chances de inserção no mercado formal mesmo com o aumento da escolaridade, presença em ocupações mais precárias e

menores rendimentos. Por outro lado, para a compreensão desses achados, mostrou-se de grande importância a observação de variáveis referentes ao vínculo empregatício e organizacional, entre os celetistas e estatutários, e em empresas de diferentes tamanhos (ALMEIDA; VILELA, 2016; BARON, 1984; BARON; BIELBY, 1980). Sobre o tamanho da empresa, ressaltamos os melhores alcances ocupacionais (exceto para as mulheres sem deficiência) e de renda entre aqueles trabalhadores em empresas maiores (homens e mulheres, com e sem deficiência). Ao considerar o vínculo empregatício, o melhor cenário encontrado pelas pessoas com deficiência estatutárias, quando comparadas às celetistas, reforçando a necessidade de estudos a respeito das diferenças ocupacionais e de renda das pessoas com e sem deficiência que considerem a realidade dos diferentes setores – público e privado (BALDWIN; JOHNSON, 1995; KIDD, M. P.; SLOANE, P.; FERKO, I., 2000). Especificamente em relação ao tamanho da empresa, notamos que as pessoas que estão em empresas maiores, de médio e de grande porte, contam com as maiores rendas preditas, tanto absolutas, quanto relativas. Esta verificação corrobora a necessidade de abordagem de variáveis institucionais sobre a pesquisa sobre a inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

Os resultados encontrados a respeito do efeito positivo do aumento da idade sobre as chances de autorrelato de alguma dificuldade permanente, da diminuição dessas chances devido ao aumento da escolaridade, e dos dados da pesquisa da Rede Sarah de Reabilitação (2017) a respeito da grande proporção de homens com lesão medular devido à acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo e de mulheres, também com essa lesão, causada por violência doméstica, apontam para a necessidade de estudos longitudinais a respeito do início e causas das deficiências, e de suas interfaces com outros marcadores sociais em uma situação de pobreza multidimensional, no processo de escolarização e no acesso ao mercado de trabalho (FILMER, 2008). Mizunoya e Mitra (2013) sublinham a necessidade de se estudar longitudinalmente a empregabilidade em países em desenvolvimento, principalmente por tipo de deficiência e pela idade de seu início, e para além da empregabilidade, pesquisar as ocupações exercidas ou os rendimentos auferidos.

De forma transversal, salientamos a importância de estudos futuros e comparativos sobre os resultados encontrados em relação aos dados do Censo de 2010 com o Censo de 2020. Por meio da análise longitudinal, os dados referentes às bases de dados da RAIS de 2007 e 2015, devem ser complementados e comparados com os dados de anos futuros.

Além disso, a partir dos dados longitudinais da RAIS, também seria possível verificar, além dos efeitos das variáveis independentes sobre variáveis dependentes lineares, como a renda e o status sócio ocupacionais foram utilizados na presente pesquisa, as chances dos indivíduos aumentarem o status de ano para o outro, ou suas chances de sair do percentil da renda. Estas verificações ajudariam a compreender as chances destas mobilidades ao longo dos anos.

Por fim, salientamos que as pesquisas a respeito da deficiência, suas relações com a pobreza e mercado de trabalho, assim como as interseções da deficiência e seus diferentes tipos com outros marcadores sociais ainda é bastante recente. Esperamos com este trabalho ter contribuído para uma melhor compreensão de como esses fenômenos se articulam na realidade brasileira.

9. Referências Bibliográficas

ABBERLEY, P. The concept of oppression and development of a social theory of disability. **Disability, Handicap and Society**, 2, n. 5, p. 5-20, 1987.

ABBERLEY, P. Work, utopia and impairment. *In*: BARTON, L. (Ed.). **Disability and Society: Emerging Issues and Insights**. London: Longman, 1996. p. 61-79.

ABBERLEY, P. The Limits of Classical Social Theory in the Analysis and Transformation of Disablement - (can this really be the end; to be stuck inside of Mobile with the Memphis blues again?). *In*: BARTON, L. e OLIVER, M. (Ed.). **Disability Studies: past, present and future**. Leeds: The Disability Press, 1998.

ABELLAN, A.; RODRÍGUES-LASO, Á.; PUJOL, R.; BARRIOS, L. A higher level of education amplifies the inverse association between income and disability in the Spanish elderly. **Aging Clin Exp Res** 27, n. 6, p. 903-909, 2015.

ACEMOGLU, D.; ANGRIST, J. Consequences of employment protection: the case of The American with Disabilities Act. NBER Working Paper 2008.

AKOTIRENE, C. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2018.

ALAM, J.; BRYANT, W. Access to water and sanitation for people with paraplegia living in rural communities in Bangladesh. **Physiology & Rehabilitation**, n. 3, 2016.

ALKIRE, S.; FOSTER, J. Counting and multidimensional poverty measurement. **Journal of Public Economics**, 95, n. 7, p. 476-487, 2011a.

ALKIRE, S.; FOSTER, J. Understandings and misunderstandings of multidimensional poverty measurement. **The Journal of Economic Inequality**, 9, n. 2, p. 289-314, 2011b.

ALLPORT, G. **The Nature of Prejudice**. Addison-Wesley Pub, 1954.

ALMEIDA, L. A. D. **Qualificação, inserção e ganhos salariais: estudos sobre pessoas com e sem deficiência no mercado formal de trabalho**. 2011. (Mestrado) - Departamento de Sociologia e Antropologia, UFMG.

ALMEIDA, L. A. D.; CARVALHO-FREITAS, M. N.; MARQUES, A. L. Análise comparativa das percepções das pessoas com deficiência em relação à inserção no mercado formal de trabalho. *In*: CARVALHO-FREITAS, M. N. e MARQUES, A. L. (Ed.). **Trabalho e pessoas com deficiência**. Curitiba: Juruá, 2009. p. 55-70.

ALMEIDA, L. A. D.; PEREIRA, L. L. L.; SILVEIRA, L. Cuidado e cuidadoras: o trabalho doméstico das empregadas negras e com deficiência no Brasil. *In: 42º Encontro Nacional da ANPOCS, 2018, Caxambu, MG.*

ALMEIDA, L. A. D.; SILVA, M. F.; DE PAULA, T. S.; VILELA, E. M. *et al.* Educação especial e fluxo escolar: uma análise dos impactos da infra-estrutura de acessibilidade e da formação docente. *In: XVII Encontro Regional da ABRAPSO Minas, 2010, Coronel Fabriciano.*

ALMEIDA, L. A. D.; VILELA, E. M. Diferenciais de rendimentos entre trabalhadores com e sem deficiência: um estudo multinível *In: 40º Encontro Anual da ANPOCS, 2016, Caxambu.* Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/papers-40-encontro/spg-3/spg10-3>.

AMSTRONG, F.; AMSTRONG, D.; BARTON, L. **Inclusive Education: Policy, Contexts and Comparative Perspectives.** London: David Fulton, 2000.

ANDERSON, R.; BURY, M. **Living with chronic illness: the experience of patients and their families.** Londres: Sage, 1988.

ARAÚJO, J. N.; MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLI, R. C. Éthique et alterité: de l'insertion des personnes handicapées dans le marché du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie.* 2: 195-208 p. 2007.

BAILEY, N.; GROCE, N. Water and sanitation issues for persons with disabilities in low and middle income countries: literature review and discussion of implications for global health and international development efforts. **Working Paper Series,** n. 12, 2010.

BALDWIN, M.; JOHNSON, W. G. Labor Market Discrimination Against Men with Disabilities. **The Journal of Human Resources,** XXIX, n. 1, 1994a.

BALDWIN, M.; JOHNSON, W. G. Labor market discrimination against men with disabilities. **Journal of Human Resources,** XXIX, n. 1, p. 1-19, 1994b.

BALDWIN, M.; SCHUMACHER, E. A note on job monility among workers with disabilities. **Industrial Relations,** 41, n. 3, p. 430-441, 2002.

BALDWIN, M. L.; JOHNSON, W. G. Labor Market Discrimination against Women with Disabilities. **Industrial Relations,** 34, n. 4, p. 555-576, 1995.

BALDWIN, M. L.; JOHNSON, W. G. Labor market discrimination against men with disabilities in the year of the ADA. **Southern Economic Journal,** 66, n. 3, p. 548-566, 2000.

BARBOSA, A. J. G. R. D. C. A. P. A. A. Atitudes parentais em relação à educação inclusiva. **Rev. bras. educ. espec.,** 13, n. 3, p. 447-458, 2007.

BARBOSA, L.; DINIZ, D.; SANTOS, W. Diversidade corporal e perícia médica no Benefício de Prestação Continuada. *In: DINIZ, D.;MEDEIROS, M., et al (Ed.). Deficiência e igualdade.* Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2010. p. 43-60.

BARNES, C. Disability Studies: new or not so new directions? **Disability & Society**, 14, n. 4, p. 577-580, 1999.

BARNES, C.; OLIVER, M.; BARTON, L. **Disability studies today.** Cambridge: Policy Press, 2002.

BARON, J. N. Organizational Perspectives on Stratification. **Annual Review of Sociology**, 10, p. 37-69, 1984.

BARON, J. N.; BIELBY, W. T. Bringing the Firms Back in: Stratification, Segmentation, and the Organization of Work. **American Sociological Review**, 45, n. 5, p. 737-765, 1980.

BARRETO, E. **O corpo rebelado: autonomia, cuidado e deficiência física.** 1 ed. Curitiba, Paraná: Appris, 2016.

BARTON, B.; SINGH, G. 'Race', disability and oppression. *In: SWAIN, J.;FRENCH, S., et al (Ed.). Disabling Barriers - Enabling Enviroments:* SAGE, 2004. cap. 17, p. 111-117.

BECKER, G. **The Economics of Discrimination.** Chicago: University of Chicago Press, 1957.

BECKER, K. L. Deficiência, Emprego e Salário no Mercado de Trabalho Brasileiro. **Estudos Econômicos**, 49, n. 1, p. 39-64, 2019.

BERNARDINO-COSTA, J. **Sindicatos das trabalhadoras domésticas no Brasil: teorias de descolonização e saberes subalternos.** 2012. (Doutorado) - Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em:
http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2711/1/2007_JoazeBernardinoCosta.pdf.

BERNARDINO-COSTA, J. Decolonialidade e interseccionalidade emancipadora: a organização política das trabalhadoras domésticas no Brasil. **Soc. estado.**, 30, n. 1, p. 147-163, 04/2015 2015.

BERNIS, F.; PEREIRA, L. L. L.; ALMEIDA, L. A. D. Mobilidade, gênero e deficiência: considerações sobre o espaço urbano. *In: III Congresso de Diversidade Sexual e de Gênero: 2ª Edição Internacional*, 2018, Ouro Preto, Minas Gerais. Initia Via Editora Ltda., Disponível em:
<https://www.initiavia.com/product-page/caderno-de-resumos-do-iii-congresso-de-diversidade-sexual-e-de-g%C3%AAnero>.

BICKENBACH, J. E. The International Classification of Functioning, Disability and Health and its Relationship to Disability Studies. *In: WATSON, N.;ROULSTONE, A., et al (Ed.). Routledge Hanbook of Disability Studies:* Routledge, 2012. cap. 5, p. 51-66.

BIROLI, F. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. 1ª edição ed. São Paulo: 2018.

BLACKWELL-STRATON, M.; BRESLIN, M. L.; MAYERSON, A. B.; BAILEY, S. Smashing Icons: Disabled Women and the Disability Women's Movements. *In*: FINE, M. e ASCH, A. (Ed.). **Women with Disabilities**. Philadelphia: Temple University Press, 1988. p. 306-332.

BLANCK, P.; SCHUR, L.; KRUSE, D.; SCHWOCHAU, S. *et al.* Calibrating the impact of the ADA's employment provisions **Stanford Law and Policy Review**, 2, 14, p. 267-290, 2003.

BOWE, F. **Handcapping America**. New York: Harper & Row, 1978.

BOWLES, S.; GINTIS, H. The problem with Human Capital: a marxian critique. **American Economy Review**, 65, p. 74-82, 1975.

BOWLES, S.; GINTIS, H. Does schooling raise earnings by making people smarter? *In*: ARROW, K.; BOWLES, S., *et al* (Ed.). **Meritocracy and Economy Inequality**. Princeton: Princeton University Press, 2000. p. 118-136.

BRAITHWAITE, J.; MONT, D. Disability and Poverty: a Survey of World Bank Poverty Assessments and Implications. World Bank 2008.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. REPÚBLICA, P. D. 1993.

BRASIL. 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. pp.

BRASIL. Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei no-8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. REPÚBLICA, P. D. Brasília 2007.

BRASIL. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555/2007. Inclusão R. Educ. esp. Brasília. 4: 7-17 p. 2008.

BRASIL. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Brasília, pp.

BRASIL. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. . **REPÚBLICA, P. D.** Brasília 2011.

BRASIL. Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **REPÚBLICA, P. D.** Brasília 2012.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 1, de 27 de janeiro de 2014. Aprova o instrumento destinado à avaliação do segurado da Previdência Social e à identificação dos graus de deficiência, bem como define impedimento de longo prazo, para os efeitos do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. **HUMANOS, S. D. D.** Brasília 2014a.

BRASIL. Índice de vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial. **SECRETARIA-GERAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA NACIONAL DE JUVENTUDE, M. D. J. E. F. B. D. S. P.** Brasília: Presidência da República 2014b.

BRASIL. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, pp.

BRASIL. Lei nº 13.409, de 28 de dezembro de 2016. Altera a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, para dispor sobre a reserva de vagas para pessoas com deficiência nos cursos técnico de nível médio e superior das instituições federais de ensino. **REPÚBLICA, P. D.** Brasília 2016.

BRASIL. Decreto nº 9.508, de 24 de setembro de 2018. Reserva às pessoas com deficiência percentual de cargos e de empregos públicos ofertados em concursos públicos e em processos seletivos no âmbito da administração pública federal direta e indireta. pp.

BRITES, J. G. Trabalho doméstico: questões, leituras e políticas. **Cadernos de Pesquisa**, 43, n. 149, p. 422-451, 2013-11-18 2013. Tema em Destaque.

BROITMAN, D. Marcelo Yuka no caminho das setas. Brasil 2012.

BRUMER, A.; PAVEI, K.; MOCELIN, D. G. Saindo da "escuridão": perspectivas da inclusão social, econômica, cultural e política dos portadores de deficiência visual em Porto Alegre. ano 6, n. 11, p. 300-327, 2004.

BRUSCHINI, C. O Trabalho da Mulher Brasileira nas Décadas Recentes. **Revista Estudos Feministas**, n. Especial, 2010-11-05 1994. Mercado de Trabalho e Discriminação Sexista.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 110, p. 67-104, 2000.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. Mulheres e homens no mercado de trabalho brasileiro: um retrato dos anos 1990. *In*: MARUANI, M. e HIRATA, H. (Ed.). **As novas fronteiras da**

desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo: Senac Editora, 2003. p. 323-356.

BURCHARDT, T. Aiming high: the educational and occupational aspirations and of young disabled people. **Support for Learning**, 19, n. 4, p. 181-186, 2004.

BURKHAUSER, R. V.; HOUTENVILLE, A. J. A Guide to Disability Statistics

from the Current Population Survey

- Annual Social and Economic

Supplement (March CPS). CENTER, R. R. A. T. e STATISTICS, O. D. D. A.: Cornell University 2006.

BURY, M. The ICIDH: A review of research and prospects. **International Disability Studies**, 9, n. 3, p. 118-122, 1987.

BURY, M. The sociological of chronic illness: a review of research and prospects. **Sociology of Health and Illness**, 13, n. 4, p. 167-182, 1991.

BURY, M. Defining and researching disability: challenges and responses. *In*: BARNES, C. e MERCER, G. (Ed.). **Exploring the divide**. Leeds: The Disability Press, 1996. cap. 2, p. 18-38.

BURY, M. **Health and Illness in a Changing Society**. Londres: Routledge, 1997.

BUTLER, J. **Bodies that Matter: on the Discursive Limits of Sex**. New York: Routledge, 1993.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero: Feminismo e Subversão da Identidade**. Tradução AGUIAR, R. 13ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

BUTLER, J. **Corpos em aliança e a política das ruas: Notas para uma teoria performativa de assembleia**. Tradução MIGUENS, F. S. 1ª edição ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BUTLER, J.; TAYLOR, S. **Examined Life**. p. Judith Butler and Sunaura Taylor went for a walk and engaged in a terrific conversation about disability as not merely some physical status but largely a social status, and that is also true for so called "able-bodied" persons., 2010. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=k0HZaPkF6qE&t=33s>. Acesso em: 24/11.

BYRNES, J. F.; MULLER, J. L. **Bioarchaeology of Impairment and Disability: Theoretical, Ethnohistorical, and Methodological Perspectives**. Switzerland: Springer International Publishing, 2017.

BÊ, A. Feminism and Disability: A Cartography of Multiplicity. *In*: WATSON, N.; ROULESTONE, A., *et al* (Ed.). **Routledge Handbook of Disabilities Studies**. London: Routledge, 2012. p. 12-29.

CANÇADO, M. A. P. A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho: análise e avaliação do posto SINE/CAADE/MG. *In*: IV Seminário Internacional Sociedade Inclusiva, 2006, Belo Horizonte.

CARNEIRO, R.; RIBEIRO, M. A. A inclusão indesejada: as empresas brasileiras face à lei de cotas para pessoas com deficiência, 2008, Rio de Janeiro. XXXII Encontro da ANPAD.

CARNEIRO, R.; SOUZA, J. M. D. O fenômeno das pessoas com deficiência na Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH: considerações acerca de suas dimensões sócio-espaciais e políticas. *In*: 30º Encontro Anual da Anpocs, 2006, Anais do 30º Encontro Anual da Anpocs.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estud. av.**, 17, n. 49, p. 117-133, 12/2003 2003.

CARVALHO, A. S. D.; SANTOS, B. G. D.; PRAGA, M. P. A mobilidade humana como prática coletiva. *In*: MORAES, M.; MARTINS, B. S., *et al* (Ed.). **Deficiência em questão: para uma crise da normalidade**. Rio de Janeiro: NAU Editora., 2017. cap. 3.

CARVALHO-FREITAS, M. N. **A inserção de pessoas com deficiência em empresas brasileiras - um estudo sobre as relações entre concepções de deficiência, condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho**. 2007. (Doutorado) - CEPEAD, UFMG, Belo Horizonte.

CASTRO, S. S.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; BARROS, M. B. A. *et al*. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência de fatores associados em estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**, 8, 24, p. 1773-1782, 2008.

CERQUEIRA, D.; LIMA, R. S. D.; BUENO, S.; VALENCIA, L. I. *et al*. Atlas da Violência no Brasil. PÚBLICA, I. F. B. D. S. Rio de Janeiro 2017.

CERQUEIRA, D.; MOURA, R. L. D. O Efeito das Oportunidades no Mercado de Trabalho sobre as Taxas de Homicídios no Brasil. *In*: ANPEC, 2015, Disponível em: https://www.anpec.org.br/encontro/2015/submissao/files_I/i12-0ce869e09e6385120c0146e239bb5bf8.pdf.

CHARLES, M.; GRUSKY, D. B. **Occupational Guettos: The Worldwide Segregation of Women and Men**. Stanford: Stanford University Press, 2004.

COLLINS, R. Functional and conflict theories of education stratification. *In*: KARABEL, J. e HALSEY, A. H. (Ed.). **Power and ideology in education**. New York: Oxford University Press, 1977.

COLLINS, R. **An historical sociology of education and stratification**. New York: Academic Press, 1979.

COSTILLA, H. G.; NERI, M. C.; CARVALHO, A. P. D. Política de Cotas e inclusão trabalhista das pessoas com deficiência. *Ensaio Econômico*. Rio de Janeiro: FGV, EPGE 2002.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, 10, n. 1, p. 171-188, 01/2002 2002.

CROW, L. Including all of our lives: renewing the social model of disability. *In*: BARNES, C. e MERCER, G. (Ed.). **Exploring the Divide: Illness and Disability**. Leeds: Disability Press, 1996. p. 55-73.

DALAL, A. K. Disability-Poverty Nexus: Psycho-Social Impediments to Participatory Development. **Psychology and Developing Societies**, 22, n. 2, p. 409-437, 2010.

DAVIS, K.; MOORE, W. E. SOME PRINCIPLES OF STRATIFICATION. **American Sociological Review**, 10, n. 2, p. 242-249, 1945. Article.

DEEGAN, M. J.; BROOKS, N. A. **Women and Disability: The Double Handicap**. Transaction Books, 1985.

DELEIRE, T. Changes in Wage Discrimination Against People With Disabilities: 1984-93. **Journal of Human Resources**, 36, n. 1, p. 144-158, Winter2001 2001. Article.

DIGGLE, P. J.; HEAGERTY, P.; LIANG, K.-L.; ZEGER, S. L. **Analysis of Longitudinal Data**. Second ed. UK: Oxford University Press, 2013.

DINIZ, D. **O que é deficiência?** Editora Brasiliense, 2007.

DINIZ, D. **Zica em Alagoas: a urgência dos direitos**. Brasília: LetrasLivres, 2017.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. Deficiência, direitos humanos e justiça. *In*: DINIZ, D. e SANTOS, W. (Ed.). **Deficiência e Discriminação**. Brasília: Letras Livres: EdUnb, 2010. p. 97-116.

DINIZ, F. R. A.; OLIVEIRA, A. A. D. Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. **Scientia**, 2, n. 3, p. 143-158, 2013.

DOERINGER, P.; PIORE, M. **Internal Labor Markets and Manpower Analysis**. Lixington, Massachusetts: Health, 1971.

DOMZAL, C.; HOUTENVILLE, A.; SHARMA, R. Survey of Employer Perspectives on the Employment of People with Disabilities: Technical Report. Prepared under contract to the Office of Disability and Employment Policy, U.S. Department of Labor. McLean: CESSI 2008.

DOSSA, P. Racialized bodies, disabling worlds "they [service providers] always saw me as a client, not as a worker". **Social Science & Medicine**, 60, p. 2527-2536, 2005.

DOSSA, P. Disability, marginality and the nation-state - negotiating social markers of difference: Fahimeh's story. **Disability & Society**, 21, n. 4, p. 345-358, 2006.

DOSSA, P. Creating alternative and demedicalized spaces: testimonial narrative on disability, culture, and racialization. **Journal of International Women's Studies**, 9, n. 3, p. 79-98, 2008.

DREEBEN, C. **On what is learned on school**. Massachusetts: Addison-Wesley, 1968.

DRIEDGER, D. **The Last Civil Rights Movement - Disabled People's International**. Londres: C. Hurst & Co, 1989.

DUBOIS, J.-L.; TRANI, J.-F. Extending the capability paradigm to address the complexity of disability. **Alter - European Journal of Disability research, Revue européen de recherche sur le handicap**, 3, n. 3, p. 192-218, 2009.

DURKHEIM, É. **As regras do método sociológico**. 3ª ed. São Paulo: 2007.

DÍAZ RUIZ, A.; SÁNCHEZ DURÁN, N.; PALÁ, A. An analysis of the intentions of a Chilean disability policy through the lens of the capability approach **Journal of Human Development and Capabilities**, 6, n. 4, p. 483-500, 2015.

EIDE, A. H.; NHIWATHIWA, S.; MUDEREDZI, J.; LOEB, E. M. Living conditions among people with activity limitations in Zimbabwe. A representative regional survey. SINTEF 2003.

ENGLAND, P. **Comparable Worth. Theories and Evidence**. New York: Aldine de Gruyter, 1992.

FAHEL, M.; TELES, L. R.; CAMINHAS, D. A.; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, B. H., BRASIL *et al.* Para além da renda: uma análise da pobreza multidimensional no Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc.**, 31, n. 92, 00/2016 2016.

FELICÍSSIMO, M. F.; FRICHE, A. A. D. L.; ANDRADE, A. C. D. S.; ANDRADE, R. G. *et al.* Prevalência e fatores associados ao autorrelato de deficiência: uma comparação por sexo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 20, n. 1, p. 147-160, 03/2017 2017.

FELICÍSSIMO, M. F.; FRICHE, A. A. D. L.; XAVIER, C. C.; PROIETTI, F. A. *et al.* Posição Socioeconômica e deficiência: "Estudo Saúde em Belo Horizonte, Brasil". **Ciênc. saúde coletiva**, 22, n. 11, p. 3547-3556, 11/2017 2017.

FERNANDES, D. C. Estratificação educacional, origem socioeconômica e raça no Brasil: as barreiras da cor. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada): 23-72 p. 2004.

FERNANDES, D. C.; NEVES, J. A.; HALLER, A. Credencialismo, correspondência ou capital humano? Como a escolaridade afeta a determinação de cargos e salários de trabalhadores da indústria de transformação no Brasil. *Estudos Avançados em Administração*. 7: 1033-1048 p. 1999.

FERNANDES, F. **A integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo: 2008, 2008.

FIGUEIREDO SANTOS, J. A. Classe social e desigualdade de gênero no Brasil. *Dados - Revista de Ciências Sociais*. 51: 353-402 p. 2008.

FILMER, D. Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 Household Surveys. **The World Bank Economic Review**, 22, n. 1, p. 141-163, 2008.

FINE, M.; ASCH, A. **Women with disabilities**. Philadelphia: Temple University Press, 1988.

FINKELSTEIN, V. **Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion**,. New York: World Rehabilitation Fund 1980.

FIRPO, S.; FORTIN, N.; LEMIEUX, T. Decomposing Wage Distributions using Recentered Influence Function Regressions. Working Paper 2007.

FOUCAULT, M. **Power/Knowledge: Selected Interviews and Others Writings (1972-1977)**. Brighton: Harvester Press, 1980.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. 7ª ed. Paz e Terra, 2014.

FRAGA, A. B. **Da empregada a diarista: as novas configurações do trabalho doméstico remunerado**. Rio de Janeiro: Multifoco, 2013.

FRANZOI, A. C.; XEREZ, D. R.; BLANCO, M.; AMARAL, T. *et al.* Etapas da elaboração do Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br. **Acta Fisiátrica**, 3, 20, p. 164-178, 2013.

FREIDSON, E. **The Profession of Medicine**. Nova Iorque: Dodd-Mead, 1970.

GALVIN, R. A genealogy of the disabled identity in relation to work and sexuality. *Disability & Society*. 21: 13 p. 2006.

- GANNON, B. A dynamic analysis of disability and labour force participation in Ireland 1995–2000. **Health Economics**, 14, n. 9, p. 925-938, 2005.
- GANZEBOOM, H. B. G.; DE GRAFF, P. M.; TREIMAN, D. J. A standard international socio-economic index of occupational status **Social Science Research**, 21, n. 1, 1992.
- GARCIA, V. G.; MAIA, A. G. Características da participação das pessoas com deficiência e/ou limitação funcional no mercado de trabalho brasileiro. **Rev. bras. estud. popul.**, 31, n. 2, p. 395-418, 12/2014 2014.
- GARLAND THOMSON, R. Extraordinary bodies: figuring physical disability in American. *In*. Nova Iorque: Columbia University Press, 1997.
- GARLAND-THOMSON, R. Integrating Disability, Transforming Feminist Theory. *In*: HALL, K. Q. (Ed.). **Feminist disability studies**. United States: Indiana University Press, 2011. cap. 1, p. 13-47.
- GERHARDT, U. **Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology**. 1989.
- GERSCHICK, T. J. Toward a Theory of Disability and Gender. **Signs**, 25, n. 4, p. 1263-1268, 2000.
- GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4ª edição ed. 1988.
- GOFFMAN, I. **Estigma: notas sobre a identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GOODLEY, D. **Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction**. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE, 2011.
- GOODLEY, D.; HUGHES, B.; DAVIS, L. **Disability and Social Theory: New Developments and Directions**. UK: Palgrave Macmillan, 2012.
- GOODLEY, D.; LAWTHOM, R.; LIDDIARD, K.; RUNSWICK-COLE, K. Provocations for Critical Disability Studies. **Disability & Society**, 34, n. 6, 2019.
- GRANOVETTER, M. Toward a sociological theory of income differences. *In*: BERG, I. (Ed.). **Sociological Perspectives on Labor Markets**. New York: Academic Press, 1981. cap. 2, p. 11-46.
- GROCE, N.; BAILEY, N.; LANG, R.; TRANI, J. F. *et al.* Water and sanitation issues for persons with disabilities in low and middle-income countries: a literature review and discussion

of implications for global health and international development. **Journal of Water and Health**, 09, n. 4, p. 617-627, 2011.

GROCE, N.; KETT, M.; LANG, R.; TRANI, J.-F. Disability and Poverty: the need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice. **Third World Quarterly**, 32, n. 8, p. 1493-1513, 2011.

GROCE, N. E. Disability, poverty, human rights and the need for accurate data to promote action. **Alter - European Journal of Disability research, Revue européen de recherche sur le handicap**, 3, n. 3, p. 185-187, 2009.

GROCE, N. E.; BAKSHI, P. Illiteracy among Adults with Disabilities in the Developing World: An Unexplored Area of Concern. University College London Leonard Cheshire Centre for Disability and Inclusive 2009.

GUIMARÃES, N. A. Os desafios da equidade: reestruturação e desigualdade de gênero e raça no Brasil. **Cadernos Pagu**, 17, n. 18, p. 237-266, 2002.

GUIMARÃES, N. A. O destino dos demitidos: a contribuição das análises longitudinais ao estudo das mudanças no trabalho no Brasil. *In*: GUIMARÃES, N. A. (Ed.). **Caminhos Cruzados: estratégias de empresas e trajetórias de trabalhadores**. São Paulo, USP: Editora 34, 2004. cap. 6, p. 237-278.

GUIMARÃES, R. Gênero e deficiência: um estudo sobre relações de cuidado. *In*: DINIZ, D. e SANTOS, W. (Ed.). **Deficiência e Discriminação**. Brasília: Letras Livres. Editora UnB, 2010. p. 197-228.

HAHN, H. Paternalism and Public Policy. **Society** 20, March-April, p. 36-47, 1983.

HAHN, H. Advertising the Acceptably Employable Image: Disability and Capitalism. **Policy Studies Journal**, 15, n. March, p. 551-570, 1987.

HANASS-HANCOCK, J.; MCKENZIE, T. C. People with disabilities and income-related social protection measures in South Africa: Where is the gap? **African Journal of Disability**, 6, p. e1-e11, 2017.

HANASS-HANCOCK, J.; NENE, S.; DEGHAJE, N.; PILLAY, S. 'These are not luxuries, it is essential for access to life': Disability related out-of-pocket costs as a driver of economic vulnerability in South Africa. **African journal of disability**, 6, n. 0, p. 280, 2017.

HANNAH, K.; ADRIENNE MONTEATH-VAN, D.; KEVIN, W.; LISA, D. *et al.* The impact of disability on the lives of children; cross-sectional data including 8,900 children with disabilities and 898,834 children without disabilities across 30 countries. **PLoS ONE**, 9, n. 9, p. e107300, 2014.

HANNAN, M. Accessible handpumps and sanitary latrines by and for disabled people in Bangladesh *In: 31st WEDC International Conference 2005, Kampala, Uganda.*

HARA, B. Twice penalized: employment discrimination against women with disabilities.(statistical data included). **Journal of Disability Policy Studies**, 15, n. 1, p. 27, 2004.

HARPUR, P. Combating Prejudice in the Workplace with Contact Theory: The Lived Experiences of Professionals with Disabilities. **Disability Studies Quarterly**, 34, n. 1, 2014.

HASENBALG, C. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HECKMAN, J. J. Sample Selection Bias as a Specification Error. *Econometrica*, 47, n. I, p. 8, 1979.

HELAL, D. H. Empregabilidade no Brasil: padrões e tendências. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/_premio_ipeacaixa2005/mono_diogohenrique.pdf.

HERD, P.; GOESLING, B.; HOUSE, J. S. Socioeconomic position and health: the differential effects of education versus income on the onset versus progression of health problems. **J Health Soc Behav**, 48, n. 3, p. 223-238, 2007.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade. **Tempo Social, revista de Sociologia da USP**, 26, n. 1, p. 61-73, 2014-09-26 2014. Dossiê - Trabalho e Gênero : Controvérsias.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cad. Pesqui.**, 37, n. 132, p. 595-609, 12/2007 2007.

HOCHSCHILD, A. R. Amor e Ouro. **Textos Didáticos - Desafios do cuidado: gênero, velhice e deficiência**, n. 66, 2017.

HOLLAND, M.; XAVIER, C. L. DINÂMICA E COMPETITIVIDADE SETORIAL DAS EXPORTAÇÕES BRASILEIRAS: UMA ANÁLISE DE PAINEL PARA O PERÍODO RECENTE. ANPEC - Associação Nacional dos Centros de Pósgraduação em Economia [Brazilian Association of Graduate Programs in Economics]. 01-1998 2004.

HOOGEVEEN, J. G. Measuring Welfare for Small but Vulnerable Groups: Poverty and Disability in Uganda. **Journal of African Economies**, 14, n. 4, p. 603-631, 2005.

HUGHES, B. Disability and the Body. *In: SWAIN, J.;FRENCH, S., et al (Ed.). **Disabling Barriers - Enabling Enviroments**. 2ª ed.: SAGE, 2004. cap. 9, p. 63-68.*

HUGHES, B. Wounded/Monstrous/Abject: A Critique of the Disabled Body in Sociological Imaginary. **Disability & Society**, 24, n. 4, p. 399-410, 2009.

HUGHES, B.; MCKIE, L.; HOPKINS, D.; WATSON, N. Trabalhos de amor perdidos? Feminismos, Movimento de Pessoas com Deficiência e ética do cuidado. **Textos Didáticos - Desafios do cuidado: gênero, velhice e deficiência**, n. 66, 2017.

HUGHES, B.; PATERSON, K. The Social Model of Disability and the Disappearing Body: towards a sociology of impairment. **Disability & Society**, 12, n. 3, p. 325-340, 1997. Article.

HUNT, C. S.; HUNT, B. Changing Attitudes Toward People with Disabilities: Experimenting with an Educational Intervention. **Journal of Managerial Issues**, 16, n. 2, p. 266-280, 2004.

HUNT, J. Classic Review. **Disability & Society**, 22, n. 7, p. 795-799, 2007.

HUNT, P. **Stigma: the experience of disability**. London: Geoffrey Chapman, 1966.

IBGE. Censo Demográfico 2010: Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, O. E. G. Rio de Janeiro: 215 p. 2010.

IBGE. Metodologia do Censo Demográfico 2010. ESTATÍSTICA, I. B. D. G. E. 2016.

IBGE. Nota Técnica 01/2018: Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. PESQUISAS, D. D. 2018.

IMRIE, R. Disability and discourses of mobility and movement. **Environment and Planning**, 32, p. 1641-1656, 2000.

IMRIE, R. Disabling Environments and the Geography of Access Policies and Practices. **Disability & Society**, 15, n. 1, p. 5-24, 2000a.

IMRIE, R. Responding to the Design Needs of Disabled People. **Journal of Urban Design**, 5, n. 2, p. 199-219, 2000b.

IMRIE, R.; KUMAR, M. Focusing on Disability and Access in the Built Environment. **Disability & Society**, 13, n. 3, p. 357-374, 1998.

IMRIE, R.; THOMAS, H. The interrelationships between environment and disability. **Local Environment**, 13, n. 6, p. 477-483, 2008.

IMRIE, R. F. **Disability and the city: international perspectives**. Londres: Paul Chapman Publishing, 1996.

JENKINS, S. P.; RIGG, J. A. Disability and Disadvantage: Selection, Onset, and Duration Effects. **Journal of Social Policy**, 33, n. 3, p. 479-501, 2004.

JILL, H.-H.; TAMLYN, C. M. People with disabilities and income-related social protection measures in South Africa: Where is the gap? **African Journal of Disability**, 6, p. e1-e11, 2017.

JOHNSON, W. G.; LAMBRINOS, J. Wage Discrimination against Handicapped Men and Women. **The Journal of Human Resources**, 20, n. 2, p. 264-277, 1985.

JOLLY, D. A critical evaluation of the contradictions for disabled workers arising from the emergence of the flexible labour market in Britain. **Disability and Society**, 15, n. 5, p. 795-810, 2000.

JONES, H. E.; REED, R. A. Water and sanitation access and use by physical disable people. Leicestershire: WEDC, and Loughborough University 2004.

JONES, H. E.; REED, R. A.; BEVAN, J. E. Water and sanitation for the disabled in low-income countries **Municipal Engineer**, 156, n. 2, 2003.

JONES, K. M. Disability and the labour market: a review of the empirical evidence. **WELMERC Discussion Paper Series**, 2005-04, 2005.

JONES, M. Disability, education and training. *Economic & Labour Market Review*. 4: 32-37 p. 2010.

JONES, M. K. Is there employment discrimination against the disabled? **Economics Letters**, 92, n. 1, p. 32-37, 2006.

JONES, M. K. Disability and the labour market: a review of the empirical evidence. **Journal of Economic Studies**, 35, n. 5, p. 405-424, 2008.

JONES, M. K. Disability, employment and earnings: an examination of heterogeneity. **Applied Economics**, 43, n. 8, p. 1001-1017, 2011/03/01 2011.

JONES, M. K.; LATREILLE, P. L.; SLOANE, P. J. Disability, gender and the labour market in Wales. **Regional Studies**, 40, n. 8, p. 823-845, 2006.

JONES, M. K.; LATREILLE, P. L.; SLOANE, P. J. Disability, gender, and the British labour market. **Oxford Economic Papers**, 58, n. 3, p. 407-449, 2006.

KELLEHER, D.; LEAVEY, G. **Identity and Health**. Londres: Routledge.

KELLY, M.; FIELD, D. Medical Sociology, chronic illness and the body. **Sociology of Health and Illness**, 18, n. 2, p. 241-257, 1996.

KIDD, M. P.; SLOANE, P.; FERKO, I. Disability and the labour market: an analysis of British males. **Journal Of Health Economics**, 19, n. 6, p. 961-981, 2000.

KIDD, M. P.; SLOANE, P. J.; FERKO, I. Disability and the labour market: an analysis of British males. **Journal of Health Economics**, 19, n. 6, p. 961-981, 2000.

KITTAY, E. **Love's Labor: essays on women, equality, and dependency**. New York: Routledge, 1999.

KLIJS, B.; NUSSELDER, W. J.; LOOMAN, C. W.; MACKENBACH, J. P. Educational disparities in the burden of disability: contributions of disease prevalence and disabling impact. **Am J Public Health**, 104, n. 8, 2014.

KRUSE, D.; SCHUR, L. Employment of People with Disabilities Following the ADA. **Industrial Relations: A Journal of Economy and Society**, 42, n. 1, p. 31-66, 2003.

KUPER, H.; DOK, A. M.-V.; WING, K.; DANQUAH, L. *et al.* The impact of disability on the lives of children; cross-sectional data including 8,900 children with disabilities and 898,834 children without disabilities across 30 countries. **PLoS ONE**, 9, n. 9, p. e107300, 2014.

KWAN, M.-P. Gender differences in space-time constrains. **Area**, 2, 32, 1999.

LIMA, R. Mercado de trabalho: o capital humano e a teoria da segmentação. **Pesq. Plan. Econ.** 10: 217-272 p. 1980.

LIMA, S. S. C.; CARVALHO-FREITAS, M. N. D.; SANTOS, L. M. M. Repercussões psicossociais da acessibilidade urbana para as pessoas com deficiência física = Psychosocial impacts of urban accessibility for people with physical disabilities. **Psico**, 44, n. 3, p. 362-371, 2013.

LIN, N. **Social capital: a theory of social structure and action**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

LOEB, M.; EIDE, A. H. Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi. A National Representative Study. SINTEF 2004.

LOMBARDI, D. S.; NASCIMENTO, M. I. M. Navegando pela história da educação brasileira. Campinas: UNICAMP 2006.

- LONGHI, S.; NICOLETTI, C.; PLATT, L. Interpreting Wage Gaps of Disabled Men: The Roles of Productivity and of Discrimination. <http://dx.doi.org/10.4284/0038-4038-78.3.931>, 2012-02-07 2012a. research-article.
- LONGHI, S.; NICOLETTI, C.; PLATT, L. Interpreting wage gaps of disabled men: the roles of productivity and of discrimination. **Southern Economic Journal**, 78, n. 3, p. 931, 2012b.
- LOPREST, P.; MAAG, E. The relationship between early disability onset and education and employment. **Journal of Vocational Rehabilitation**, 26, n. 1, p. 49-62, 2007.
- MARICATO, E. A bomba relógio das cidades brasileiras. **Revista Democracia Viva**, 11, 2001.
- MARIN, S. R.; GLASENAPP, S.; DE ALMEIDA VIEIRA, C.; DINIZ, G. M. *et al.* POBREZA MULTIDIMENSIONAL EM SILVEIRA MARTINS/RS: UMA APLICAÇÃO DO MÉTODO ALKIRE-FOSTER (AF). **Brazilian Journal of Management / Revista de Administração da UFSC**, 11, n. 2, p. 247-267, 2018. Article.
- MAROTO, M.; PETTINICCHIO, D. Disability, structural inequality, and work: The influence of occupational segregation on earnings for people with different disabilities. **Research in Social Stratification and Mobility**, 38, p. 76-92, 12// 2014.
- MAROTO, M.; PETTINICCHIO, D.; PATTERSON, A. C. Hierarchies of Categorical Disadvantage: Economic Insecurity at the Intersection of Disability, Gender, and Race. **Gender & Society**, September, 2018.
- MARTINS, B. S. A reinvenção da deficiência: novas metáforas na natureza dos corpos. **Fractal: Revista de Psicologia**, 27, n. 3, p. 264-271, 2015.
- MARTINS, B. S.; FONTES, F.; HESPANHA, P.; BERG, A. Investigação emancipatória da deficiência em Portugal: desafios e reflexões. In: MORAES, M.; MARTINS, B. S., *et al.* (Ed.). **Deficiência em questão: para uma crise da normalidade**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2018. cap. 2, (Série Diversidade).
- MAYORGA, C.; COURA, A.; MIRALLES, N.; CUNHA, V. M. **Estudos Feministas**, 21, n. 2, p. 463-484, 2013.
- MCRUER, R. **Crip Theory: cultural signs of queerness and disability**. New York and London: New York University Press, 2006.
- MECHANIC, D. The concept of illness behaviour. **Journal of Chronic Disease**, 15, p. 53-63, 1962.
- MEDEIROS, M.; BARROS, F. G.; NETO, M. S. Conceito de Família do Benefício de Prestação Continuada. In: MEDEIROS, M. e BARBOSA, L. (Ed.). **Deficiência e Igualdade**. Brasília: LetrasLivres. Editora UnB., 2010. p. 111-130.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; BARBOSA, L. Deficiência e Igualdade: o Desafio da Proteção Social. *In*: MEDEIROS, M. D., DEBORA. e BARBOSA, L. (Ed.). **Deficiência e Igualdade**. Brasília: Letras Livres Editora UnB, 2010. p. 11-20.

MEDEIROS, M.; NETO, M. S.; BARROS, F. G. Distribuição do Benefício de Prestação Continuada. *In*: MEDEIROS, M. e BARBOSA, L. (Ed.). **Deficiência e Igualdade**. Brasília: Letras Livres. Editora UnB., 2010. p. 83-110.

MELLO, A. G. D. **Gênero, deficiência, cuidado e capacitismo: uma análise antropológica de experiências narrativas e observações sobre mulheres com deficiência**. 2014a. (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFSC, Florianópolis.

MELLO, A. G. D. **Gênero, deficiência, cuidado e capacitismo: uma análise antropológica de experiências narrativas e observações sobre mulheres com deficiência**. 2014b. (Mestra) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFSC, Florianópolis.

MELLO, A. G. D.; NUERNBERG, A. H. Genero e deficiencia: interseções e perspectivas. **Revista Estudo Feministas**, 20, n. 3, p. 635, 2012.

MELO, F. R. L. V. D. A. M. L. D. A. R. Acolhendo e atuando com alunos que apresentam paralisia cerebral na classe regular: a organização da escola. **Rev. bras. educ. espec.**, 13, n. 1, p. 111-130, 2007.

MELZER, D.; PARAHYBA, M. Socio-demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: results of the first national survey. **Age And Ageing**, 33, n. 3, p. 253-259, 2004.

MISKOLCI, R. Estranhando as Ciências Sociais: Notas Introdutórias sobre Teoria Queer. **Revista Florestan**, 1, n. 2, 2014.

MITRA, S. The Capability Approach and Disability. **Journal of Disability Policy Studies**, 16, n. 4, p. 236-247, 2006.

MITRA, S. **Disability, Health and Human Development**. Cham: Cham: Palgrave Macmillan, 2017.

MITRA, S.; POSARAC, A.; VICK, B. Disability and Poverty in Developing Countries: A Multidimensional Study. **World Development**, 41, n. 1, p. 1-18, 2013.

MITRA, S.; SAMBAMOORTHY, U. Disability and the Rural Labor Market in India: Evidence for Males in Tamil Nadu. **World Development**, 36, n. 5, p. 934-952, 2008.

MIZUNOYA, S.; MITRA, S. Is There a Disability Gap in Employment Rates in Developing Countries? **World Development**, 42, n. 1, p. 28-43, 2013.

MIZUNOYA, S.; MITRA, S.; YAMASAKI, I. Disability and school attendance in 15 low- and middle-income countries. **World Development**, 104, p. 388-403, 2018.

MORRIS, J. **Able Lives, Women's Experiences of Paralysis**. Londres: The Women's Press, 1989.

MORRIS, J. **Pride Against Prejudice**. Londres: The Women's Press, 1991.

MORRIS, J. Personal and political: a feminist perspective on researching physical disability. **Disability, Handicap and Society**, 7, n. 1992, p. 157-166, 0

0, 1992 1992.

MORRIS, J. Feminism and Disability. **Feminist Review**, n. 43, p. 57-70, 1993.

MORRIS, J. **Encounters with Strangers: Feminism and Disability**. Londres: Women's Press, 1996.

MORRIS, J. Impairment and Disability: Constructing an Ethics of Care That Promotes Human Rights. **Hypatia**, 16, n. 4, p. 1-16, 2001.

MTE. Nota Técnica MTE 073/07. EMPREGO, M. D. T. E. Brasília 2007.

MTE. Boletim de Indicadores do Mercado de Trabalho - Pessoas com Deficiência Nº. 03. Brasília 2010.

MTE.; SIT.; DEFIT. **A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho**. Brasília: 2007.

MUTANGA, O.; WALKER, M. Towards a disability-inclusive higher-education policy through the capabilities approach **Journal of Human Development and Capabilities** 6, n. 4, p. 501-517, 2015.

NAGI, S. Z. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. *In*: NUSSBAUM, M. B. (Ed.). **Sociology and rehabilitation**. Washington, DC: American Sociology Association, 1965. p. 100-113.

NAGI, S. Z. Disability concepts revisited: Implications for prevention. *In*: POPE, A. M. e TARLOV, A. R. (Ed.). **Disability in America: Toward a national agenda of prevention**. Washington, DC: National Academy Press, 1991. p. 309-327.

NUSSBAUM, M. Capacidades e Justiça Social. *In*: DINIZ, D.;MEDEIROS, M., *et al* (Ed.). **Deficiência e Igualdade**. Brasília: UnB: LetrasLivres, 2010. p. 19-40.

NUSSBAUM, M. C. **Fronteiras da justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento à espécie.** Tradução CASTRO, S. D. São Paulo: 2013.

OAXACA, R. Male-Female Wage Differentials in Urban Labor Markets. **International Economic Review**, 14, n. 3, p. 693-709, 1973.

OAXACA, R. L.; RANSOM, M. On discrimination and the decomposition of wage differentials. **Journal of Econometrics**, 61, p. 5-21, 1994.

OLIVEIRA, I. C. **A teoria dual de mercados de trabalho e a determinação de salários na indústria de Pernambuco.** 1983. (Mestrado) - Departamento de Economia, UnB, Brasília.

OLIVEIRA, M. A. D.; GOULART JÚNIOR, E.; FERNANDES, J. M. Pessoas com deficiência no mercado de trabalho: considerações sobre políticas públicas nos Estados Unidos, União Européia e Brasil. *Marília: Rev. Bras. Ed. Esp.* 15: 219-232 p. 2009.

OLIVER, M. **The Politics of Disablement.** Londres: 1990.

OLIVER, M. **Understanding Disability: From Theory to Practice.** Londres: Macmillan, 1996.

OLIVER, M.; BARNES, C. **Disabled People and Social Policy: from exclusion to inclusion.** Londres: 1998.

OTTONELLI, J.; MARIANO, J. L. Multidimensional poverty in the cities of the Northeast Region in Brazil/ Pobreza multidimensional nos municípios da Região Nordeste/ Pobreza multidimensional en las ciudades de la Región Nordeste. **Revista de Administração Pública-RAP**, 48, n. 5, p. 1253, 2014.

PALMER, M. G.; THUY, N. T. M.; QUYEN, Q. T. N.; DUY, D. S. *et al.* Disability measures as an indicator of poverty: A case study from Viet Nam. **Journal of International Development**, 24, n. supplement S1, p. S53-S68, 2012.

PARSONS, T. Illness and the Role of the Physician. **American Journal of Orthopsychiatry**, 21, p. 452-460, 1951a.

PARSONS, T. **The social system.** New York: Free Press, 1951b. 423 p.

PARSONS, T. **El Sistema Social.** Madrid: Revista de Occidente, 1966. 569 p.

PATERSON, K.; HUGHES, B. Disability Studies and Phenomenology: The carnal politics of everyday life. **Disability & Society**, 14, n. 5, p. 597-610, 1999.

PATERSON, K.; HUGHES, B. Disabled bodies. *In*: HANCOCK, P.; HUGHES, B., *et al* (Ed.). **The**

body, culture and society: an introduction. Buckingham, <st1:city w:st="on"><st1:place w:st="on">Philadelphia: Open University Press, 2000.

PETTINICCHIO, D.; MAROTO, M. Employment Outcomes Among Men and Women with Disabilities: How the Interseccion of Gender and Disability Status Shapes Labor Market Inequality. *In*: **Factors in Studying Employment for Persons with Disability**: Emerald Publication, 2017. cap. 1, p. 3-33.

PFEFFER, J. Toward an Examination of Stratification in Organizations. **Administrative Science Quarterly**, 1977.

PFEIFFER, D. The Influence of the Socio-economic Characteristics of Disabled People on their Employment Status and Income. **Disability, Handicap & Society**, 6, n. 2, p. 103-114, 1991. Article.

PIORE, M. J. The dual labor market: theory and implications. *In*: GRUSKY, D. B. (Ed.). **Social stratification: class, race and gender in sociological perspective**. Third ed.: Westview Press, 2008. cap. 56, p. 550-552.

PIRES, F. L. Deficiência e mobilidade: uma análise da legislação brasileira sobre gratuidade no transporte público *In*: DINIZ, D. e SANTOS, W. (Ed.). **Deficiência e discriminação**. Brasília: Letras Livres. Editora UnB., 2010. p. 229-256.

PIRES, L. Transportes públicos e representações sobre mobilidade social: possíveis percepções a partir do Rio de Janeiro e de Buenos Aires. . **Anuário Antropológico**, n. II, p. 165–193.

PIRES, L. Transportes públicos e representações sobre mobilidade social: possíveis percepções a partir do Rio de Janeiro e de Buenos Aires. . **Anuário Antropológico**, n. II, p. 165–193, 2013.

POLIDANO, C.; VU, H. Differential Labour Market Impacts from Disability Onset. **Health Economics**, 24, n. 3, p. 302-317, 2015.

PRICE, J.; SHILDRICK, M. Uncertain thoughts in the dis/abled body. *In*: SHILDRICK, M. e PRICE, J. (Ed.). **Vital Signs: Feminist Reconfigurations of the Biological Body**. Edinburgh: Edinburgh Press, 1998. p. 224-249.

PRIESTLEY, M. **Disability and the Life Course: Global Perspectives**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

RIGG, J. Labour Market Disadvantage amongst Disabled People: a Longitudinal Perspective. **Centre for Analysis of Social Exclusion**, n. CASE 103, 2005.

RIGG, J. A. Disability, work and income: a British perspective. Institute for Social and Economic Research. 2000-36 2000.

RIOS, R. R. Direito da antidiscriminação e discriminação por deficiência. *In: DINIZ, D. e SANTOS, W. (Ed.). Deficiência e Discriminação*. Brasília: LetrasLivres, Editora UnB, 2010. p. 73-96.

RISCHEWSKI, D.; KUPER, H.; ATIJOSAN, O.; SIMMS, V. *et al.* Poverty and musculoskeletal impairment in Rwanda. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, 102, n. 6, p. 608-617, 2008.

ROLNIK, R. É possível uma política urbana contra a exclusão. **Serviço Social e Sociedade** n. 72, p. 53-61, 2002.

SABARIEGO, C. Avaliação da deficiência após a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência: estudo comparativo entre os instrumentos utilizados para a efetivação de direitos previdenciários no Brasil e na Alemanha. FAZENDA, M. D. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social 2016.

SAGA, B. Pavio Aceso. As ruas estão olhando. São Paulo 2016.

SALATA, A. R. Uma nova abordagem empírica para a hierarquia de status no Brasil. **RBCS**, 31, n. 92, 2016.

SALIH, S. **Judith Butler e a Teoria Queer**. Tradução LOURO, G. L. Autêntica, 2012.

SANTOS, W. R. D. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? **Ciência & Saúde Coletiva**, 16, p. 787-796, 2011.

SARAH. Estudos Epidemiológicos. SOCIAIS., R. S. D. H. D. R. A. D. P. 2017.

SCHULTZ, T. **O capital humano: investimentos em educação**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

SEN, A. **The Idea of Justice**. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press, 2009.

SERRA, A. S.; YALONETZKY, G. I.; BELIK, W. Pobreza multidimensional no Brasil, 2000/2010. *In: 45º Encontro Nacional de Economia da ANPEC, 2017*, Disponível em: https://www.anpec.org.br/encontro/2017/submissao/files_I/i6-553d7f9bd37b937f7a42d929dfd72a57.pdf.

SHAKESPEARE, T. **Disability Rights and Wrongs**. USA and Canada: Routledge, 2006.

SHELDON, A. Women and Disability. *In*: SWAIN, J.; FRENCH, S., *et al* (Ed.). **Disabling Barriers: Enabling Environments**. 2ª ed.: SAGE, 2004. cap. 10, p. 69-74.

SHILDRICK, M. Critical Disability Studies: Rethinking the conventions for the age of postmodernity. *In*: WATSON, N.; ROULSTONE, A., *et al* (Ed.). **Routledge Handbook of Disability Studies**. Estados Unidos, Canadá: Routledge, 2012. cap. 3, p. 30-41.

SHILDRICK, M.; PRICE, J. Breaking the Boundaries of the Broken Body. **Body & Society**, 2, n. 4, p. 93-113, 1996.

SHUEY, K., M.; EMILY, J. Disability

Accommodation

in Nonstandard

and Precarious

Employment

Arrangements. **Work and Occupations**, 2, 40, p. 174-205, 2013.

SILVEIRA, L. S.; LEÃO, N. S. Segregação ocupacional e Desigualdade de Raça e Gênero no Brasil, 2000-2010. *In*: 18º Encontro da Sociedade Brasileira de Sociologia, 2017, Brasília.

SIMONE, N. Ain't got no, I got life. Nuff Said. New York: RCA Studios 1968.

SNIDER, H.; TAKEDA, N. Desing for all: implications for bank operations. The World Bank 2008.

SOARES, S. S. D. O perfil da discriminação no mercado de trabalho - homens negros, mulheres brancas e mulheres negras. Texto para discussão nº 769. Brasília: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) 2000.

SORENSEN, A. B.; KALLEBERG, A. L. An outline of a theory of the matching of persons to jobs. *In*: GRUSKY, D. B. (Ed.). **Social stratification: class, race, and gender in sociological perspective**. Third ed.: Westview Press, 2008. cap. 57, p. 553-561.

STASIULIS, D. Relational Positionalities of Nationalisms, Transnational Feminisms. *In*: KAPLAN, C.; ALARCON, N., *et al* (Ed.). **Between Woman and Nation: Nationalisms, Transnational Feminisms and the State**: Duke University Press, 1999. p. 182-218.

STIENSTRA, D. Race/ethnicity and Disability Studies: Towards an explicitly intersectoral approach. *In*: WATSON, N.; ROULESTONE, A., *et al* (Ed.). **Routledge Handbook of Disability Studies**. London: Routledge, 2012. p. 376-389.

STIKER, H.-J. **A History of Disability**. Tradução SAYERS, W. The University of Michigan Press, 1999. (Corporealities: Discourses of Disability).

STOLZENBERG, R. M. Bringing the Boss Back In: Employer Size, Employee Schooling, and Socioeconomic Achievement. **American Sociological Review**, 43, n. 6, p. 813-828, 1978.

STONE, E. **Disability and Development: Learning from Action and Research on Disability in the Majority World**. Leeds: The Disability Press, 1999.

SUZANO, J. D. C. C.; NEPOMUCENO, M. F.; ÁVILA, M. R. D. C.; LARA, G. B. *et al.* Análise da produção acadêmica nacional dos últimos 20 anos sobre a inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho. *In: JURUÁ (Ed.). Trabalho e pessoas com deficiência: pesquisas, práticas e instrumentos de diagnóstico*. 1ª ed. Curitiba: 2008, 2008.

TAKAHASHI, M.; KATO, M.; LEITE, R. A. O. Incapacidade, reabilitação profissional e saúde do trabalhador. *Rev. Bras. Saúde. São Paulo*. 35: 07-09 p. 2010.

TANAKA, E. D. O.; MAZINI, J. E. O que os empregadores pensam sobre o trabalho da pessoa com deficiência? *Revista Brasileira de Educação Especial*. Marília. 11: 273-294 p. 2005.

TERZI, L. The Social Model of Disability: A Philosophical Critique. **Journal of Applied Philosophy**, 21, n. 2, p. 141-157. Article.

TERZI, L. Beyond the dilemma of difference: The capability approach to disability and Special Educational Needs. **Journal of Philosophy of Education**, 39, n. 3, p. 443-459, 2005.

THOMAS, C. The baby and the bath water: disabled women and motherhood in social context. **Sociology of Health & Illness**, 19, n. 5, p. 622-643, 1997.

THOMAS, C. Defining Disability: the social model. *In: THOMAS, C. (Ed.). Female Forms: experiencing and understanding disability*. Buckingham: Open University, 1999a. p. 13-32.

THOMAS, C. **Female Forms: Experiencing and Understanding Disability**. Buckingham: Open University Press, 1999b.

THOMAS, C. Feminism and disability: the theoretical and political significance of the personal and the experiential. *In: BARTON, L. (Ed.). Disability Politics and the Struggle for Change*. Londres: David Fulton Publications, 2001. p. 45-58.

THOMAS, C. Disability Theory: Key Ideas, Issues and Thinkers. *In: BARNES, C.; OLIVER, M., et al (Ed.). Disability Studies Today*. USA: Polity Press, 2002a. cap. 3, p. 36-57.

THOMAS, C. The 'Disabled' Body. *In: EVANS, M. e LEE, E. (Ed.). Real Bodies*. Basingstoke: Macmillan, 2002b.

THOMAS, C. How is disability understood? An examination of sociological approaches. **Disability & Society**, 19, n. 6, p. 569-583, 2004/10/01 2004.

THOMAS, C. Medical Sociology and Disability Theory. *In*: SCAMBLER, G. e SCAMBLER, S. (Ed.). **New Directions in the Sociology of Chronic and Disability Conditions: Assaults on the Lifeworld**: Palgrave Macmillan, 2010. cap. 3.

THOMAS, C. Theorising disability and chronic illness: Where next for perspectives in medical sociology? **Social Theory & Health**, 10, n. 3, p. 209-228, 2012.

THUROW, L. C. **Generating inequality: mechanisms of distribution in the U. S. economy**. New York: Basic Books, 1975.

THUROW, L. C. Educational and economy equality. *In*: KARABEL, J. e HALSEY, A. (Ed.). **Power and ideology in education**. New York: Oxford University Press, 1977.

TORRES-REYNA, O. <div data-canvas-width="344.75386666666657" style="left: 243.49px; top: 116.268px; font-size: 41.4667px; font-family: sans-serif; transform: scaleX(0.901003);">Panel Data Analysis Fixed and Random Effects using Stata(v. 4.2). Princeton University 2007.

TRANI, J.-F.; BAKHSHI, P.; BROWN, D.; LOPEZ, D. *et al.* Disability as deprivation of capabilities: Estimation using a large-scale survey in Morocco and Tunisia and an instrumental variable approach. **Social Science & Medicine**, 211, p. 48-60, 2018.

TRANI, J. F.; LOEB, M. Poverty and disability: A vicious circle? Evidence from Afghanistan and Zambia. **Journal of International Development**, 24, n. supplement S1, p. S19-S52, 2012.

TREIMAN, D. Industrialization and social stratification. *In*: LAUMANN, E. (Ed.). **Social stratification: research and theory for the 1970s**. Indianapolis: Bobbs Merrill, 1970.

TURNER, B. S. **Medical power and social knowledge**. Londres: Sage, 1987.

UNGER, D. D. Employer's attitudes toward persons with disabilities: Myths or realities? **Focus on Autism and Other Development Disabilities**, 1, 17, p. 2-10, 2002.

VENEROSO, C. Z. C. **O efeito do número de filhos no rendimento das mulheres brasileiras inseridas no mercado de trabalho**. 2012. (Mestrado) - Departamento de Sociologia, UFMG, Belo Horizonte.

VENKATAPURAM, S. Mental disability, human rights and the capabilities approach: Searching for the foundations. **International Review of Psychiatry**, 26, n. 4, p. 408-414, 2014.

VIEIRA, C. D. A.; KUHN, D. D.; MARIN, S. R. Método Alkire-Foster: uma aplicação para a medição de pobreza multidimensional no Rio Grande do Sul. **Planejamento e Políticas Públicas**, jan./jun., n. 48, 2017.

VILELA, E. M. **Imigração internacional e estratificação no mercado de trabalho brasileiro**. 2008. (Doutorado) - Departamento de Sociologia e Antropologia, UFMG, Belo Horizonte.

VILELA, E. M. Alguns determinantes da estratificação dos imigrantes internacionais recentes no mercado de trabalho brasileiro. *In*: NEVES, J. A.; FERNANDES, D. C., *et al* (Ed.). **Educação, trabalho e desigualdade social**. Belo Horizonte: Argumentvm, 2009. p. 97-133.

VILELA, L. Caracterização das Deficiências: Orientações para fins de cumprimento do art. 39 da Lei nº 8.213/91. SECRETARIA DE INSPEÇÃO DO TRABALHO, D. D. F. P. I. D. P. C. D. E. C. À. D. N. T. Brasília: Ministério do Trabalho 2018.

WENDELL, S. **The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability**. New York: Routledge, 1996.

WHO. Relatório Mundial sobre a deficiência. ORGANIZATION, W. H. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência 2012.

WILKINS, R. The Effects of Disability on Labour Force Status in Australia. **Australian Economic Review**, 37, n. 4, p. 359-382, 2004.

WILLIAMS, G. The genesis of chronic illness: narrative reconstruction. **Health and Illness**, 6, n. 2, p. 175-200, 1984.

WILLIAMS, G. Representing disability: some questions of phenomenology and politics. *In*: BARNES, C. e MERCER, G. (Ed.). **Exploring the divide**. Leeds: The Disability Press, 1996. cap. 11, p. 1194-1212.

WILLIAMS, S. J. Parsons revisited: From the sick role to...? **Health**, 9, n. 2, p. 123-144, 2005.

WOODHAMS, C.; LUPTON, B.; COWLING, M. The Presence of Ethnic Minority and Disabled men in Feminised Work: Intersectionality, Vertical Segregation and the Glass Escalator. **Sex Roles**, 72, n. 7, p. 277-293, 2015.

XAVIER, C. L. DINÂMICA E COMPETITIVIDADE SETORIAL DAS EXPORTAÇÕES BRASILEIRAS: UMA ANÁLISE DE PAINEL PARA O PERÍODO RECENTE. ANPEC - Associação Nacional dos Centros de Pósgraduação em Economia [Brazilian Association of Graduate Programs in Economics]. 01-1998 2004.

XAVIER, F. P.; FERNANDES, D. C.; TOMÁS, M. C. Fatores econômicos e estrutura social: a escolaridade como fator explicativo para o diferencial de trabalhos no Brasil. *In*: NEVES, J.

A.;FERNANDES, D. C., *et al* (Ed.). **Educação, trabalho e desigualdade social**. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2009. p. 67-96.

YOUSAFZAI, A. K.; FILTEAU, S.; WIRZ, S. Feeding difficulties in disabled children leads to malnutrition: experience in an Indian slum. **British Journal of Nutrition**, 6, 90, 2007.

YUKER, H.; BLOCK, J. R.; YOUNG, J. **The Measurement of Attitudes Toward Disabled Persons**. New York: Human Resources Center, 1966.

ZITKO MELO, P.; CABIESES VALDES, B. Socioeconomic determinants of disability in Chile. **Disabil Heath J.**, 4, 4, p. 271-282, 2011.

10. Anexos

Anexo I

- *Grande grupo ocupacional*: A partir do número identificador da última ocupação, conforme a classificação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) agregou-se as ocupações por famílias ocupacionais, seguindo esta mesma classificação. Posteriormente, essas famílias foram agregadas em grandes grupos ocupacionais, definidos pelo MTE⁴⁹. Os grandes grupos são:
- 1) Grande grupo 1: Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações. Abarca as seguintes famílias ocupacionais: Dirigentes do serviço público; Gerentes de operações comerciais e de assistência técnica; Gerentes administrativos, financeiros e de riscos; Gerentes de comercialização, marketing e comunicação.
 - 2) Grande grupo 2: Profissionais das ciências e das artes. Abarca as seguintes famílias ocupacionais: Analistas de sistemas computacionais; Médicos; Farmacêuticos; Enfermeiros; Professores de nível superior do ensino fundamental (primeira a quarta série); Professores de nível superior no ensino fundamental de quinta a oitava série); Professores do ensino médio; Professores do ensino profissional; Professores de ciências biológicas e da saúde do ensino superior; Professores na área de formação pedagógica do

⁴⁹ A partir da RAIS/2003 a tabela base passou a ser a Classificação Brasileira de Ocupações elaborada pelo MTE em 2002 (CBO2002). Nesta nova classificação, foram selecionadas as 100 famílias ocupacionais com maior frequência no ano de 2003, em nível nacional, sendo válida para todas as Unidades de Federação, independentemente de variações locais em relação à frequência nacional. As famílias ocupacionais foram agrupadas nos grandes grupos descritos.

ensino superior; Programadores, avaliadores e orientadores de ensino; Administradores; Contadores e afins; Secretárias executivas e bilíngües.

- 3) Grande grupo 3: Técnicos de nível médio. Abarca as seguintes famílias ocupacionais: Coloristas; Técnicos em eletrônica; Técnicos de desenvolvimento de sistemas e aplicações; Técnicos em operação e monitoração de computadores; Técnicos e auxiliares de enfermagem; Professores de nível médio na educação infantil; Professores de nível médio no ensino fundamental; Inspetores de alunos; Serventuários da justiça e afins; Técnicos em secretariado, taquígrafos e estenotipistas; Agentes da saúde e do meio ambiente; Técnicos de vendas especializadas; Técnicos de controle da produção.
- 4) Grande grupo 4 - Trabalhadores de serviços administrativos. Abarca as seguintes famílias ocupacionais: Supervisores administrativos; Escriturários em geral, agentes, assistentes e auxiliares administrativos; Operadores de equipamentos de entrada e transmissão de dados; Contínuos; Auxiliares de contabilidade; Escriturários de serviços bancários; Almojarifes e armazenistas; Apontadores e conferentes; Carteiros e operadores de triagem de serviços postais; Caixas e bilheteiros (exceto caixa de banco); Recepcionistas; Operadores de telefonia; Operadores de telemarketing.
- 5) Grande grupo 5 - Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados. Abarca as seguintes famílias ocupacionais: Fiscais e cobradores dos transportes coletivos; Trabalhadores dos serviços domésticos em geral; Cozinheiros; Camareiros, roupeiros e afins; Garçons, barmen, copeiros e sommeliers; Trabalhadores nos serviços de administração de edifícios; Trab. nos serviços de manutenção e conservação de edifícios e logradouros; Agentes comunitários de saúde e afins; Auxiliares de laboratório da saúde; Tintureiros, lavadeiros e afins, a máquina; Policiais, guardas; Vigilantes e guardas de segurança; Porteiros e vigias; Motociclistas e ciclistas de entregas rápidas; Outros trabalhadores dos serviços; Supervisores de vendas e de prestação de serviços; Operadores do comércio em lojas e mercados.
- 6) Grande grupo 6 - Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca. Abarca as seguintes famílias ocupacionais: Trabalhadores agropecuários em geral; Trabalhadores de apoio à agricultura; Trabalhadores agrícolas na cultura de

gramíneas; Trabalhadores agrícolas na fruticultura; Trabalhadores na pecuária de animais de grande porte; Extrativistas e reflorestadores de espécies produtoras de madeira; Trabalhadores da mecanização agrícola.

7) Grande grupo 7 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais.

Abarca as seguintes famílias ocupacionais: Supervisores da construção civil; Trabalhadores na operação de máquinas de terraplenagem e fundações; Trabalhadores de estruturas de alvenaria; Trab. de montagem de estruturas de madeira, metal e compósitos; Trabalhadores de instalações elétricas; Ajudantes de obras civis; Preparadores e operadores de máquinas; Trabalhadores de soldagem e corte de ligas metálicas; Trabalhadores de caldeiraria e serralheria; Montadores de equipamentos eletroeletrônicos; Instaladores e reparadores de linhas e cabos elétricos, telefônicos; Operadores de máquinas para costura de peças do vestuário; Trabalhadores polivalentes da confecção de calçados; Trabalhadores da preparação da confecção de calçados; Marceneiros e afins; Operadores de equipamentos de movimentação de cargas; Motoristas de veículos de pequeno e médio porte; Motoristas de ônibus urbanos, metropolitanos e rodoviários; Motoristas de veículos de cargas em geral; Trabalhadores de cargas e descargas de mercadorias; Trabalhadores de embalagem e de etiquetagem; Alimentadores de linhas de produção.

8) Grande grupo 8 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais.

Abarca as seguintes famílias ocupacionais: Operadores de instalações e máquinas de produtos plásticos, de borracha; Trabalhadores na fabricação e conservação de alimentos; Padeiros, confeitheiros e afins; Magarefes e afins; Operadores de máquinas a vapor e utilidades.

9) Grande grupo 9 - Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção.

Abarca as seguintes famílias ocupacionais: Mecânicos de manutenção de máquinas industriais; Mecânicos de manutenção de veículos automotores; Eletricistas de manutenção eletroeletrônica; Mantenedores de edificações; Trab. operacionais de conservação de vias permanentes (exceto trilhos).